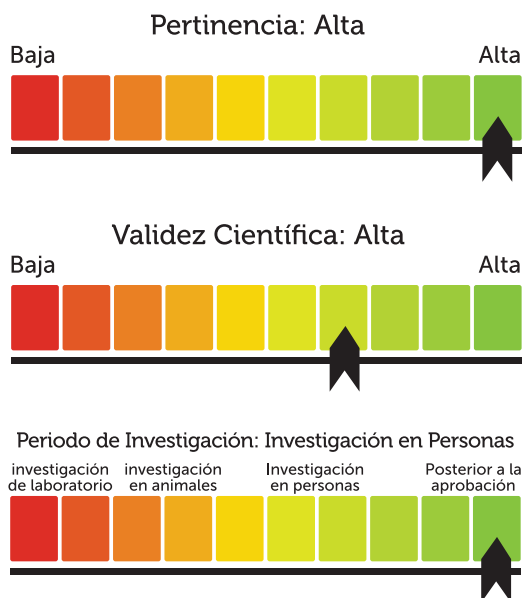




Estudio: La ampliación del acceso a la cobertura de Medicaid estipulada en la Ley sobre la atención médica asequible está vinculada con la reducción de la mortalidad por cáncer

En 2014, la Ley sobre la atención médica asequible estipuló la ampliación de la cobertura de Medicaid. ¿Cómo afectó esto a los servicios de atención médica para los pacientes con cáncer? El presente estudio muestra que en los estados que ampliaron la cobertura de Medicaid se observó una reducción en las muertes por cáncer de mama, colorrectal y pulmonar en comparación con los estados que no ampliaron la cobertura. El diagnóstico temprano del cáncer está relacionado con bajos niveles de mortalidad. Estos datos indican que aumentar el acceso a la atención médica resultaría en un diagnóstico temprano del cáncer y mejores resultados, incluso en bajos niveles de mortalidad. (publicado el 31/3/21)



Esta investigación es de mayor interés para:

- Personas con cáncer de mama, colorrectal o pulmonar.

Esta investigación también es de interés para:

- Personas con cáncer metastásico
- Personas recién diagnosticadas con cáncer

RESUMEN SOBRE EL ESTUDIO

¿De qué se trata el estudio?

El presente estudio cuestionó si se redujeron las muertes por cáncer de mama, colorrectal o pulmonar al haberse ampliado la cobertura de Medicaid estipulada en la Ley de protección del paciente y atención asequible:

- ¿Las muertes por cáncer aumentaron o disminuyeron en los estados que ampliaron la cobertura de Medicaid en comparación con los estados que no ampliaron la cobertura?
- ¿El diagnóstico de cáncer en etapas iniciales marcó una diferencia en el número de muertes?
- ¿Se observaron cambios en las muertes por cáncer que fueran similares entre las poblaciones en riesgo? Es decir, ¿se observaron beneficios en todos los subgrupos o sólo en algunos?

¿Por qué es importante este estudio?

La Ley de protección del paciente y atención asequible (ACA, por sus siglas en inglés) amplió la elegibilidad de la cobertura de Medicaid a adultos de mediana edad de los estados participantes con ingresos menores al 138 por ciento del nivel federal de pobreza. Al mes de marzo de 2020, 36 estados y Washington DC ya habían ampliado la cobertura de Medicaid asegurando a más de 20 millones de residentes de Estados Unidos. Sin embargo, no todos los estados optaron por ampliar la cobertura de Medicaid.

El objetivo de la ampliación de la cobertura de Medicaid estipulada en la ACA es que más personas tengan acceso a las pruebas de diagnóstico de cáncer y a un tratamiento oportuno. El propósito de los investigadores era saber qué impacto tendría la ampliación de la cobertura de Medicaid en la mortalidad por cáncer (tiempo transcurrido desde el diagnóstico al deceso del paciente). ¿La detección temprana, etapa de diagnóstico y mejor acceso a la atención médica disminuirían la mortalidad? De manera alternativa, ¿el aumento del número de pacientes saturaría los sistemas de atención médica y causaría retrasos en el tratamiento de los pacientes con cáncer, con el aumento en la mortalidad como una probable consecuencia?

Para responder estas preguntas, los investigadores del estudio compararon la mortalidad de los estados que ampliaron la cobertura con la mortalidad de los estados que no ampliaron la cobertura, antes y después de la ampliación con base en la ACA. De la misma manera, compararon la mortalidad en los estados que ampliaron la cobertura antes y después de la aplicación de la ampliación.

Resultados del estudio:

Los investigadores analizaron la información de la Base de datos nacional de cáncer (NCDB, por sus siglas en inglés) sobre pacientes que recibieron el primer diagnóstico de cáncer de mama, colorrectal o pulmonar entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2015 (considerando dos años antes y dos años después de la ampliación de la cobertura de Medicaid con base en la ACA). Los investigadores analizaron en específico los casos de estos tres tipos de cáncer por ser los más comunes, los más fáciles de detectar y curables en los pacientes diagnosticados con cáncer no metastásico.

En el análisis final se incluyó la información de aproximadamente 523,802 pacientes con cáncer:

- 234,472 pacientes (44.8 %) de los estados que ampliaron la cobertura.

- 289,330 pacientes (55.2 %) de los estados que no ampliaron la cobertura.
- Los pacientes tenían una edad promedio de 55 años y en su mayoría fueron mujeres (385,739 o 74 %).
 - o 273,272 (52.2 %) padecían cáncer de mama.
 - o 111,720 (21.3 %) padecían cáncer colorrectal.
 - o 138,810 (26.5 %) padecían cáncer pulmonar.

En este estudio, los pacientes de los estados que ampliaron la cobertura presentaron una baja mortalidad por cáncer

- En los estados que ampliaron la cobertura, se observó una menor cantidad de muertes de pacientes con cáncer en comparación con los estados que no ampliaron la cobertura.
- Estos datos indican que se puede lograr una reducción de casi 1,400 muertes al año si los estados amplían de forma integral la cobertura de Medicaid.

La etapa de diagnóstico de cáncer fue el principal factor relacionado con la disminución de la mortalidad por cáncer entre los estados que ampliaron la cobertura y los que no la ampliaron.

- Los pacientes de los estados que no ampliaron la cobertura y que fueron diagnosticados con cáncer en etapas 1 a 3 presentaron 4.8 % de mayor riesgo de fallecer por cáncer al realizar la comparación entre los periodos previos y posteriores a la ampliación de la cobertura.
- En los estados que ampliaron la cobertura no se observó un aumento en el riesgo de muerte en pacientes diagnosticados con cáncer en etapas 1 a 3 en los periodos previos y posteriores a la ampliación de la cobertura. Es decir, la ampliación de la cobertura de Medicaid se puede considerar un beneficio para los pacientes con cáncer en fases iniciales.

En los estados que ampliaron la cobertura como en los que no la ampliaron se observaron menos muertes de pacientes diagnosticados con cáncer (metastásico) etapa 4, tanto en los periodos previos y posteriores a la ampliación de la cobertura, aunque las diferencias no fueron significativas.

La mortalidad por cáncer fue similar independientemente de factores como contar con seguro médico, el nivel de estudios, el nivel de ingresos y la raza

Se observaron mejoras en la mortalidad de los estados que ampliaron la cobertura en todos los grupos analizados independientemente de factores como contar con seguro médico, el nivel de estudios y de ingresos, y la raza u origen étnico.

Los autores indican que: "La ampliación de la cobertura de Medicaid puede eliminar las barreras para acceder al sistema de atención médica para pruebas de detección y evaluación oportuna de síntomas..."

Fortalezas y limitaciones

Fortalezas

- El presente estudio evaluó a una gran cantidad de pacientes, lo que permitió que los autores analizaran a diferentes grupos de la población.
- Con base en la decisión de los estados sobre ampliar o no la cobertura, el presente estudio de observación cuenta con una población natural de comparación.

Limitaciones

- La limitación principal de este estudio es que es un estudio de observación. Los resultados de los estudios de observación únicamente muestran que los dos casos están relacionados pero no muestran que uno de los casos está causado necesariamente por el otro.
- El margen de tiempo considerado para el análisis —dos años antes y dos años después de la ampliación de la cobertura de Medicaid— fue bastante reducido.

¿Qué significa esto para mí?

La detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer en fase inicial está relacionado con mejores resultados y un menor riesgo de muerte. La detección o atención médica tardía están relacionadas con resultados más deficientes.

Si usted vive en un estado que amplió el acceso a Medicaid de conformidad con la Ley sobre la atención médica asequible y sus ingresos son menores al 138 por ciento del nivel federal de pobreza (ingresos menores a \$17,775 anuales para una persona o ingresos de \$36,570 anuales para una familia de cuatro integrantes), puede tener acceso a una mayor cobertura de salud. Usted puede ver el Mapa interactivo de Kaiser Family Foundation para consultar la situación actual de la ampliación de la cobertura de Medicaid en su estado.

ANÁLISIS DETALLADO DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes del estudio

Una de las disposiciones de la Ley sobre la atención médica asequible era proporcionar fondos para ampliar la cobertura de Medicaid para las personas que no tuvieran seguro médico (proporcionar cobertura de salud para los adultos de mediana edad con ingresos menores al 138 por ciento del nivel federal de pobreza. (Esta cobertura aplica para solo una persona con ingresos menores a \$17,775 anuales o familias de cuatro integrantes con ingresos menores a \$36,570 anuales).

Aunque los fondos estuvieron disponibles para todos los estados, cada estado decidió si ampliaba o no la cobertura de Medicaid. Diecinueve estados decidieron no ampliar la cobertura de Medicaid. Los 31 estados restantes decidieron ampliar la cobertura de

Medicaid: seis estados fueron los primeros (antes de enero de 2014), 19 estados y el Distrito de Columbia ampliaron la cobertura en enero de 2014 y 7 estados ampliaron la cobertura de forma tardía (en diferentes momentos después de enero de 2014).

¿Qué impacto tuvo el financiamiento de la ampliación de la cobertura de Medicaid en los resultados del cáncer?

Investigaciones anteriores relacionaron la ampliación de la cobertura de Medicaid con base en la ACA con las siguientes situaciones:

- menor cantidad de pacientes sin seguro
- más pruebas de detección de cáncer
- diagnósticos de cáncer en fases iniciales
- más pruebas de detección de cáncer colorrectal entre personas de raza negra de ingresos bajos
- menor brecha de acceso hospitalario para personas con ingresos bajos en comparación con las personas con ingresos altos
- menor brecha entre grupos raciales para tener acceso a hospitales con alto volumen de casos para someterse a cirugías de tratamiento contra el cáncer
- mayor brecha entre grupos raciales para tener acceso a hospitales de alta calidad para someterse a cirugías de tratamiento contra el cáncer

Debido a los cambios observados en el acceso y pruebas de detección de cáncer, los autores del estudio se preguntaron si el cambio en la mortalidad de cáncer se debió a la ampliación de la cobertura con base en la ACA. Por un lado, la detección temprana, la etapa de diagnóstico y la mejora al acceso pudieron generar una disminución en la mortalidad. De manera alternativa, el aumento del número de pacientes generaría la saturación de los sistemas de atención médica y causaría retrasos en los tratamientos contra el cáncer, lo que resultaría en un aumento de la mortalidad.

Con el fin de comprobar estos supuestos, los investigadores del estudio compararon la mortalidad entre los estados que ampliaron la cobertura y los que no antes y después de la ampliación con base en la ACA; y también antes y después en los estados que ampliaron la cobertura.

Los investigadores que participaron en este estudio querían saber:

El presente estudio cuestionó si se redujeron las muertes por cáncer de mama, colorrectal o pulmonar al haberse ampliado la cobertura de Medicaid estipulada en la Ley de protección del paciente y atención asequible:

- ¿Los pacientes fallecieron a causa del cáncer con mayor o menor frecuencia en los estados que ampliaron la cobertura de Medicaid en comparación con los estados que no aplicaron la ampliación de la cobertura?

- ¿La detección temprana del cáncer podría marcar alguna diferencia en la cantidad de muertes?
- ¿Se observaron cambios en el número de muertes por cáncer en índices similares en las poblaciones de riesgo (es decir, en pacientes de vecindarios de ingresos bajos o entre pacientes de raza blanca o negra)?

Poblaciones que se analizaron en este estudio

Los investigadores analizaron la información de la Base de datos nacional de cáncer (NCDB) sobre pacientes que recibieron el primer diagnóstico de cáncer de mama, colorrectal o pulmonar entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2015. Seleccionaron estos tipos de cáncer porque son los más comunes, los más fáciles de detectar y son curables en los pacientes diagnosticados con cáncer no metastásico.

Los pacientes incluidos en el análisis final tenían que cumplir con alguna de las siguientes características:

- padecer cáncer de mama, colorrectal o pulmonar.
- ser pacientes recién diagnosticados con cáncer.
- tener entre 40 y 65 años de edad (edad para ser elegibles para Medicaid) y
- contar con una historia clínica que proporcione información sobre la etapa de cáncer que padece.
- vivir en una zona rural o urbana.
- contar con información sobre el seguro.
- saber si viven en un estado que haya aplicado la ampliación de la cobertura o en uno que no la haya aplicado.

Estados que aplicaron la ampliación de la cobertura:

24 estados y el Distrito de Columbia ampliaron los programas de Medicaid para el 1 de enero de 2014:

- Los primeros estados que aplicaron la ampliación antes de enero de 2014 fueron: CA, CT, DC, MN, NJ y WA.
- Los estados que aplicaron la ampliación en enero de 2014 fueron: AR, AZ, CO, DE, HI, IA, IL, KY, MA, MD, ND, NM, NV, NY, OH, OR, RI, WV y VT.

Estados que no aplicaron la ampliación de la cobertura:

Los 19 estados que no aplicaron la ampliación de la cobertura estipulada en la ACA fueron: AL, FL, GA, ID, KS, ME, MO, MS, NC, NE, OK, WI, SC, SD, TN, TX, WY, UT y VA.

Estados que aplicaron la ampliación de la cobertura de manera tardía:

7 estados aplicaron la ampliación de manera tardía (después de enero de 2014). Los pacientes de los “estados que aplicaron tardíamente la ampliación” fueron excluidos del estudio debido a la falta de exactitud del momento en que se aplicó la ampliación en relación con el diagnóstico y la falta de tiempo para observar resultados relacionados con el cáncer.

Los pacientes también fueron excluidos si sus historias clínicas carecían de información sobre la aplicación de la ampliación, si contaban con seguro médico, la etapa de cáncer o si tenían menos de 40 años de edad.

En el análisis final se incluyó la información de aproximadamente 523,802 pacientes con cáncer:

- 234,472 pacientes (44.8 %) de los estados que ampliaron la cobertura.
- 289,330 pacientes (55.2 %) de los estados que no ampliaron la cobertura.
- Los pacientes tenían una edad promedio de 55 años y la mayoría fueron mujeres (385,739 o 74 %).
 - o 273,272 (52.2 %) padecían cáncer de mama.
 - o 111,720 (21.3 %) padecían cáncer colorrectal.
 - o 138,810 (26.5 %) padecían cáncer pulmonar.

Se observaron ciertas diferencias en los grupos raciales entre los estados que aplicaron la ampliación y los que no:

el grupo racial en la Base de datos nacional de cáncer	% de pacientes entre los estados que no aplicaron la ampliación	% de pacientes entre los estados que aplicaron la ampliación
pacientes blancos no hispanos	72 %	74 %
pacientes negros no hispanos	18 %	11 %
pacientes hispanos	6 %	7 %
Otros	3.4 %	8 %

El porcentaje de pacientes que padecían diferentes etapas de cáncer fue similar entre los estados que aplicaron y no la ampliación de la cobertura:

Etapa	% de pacientes entre los estados que no aplicaron la ampliación	% de pacientes entre los estados que aplicaron la ampliación
1	35 %	38 %
2	24 %	24 %
3	18 %	17 %
4 (metastásico)	23 %	21 %

Diseño del estudio

Este trabajo fue un estudio poblacional que analizó a una sección representativa de la población. Los investigadores compararon los datos de los pacientes con cáncer de los estados que aplicaron la ampliación y de los que no considerando dos periodos:

- El periodo previo a la ampliación de la cobertura: de enero de 2012 a diciembre de 2013, dos años **antes** de la ampliación de la cobertura de Medicaid.
- El periodo posterior: de enero de 2014 a diciembre de 2015, dos años **después** de la ampliación de la cobertura de Medicaid.

Los investigadores compararon la mortalidad (meses transcurridos desde el diagnóstico al deceso del paciente) de un grupo —los pacientes de los estados que aplicaron la ampliación antes y después de enero de 2014— con la mortalidad de otro grupo— los pacientes de los estados que no aplicaron la ampliación antes y después de enero de 2014. Este tipo de estudio se denomina como un estudio de diferencias en diferencias (DD).

Los investigadores decidieron analizar a pacientes con cáncer de mama, colorrectal y pulmonar porque estos tipos de cáncer son detectables y curables en pacientes diagnosticados con cáncer no metastásico. Los investigadores concluyeron que podrían detectar los cambios presentados en la mortalidad entre los grupos de pacientes. El análisis de datos se realizó de enero a mayo de 2020.

Resultados del estudio

En este estudio, los pacientes de los estados que ampliaron la cobertura presentaron una baja mortalidad por cáncer

- En los estados que ampliaron la cobertura, se observó una menor cantidad de muertes de pacientes con cáncer en comparación con los estados que no ampliaron la cobertura:
 - o En los estados que no ampliaron la cobertura, el número de muertes por cáncer no cambió durante estos periodos.
 - o En los estados que ampliaron la cobertura, el número de muertes por cáncer fue 2 % más bajo después de la ampliación de la cobertura de Medicaid que antes de aplicar la ampliación.
 - o El número de muertes por cáncer fue más bajo en los estados que ampliaron la cobertura que en los estados que no ampliaron la cobertura de Medicaid.
- Estos datos indican que se puede lograr una reducción de casi 1,400 muertes al año si los estados amplían de forma integral la cobertura de Medicaid.

¿Qué factores contribuyeron a la reducción de la mortalidad en los estados que ampliaron la cobertura?

Los investigadores consideraron que las diferencias observadas en la mortalidad entre los estados que aplicaron la ampliación de la cobertura y los que no fueron las diferencias en apoyo social, aspectos sociales de salud o recursos sanitarios limitados.

- **La etapa de diagnóstico de cáncer fue el principal factor relacionado con la disminución de mortalidad por cáncer entre los estados que ampliaron la cobertura y los que no la ampliaron.**

- o En los estados que no ampliaron la cobertura, al momento que los pacientes fueron diagnosticados con cáncer en etapa 1 a 3, presentaban 4.8 % de mayor riesgo de fallecer por cáncer al realizar la comparación entre los periodos previos y posteriores a la ampliación de la cobertura.

- o En los pacientes diagnosticados con cáncer en etapas 1 a 3 no se observó un aumento en el riesgo de muerte en los estados que ampliaron la cobertura considerando los periodos previos y posteriores a la ampliación. Es decir, la ampliación de la cobertura de Medicaid se puede considerar un beneficio para los pacientes con cáncer en fases iniciales.

- o En los estados que ampliaron la cobertura como en los que no la ampliaron se observaron menos muertes de pacientes diagnosticados con cáncer (metastásico) etapa 4, tanto en los periodos previos y posteriores a la ampliación de la cobertura, aunque las diferencias no fueron significativas.

Los modelos indican que la etapa de diagnóstico de cáncer se relaciona en casi todos los casos con cambios positivos en la mortalidad (comparación entre los estados con la ampliación de la cobertura y estados sin la ampliación en los periodos previos y posteriores a la ampliación).

- Los factores que **no** afectaron la mortalidad por cáncer en este estudio incluyeron:

- edad

- sexo

- tipo de cáncer (mama, colorrectal o pulmonar)

- ubicación (zona urbana o rural)

- otros padecimientos de los pacientes (comorbilidades)

- La mortalidad por cáncer fue similar independientemente de factores como contar con seguro médico, el nivel de estudios y la raza.

Se observaron mejoras en la mortalidad en los estados con la ampliación de la cobertura en todos los subgrupos estudiados, independientemente de factores como contar con seguro médico, el nivel de estudios y de ingresos, y la raza u origen étnico.

- o Los pacientes en áreas geográficas con ingresos familiares promedios más bajos (menores a 25 %) en los estados con ampliación de la cobertura mostraron una disminución moderada en la mortalidad después de la ampliación de la cobertura. Esto sugiere que las mejoras en la mortalidad no se limitaron a la población con ingresos altos.
- o Las mejoras en la mortalidad asociadas con la ampliación de la cobertura de Medicaid fueron similares para los pacientes de raza blanca y negra.

Los autores indican que: “La ampliación de la cobertura de Medicaid puede eliminar las barreras para acceder al sistema de atención médica para pruebas de detección y evaluación oportuna de síntomas...”

Fortalezas y limitaciones

Fortalezas

- El presente estudio evaluó a una gran cantidad de pacientes, lo que permitió que los autores analizaran a subgrupos de la población.
- Los distintos estados decidieron ampliar o no la cobertura de Medicaid, proporcionando una población natural de comparación para el presente estudio de observación.

Limitaciones

- La limitación principal de este estudio es que fue un estudio de observación. Los estudios de observación tienden a presentar sesgos sistemáticos y factores que tienen efectos significativos pero no reconocidos (factores de desviación). Las conclusiones de los estudios de observación son únicamente correlaciones (demostración de que dos factores o resultados están relacionados). Los estudios de observación no demuestran que una situación sea consecuencia de otra situación.
- La información disponible sobre los pacientes fue limitada. Los datos de los pacientes en los diferentes estados de residencia y elegibilidad para Medicaid no estaban disponibles.
- Únicamente se incluyó a pacientes de 40 a 65 años de edad. Estos resultados pueden no reflejar los resultados en poblaciones de pacientes más jóvenes.
- El estudio no incluyó a los pacientes de los estados con ampliación tardía de la cobertura. Estos resultados pueden no reflejar los resultados de las personas que pertenecen a esos sistemas de atención médica.
- El presente estudio analizó la mortalidad (tiempo transcurrido desde el diagnóstico al deceso del paciente). Esto puede representar un sesgo en los resultados si las pruebas detectan más tumores de crecimiento lento que de

crecimiento rápido.

- El margen de tiempo considerado para el análisis fue bastante reducido: dos años antes y dos años después de la ampliación de la cobertura de Medicaid. Para el margen de tiempo no se consideraron las muertes por cáncer que sucedieron 4 años después del momento del diagnóstico. El seguimiento a largo plazo de estos pacientes, aclararía esta información.

Contexto

El presente estudio aporta a nuestro conocimiento sobre la ampliación de la cobertura de Medicaid y la atención médica para los pacientes con cáncer. Algunos estudios muestran que en los pacientes con cáncer, la ampliación de la cobertura estuvo asociada con el nivel de cobertura de seguro médico, el diagnóstico de cáncer en fase inicial y en la ausencia de cambios en la puntualidad para recibir el tratamiento. Este es el primer estudio que analizó la mortalidad relacionada con el cáncer.

Las investigaciones anteriores a la ampliación de la cobertura de Medicaid en el 2000 y a la reforma de salud de Massachusetts de 2006 mostraron bajos niveles de mortalidad después de la ampliación de la cobertura de salud.

- En el estudio sobre la ampliación de la cobertura de Medicaid del año 2000, los investigadores estimaron que podía prevenirse 1 muerte por cada 239 a 316 adultos que obtenían la cobertura.
- En el estudio sobre la reforma de salud de Massachusetts de 2006, los investigadores observaron que podía prevenirse 1 muerte por año de 830 adultos que obtenían la cobertura.
- En el presente estudio, los autores estimaron que podía prevenirse 1 muerte por cada 250 pacientes con cáncer que obtenían la cobertura en un periodo de 4 años después de ser diagnosticados con cáncer.

Conclusiones

Los estados que ampliaron el acceso a Medicaid conforme a lo dispuesto en la Ley sobre la atención médica asequible tuvieron un menor número de muertes por cáncer de mama, colorrectal y pulmonar que antes de la ampliación de la cobertura. Además, el número de muertes fue menor que en los estados que decidieron no ampliar la cobertura de Medicaid. El cambio en la mortalidad (principalmente entre los pacientes con cáncer en fases iniciales) indica que el aumento al acceso de los recursos económicos dio lugar a un diagnóstico temprano y una menor cantidad de muertes.

Comparta su opinión sobre este artículo de XRAY respondiendo [nuestra breve encuesta](#). 31/3/2021.

Preguntas que debe plantear a su médico:

- Si cumpla con los requisitos económicos, ¿Medicaid cubriría las pruebas de

detección o el tratamiento?

- Si tengo más riesgo de padecer cáncer por antecedentes familiares o personales, ¿qué pruebas de detección debo realizarme?
- Si ya fui diagnosticado con cáncer, ¿cuáles son las opciones de tratamiento?

Ensayos clínicos:

- NCT04607291 [Health Service Intervention for the Improvement of Access and Adherence to Colorectal Cancer Screening](#). Este estudio presenta un programa de servicios de salud llamado Witness CARES Services dedicado a aumentar el acceso a pruebas de detección de cáncer colorrectal para pacientes que no se han realizado la prueba desde el año pasado. Los participantes elegibles son los que tienen Medicaid o están asegurados por Medicaid/Medicare y de edades entre 50 a 75 años sin diagnóstico de cáncer colorrectal.

Bibliografía

Lam MB, Phelan J, Orav JE, et al. [Medicaid expansion and mortality among patients with breast, colorectal and lung cancer](#). JAMA Network Open. 2020; 3(11):e2024366. Publicado en línea el 5 de noviembre de 2020.

Este estudio/artículo se calificó de la siguiente manera:

Pertinencia: alta

- En el presente estudio se trata el tema de la cobertura de seguro médico público para pacientes que padecen cáncer de mama y colorrectal. El estudio es de interés para las personas de bajos ingresos.
- La ampliación del acceso a Medicaid se aprobó en varios estados en el año 2014. Otros estados adoptaron la ampliación en los siguientes años para que los servicios estuvieran disponibles para los estadounidenses. Algunos estados decidieron no ampliar la cobertura de acceso a Medicaid.

Validez científica: media-alta

- El presente estudio es un estudio de observación y por esa razón sus conclusiones son limitadas. Está establecido que existe una relación entre la adopción de la ampliación del acceso a Medicaid y la reducción del número de muertes por cáncer, pero deben realizarse más estudios para demostrar que este hecho es consecuencia de la ampliación de la cobertura a Medicaid.
- La población del estudio incluyó a la mayor parte de los estados de Estados Unidos aunque no a todos. Es posible que los estados que aplicaron de forma tardía la ampliación de la cobertura de Medicaid presenten diferencias al compararlos con los primeros estados en aplicar la ampliación y los estados que

decidieron no aplicar la ampliación de la cobertura.

- Las diferencias entre las poblaciones con Medicaid en cada estado se analizaron como un solo grupo (estados con ampliación de la cobertura y estados sin ampliación de la cobertura). No se analizaron las diferencias por estado.

Periodo de investigación: posterior a la aprobación