

Abstracts Translations (Spanish)

How Do Trends For Behavioral Health Inpatient Care Differ From Medical Inpatient Care in U.S. Community Hospitals?

Yuhua Bao, Roland Sturm (USA)

¿Cómo varía la atención hospitalaria para problemas comportamentales y para problemas médicos en hospitales de la comunidad en EEUU?

Abstract / Resumen

Fundamento: La atención hospitalaria en EEUU supone un tercio de los gastos sanitarios. Existe una tendencia bien delimitada de reducción en el número y la duración de los ingresos hospitalarios en general. Esta puede atribuirse a los esfuerzos de contención de costes a través de la gestión de la atención (managed care), tanto como a los avances en la tecnología sanitaria. Sin embargo, enfermedades diferentes no tienen por qué mostrar idéntico patrón de cambio en la utilización de atención hospitalaria. La atención para problemas mentales y abuso de sustancias ha experimentado un desarrollo espectacular de organizaciones de gestión de la atención especializadas en problemas de conducta, lo que puede haber contribuido a un decremento más rápido de la atención hospitalaria.

Propósito del Estudio: Este estudio compara la tendencia de la atención para salud mental y drogadicción en los hospitales comunitarios de EEUU con la tendencia de atención a pacientes médicos entre los años 1988 y 1997. También se analizan las tendencias de estancias de subgrupos de problemas comportamentales y de drogadicción por grupos diagnósticos, edad y pagador principal.

Metodo: Se utiliza la muestra nacional de pacientes hospitalarios (en inglés NIS) del proyecto "Health Care Cost and Utilization Project" (HCUP), para estimar el número de pacientes hospitalizados dados de alta por 1000 habitantes, y la estancia media a lo largo de los años, relacionando ambos índices. Utilizamos el paquete informático de clasificación clínica (en inglés CCS), para diferenciar entre trastornos afectivos, esquizofrenia y trastornos relacionados, otras psicosis, ansiedad y trastornos relacionados, trastornos pre-adultos, y trastornos relacionados con el alcohol, sustancias, y otros trastornos mentales. Las tendencias de las altas ajustadas por la población y la duración de la hospitalización se analizaron utilizando un método de least squares ponderado.

Resultados: Las altas ajustadas por población de problemas mentales y de drogadicción en los hospitales comunitarios de EEUU aumentaron un 8.1% durante el periodo de estudio, mientras que las altas por cualquier problema médico se redujeron. En el grupo de problemas mentales, los subgrupos de edad entre 20-39 años y entre 40-64 años, experimentaron un incremento significativo de altas hospitalarias con respecto a otros grupos de edad, fundamentalmente por trastornos afectivos y psicóticos. Este decremento se compensó parcialmente por un aumento en otros grupos diagnósticos. Tanto las hospitalizaciones médicas como las mentales mostraron una tendencia a hospitalizaciones más breves, siendo la reducción más pronunciada en el grupo mental (40%) que en el médico (21%). La reducción en la hospitalización no sólo se produjo en los asegurados privados en los que la penetración de la gestión de atención especializada ha sido mayor, sino también en otros grupos de pagadores, aún cuando la tasa de decremento es mayor en el grupo con seguros privados. El porcentaje mayor de reducción de estancias hospitalarias se dio en el grupo de pre-adultos, tanto en altas ajustadas por población como en media de estancia.

Implicación para la Provisión y Uso de Atención Sanitaria: Los patrones de utilización de los pacientes hospitalizados por problemas mentales o abuso de sustancias diferían con respecto a la hospitalización por cualquier

problema médico entre los años 1988 a 1997. El decremento más rápido del tiempo de estancia en el primer grupo puede atribuirse a los mayores incentivos para contención de costes y por tanto a una gestión de la atención más intensa, tanto como a avances en la tecnología terapéutica, especialmente por medicación. Sin embargo, el rápido declive en el tiempo de estancia puede también haber determinado hospitalizaciones repetidas por altas precipitadas para pacientes con trastornos afectivos o psicóticos. A esta situación pueden haber contribuido algunos incentivos financieros como las tasas de casos o los pagos a los hospitales por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). El aumento de las altas de trastornos graves puede también deberse a un cambio desde dispositivos de larga estancia (para los que no existen datos comparables) a hospitales comunitarios, aún cuando los mayores incrementos tanto absolutos como relativos se dieron en trastornos afectivos más que en esquizofrenia u otras psicosis; siendo estos dos grupos los que conforman la mayoría de casos institucionalizados. Las comparaciones internacionales apoyadas en nuevos datos pueden ayudar a desenmarañar la influencia del efecto del cambio institucional y del desarrollo de tecnologías terapéuticas o patrones clínicos.

Estimating Determinants of Multiple Treatment Episodes for Substance Abusers

Allen C. Goodman, Janet R. Hankin, David E. Kalist,
Yingwei Peng, Stephen J. Spurr (USA)

Estimación de los Determinantes de Episodios Múltiples de Tratamiento en Adictos a Drogas

Abstract / Resumen

Fundamento: Los investigadores de servicios han utilizado cada vez con mayor frecuencia las funciones de azar (hazard functions) para examinar la longitud de los episodios de enfermedad o de tratamiento, y la utilización terapéutica y los costes asociados. Sin embargo, la utilización sistemática de estos métodos ha sido escasa en el análisis de episodios de tratamiento por salud mental/abuso de sustancias (SM/AS).

Propósito del Estudio: Este artículo utilizó las funciones de riesgo proporcionales para caracterizar episodios de tratamiento múltiples en una muestra de clientes asegurados con al menos un diagnóstico de tratamiento por alcohol o drogas en un periodo de tres años. Se refiere a la duración y la secuencia de los episodios de tratamiento, y a la relación de la duración de los episodios con los tipos y la localización de los episodios anteriores. También identifica el problema que acontece cuando una parte de las observaciones de la muestra resulta "posiblemente censurada". El fallo en la contabilización de la censura de la muestra generaría estimaciones sesgadas de las funciones de riesgo. Sin embargo, considerar todas las observaciones censuradas potenciales como ciertas determinaría una sobrecompensación del sesgo de censura.

Métodos: Mediante la utilización de datos sobre peticiones a los seguros, el análisis define los episodios de tratamiento sanitario como todos los acontecimientos que siguen el acontecimiento inicial independientemente del diagnóstico, siempre que estos acontecimientos no estén separados por más de 30 días. La distribución de las observaciones va desde un día a tres años, y los individuos tienen hasta 10 episodios. A causa del proceso de toma de datos, las observaciones quedan censuradas si el episodio está en curso en el momento del inicio de la toma de datos, o cuando ésta finaliza. Los métodos de estimación de Andersen-Gill (AG) y Wei-Lin-Weissfeld

*Correspondence to: Prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herrera, Nº18, 4ºC, 11401-Jerez de la Fra., Cádiz, Spain

(WLW) se usan para analizar las relaciones entre varios episodios de un individuo. Estos métodos se incrementan entonces por un modelo de censura prohibitiva que estima la probabilidad de censura y ajusta de acuerdo con ello los coeficientes comportamentales estimados.

Resultados: Cinco grupos de variables explican la duración de los episodios: 1) Individual, 2) Seguro, 3) Empleador, 4) Binario, indicando diagnóstico del episodio, localización y secuencia; y 5) Ligazón, relacionando el diagnóstico actual a los diagnósticos previos en una secuencia. Las variables sociodemográficas como la edad o el género tanto a nivel individual como de la empresa. Las tasas de co-seguro y los deducibles también tienen un impacto a ambos niveles. Las variables binarias indican que los episodios quirúrgico/ambulatorio fueron los más breves, mientras que los episodios psiquiátrico/ambulatorio fueron los más prolongados. Las variables de ligazón revelan impactos significativos de episodios previos de alcoholismo, drogadicción o trastornos psiquiátricos en la duración de los episodios siguientes.

Discusión: Los episodios de tratamiento sanitario se asocian entre sí mediante el diagnóstico y la localización. Tanto el modelo AG como el WLW muestran aptitudes para analizar los episodios múltiples. El modelo AG permite una mayor flexibilidad para la estimación de los riesgos, y permite a los investigadores modelar el impacto de los diagnósticos previos en episodios futuros. El modelo WLW proporciona un método conveniente para examinar el impacto de las variables sociodemográficas entre los episodios. También proporciona estimaciones eficientes de los coeficientes y de los errores estándar.

Limitaciones: Los datos sobre peticiones de aseguración cubren el periodo desde 1989 a 1991, antecedendo los planes de atención actuales. No puede identificar sujetos no tratados con abuso de sustancias, ni aquellos con una utilización fuera del plan. Solo proporciona información sobre el tratamiento si el plan de aseguración cubre los servicios, y estos se definen mediante un código de abuso de sustancias. Al igual que los registros médicos, las peticiones de aseguración no especifican el tratamiento por abuso de sustancias recibido en el contexto de otro tipo de atención sanitaria (y así se identifica por un código diagnóstico de otro tipo), o por servicios comunitarios.

Implicaciones para la Política y la Investigación: Este artículo caracteriza múltiples episodios de tratamiento sanitario para una muestra de clientes asegurados con al menos un diagnóstico de tratamiento por alcohol o abuso de drogas en un periodo de 3 años. Identificamos tanto los efectos del individuo como del empleador sobre la duración del episodio. Encontramos que la duración del mismo varía en función del tipo diagnóstico, y que las duraciones (y por inferencia la utilización y los costes), pueden depender de los tratamientos efectuados en episodios previos. También reconocemos que los episodios de atención sanitaria o de enfermedad pueden seguir activos a la vez que finaliza el periodo de recolección de datos, lo que conduce a una duración incierta de los episodios. Las estimaciones correspondientes de utilización y costes son también inciertas. Proporcionamos un método que ajusta la duración de los episodios de acuerdo con la probabilidad de censura.

Objetivos del estudio: La medida de la productividad en atención psiquiátrica es difícil, pero creemos que el estudio de la productividad es un insumo importante en política. El objetivo del presente artículo es proporcionar el análisis de la eficiencia de productividad en clínicas ambulatorias de psiquiatría infantil y adolescente en Noruega, con un foco particular en tres cuestiones: 1) Valorar en que medida es realista el objetivo de aumentar de la productividad en un 50%; 2) valorar si existen economías de escala en el sector, 3) valorar en que medida pueden explicarse las diferencias de productividad por las diferencias en la agrupación de pacientes o por la agrupación del personal.

Métodos: Se ha utilizado una aproximación denominada en inglés DEA (Análisis de Datos Envoltentes) para estimar una frontera de producción de práctica óptima. El potencial para mejora de la eficiencia se mide como la diferencia entre la práctica real y la práctica óptima, a la vez que se permiten compensaciones entre las diferentes agrupaciones del personal y diferentes agrupaciones de producción de servicios. El método DEA facilita una estimación de la eficiencia y de la productividad para cada clínica sin necesidad de precios, evitando así los inconvenientes de los cocientes de productividad parcial. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se utiliza para comparar las distribuciones de eficiencia, proporcionar pruebas de especificación de variables y propiedades de escala.

Resultados: En base a 135 observaciones en los años 1997 a 1999, las pruebas conducen a un modelo con dos insumos, dos resultados y retornos variables a la escala. Los resultados son número de horas consumidas en intervenciones directas e indirectas, mientras que ni el número de intervenciones ni el de pacientes mostró una significación estadística. Los insumos son el número de personal con educación universitaria y otro personal. Sin embargo, la desagregación de este último grupo resultó no significativa. El promedio estimado de eficiencias en clínicas es del 71%. La productividad media es del 64%, pero muchas de las clínicas más grandes tienen un rendimiento más bajo, fundamentalmente a causa de ineficiencias de escala.

Discusión: Parece existir un margen considerable de mejora del rendimiento en estas clínicas. Es interesante constatar que el potencial de incremento de la productividad no se distancia del objetivo oficial del 50%. La composición del personal constituye un factor relevante para la productividad clínica, pero diferentes grupos no muestran diferencias significativas de productividad marginal, lo que sugiere una falta de capacidad de uso de habilidades especializadas. Debe considerarse que estos resultados dependen de la asunción de que la práctica médica es eficiente, y de que los datos disponibles reflejan con precisión la actividad de las clínicas.

Implicaciones para la Investigación Futura y para la Política Sanitaria: Pronto se contará con medidas más apropiadas de resultados como el GAF. Ello mejorará el valor de estos análisis para política sanitaria tanto como bases de datos más sofisticadas con información sobre el número de personal en puestos de formación y entrenamiento. El análisis efectuado en este artículo revela que la falta de consenso en quién debe tratar, cómo debe hacerlo y a quién, determina grandes variaciones en la eficiencia productiva. Actualmente, estos aspectos son fuente de debate en Noruega y será interesante comprobar si ello conduce por sí mismo a una mayor eficiencia o si será necesario implantar cambios en la estructura de incentivos.

Scale, Efficiency and Organization in Norwegian Psychiatric Outpatient Clinics for Children

Vidar Halsteinli, Sverre A.C. Kittelsen, Jon Magnussen (Norway)

Escala, eficiencia y organización de las clínicas psiquiátricas ambulatorias para población infantil en Noruega

Abstract / Resumen

Fundamento: Se considera que el 5% de la población por debajo de los 18 años requiere asistencia psiquiátrica especializada. Sin embargo, en 1998 solo el 2.1 % de la población noruega recibía estos servicios. El acceso a los servicios puede mejorarse aumentando su capacidad, o la utilización de los ya existentes. El cambio en los incentivos financieros no ha sido considerado hasta la fecha. En base a un número relativamente bajo de consultas por terapeuta (1.1 por terapeuta y día), el ministerio ha estipulado que la productividad debería incrementarse en un 50 %.

Comparing Patients with Depressive Complaints and Patients with Chronic Medical Conditions on their Functioning and Medical Consumption

Gerrit T. Koopmans, Leida M. Lamers (The Netherlands)

Comparación de Pacientes con Quejas Depresivas y Pacientes con Enfermedades Crónicas con Respecto al Funcionamiento y al Consumo de Recursos Médicos

Abstract / Resumen

Antecedentes: Varios estudios han encontrado que las quejas de depresión están asociadas a limitaciones en el funcionamiento que por lo menos son comparables a las debidas a enfermedades médicas crónicas, tales como la

diabetes o enfermedades respiratorias. Sin embargo, no se conocen las implicaciones de dicha asociación en lo que respecta a la utilización de servicios sanitarios generales, particularmente fuera de los EE.UU.

Objetivos del Estudio: Estudiar la asociación existente entre quejas de depresión y el funcionamiento y la utilización de la asistencia sanitaria, en comparación a la relación de las enfermedades crónicas con el funcionamiento y la utilización de asistencia sanitaria.

Método: En una muestra comunitaria de población adulta en Holanda (N=9428), se evaluaron las enfermedades crónicas (21 tipos) y quejas de depresión por medio de auto-informe. Sólo se consideraron en el análisis las enfermedades activas y quejas de depresión que requirieron tratamiento específico. El estado de salud y las discapacidades también fueron valorados mediante el auto-informe. La información sobre la utilización de los servicios de salud se extrajo de auto-informes así como de datos procedentes de una base de datos de solicitudes. Esta base de datos también aportó información sobre el uso de psicofármacos. Las asociaciones entre enfermedades crónicas, quejas de depresión y variables dependientes fueron analizadas mediante un

análisis de varianza o análisis de regresión, ajustándolos por posibles factores confusores (género, edad, condiciones de vida).

Resultados: Las quejas de depresión, más que cualquier otra enfermedad crónica (excepto los problemas de espalda), se asociaron con fatiga, mala salud subjetiva y con los días pasados en cama. Los pacientes con quejas de depresión visitaron al médico general con más frecuencia que el resto de pacientes. También contactaron con un especialista con más frecuencia que las otras categorías de pacientes, salvo los pacientes con enfermedades coronarias.

La combinación de quejas de depresión y enfermedades crónicas no se asoció con aumento de la utilización o menor funcionamiento.

Conclusión: Las quejas de depresión no sólo están relacionadas con el funcionamiento sino también con la utilización de los servicios sanitarios generales. La fortaleza de estas asociaciones es comparable con aquella de enfermedades crónicas. Este estudio enfatiza la pertinencia de (investigación sobre) el manejo y tratamiento de pacientes con quejas de depresión en escenarios de asistencia sanitaria general.