

Abstracts Translations (Spanish)

Benchmarking the Quality of Schizophrenia Pharmacotherapy: A Comparison of the Department of Veterans Affairs and the Private Sector

El Uso de Medicación Antipsicótica en el Tratamiento de la
Esquizofrenia Entre Distintos Sistemas de Financiación y Entrega

Joan R. Bloom, Jur-Shan Cheng, Teh-Wei Hu, Soo Hyang Kang,
Neal Wallace (USA)

Resumen

Antecedentes: En 1995 en un esfuerzo por controlar los costes, el Estado de Colorado puso en práctica un sistema piloto de pago por capitación a elección de los individuos que optaran por la financiación pública por uso de servicios de salud mental. Se firmaron contratos con empresas con y sin ánimo de lucro; los demás permanecían en el sistema de pago por servicio (FFS). Los productos farmacéuticos no fueron incluidos en la tasa de capitación. Sin embargo, la medicación antipsicótica se incluyó en los formularios dirigidos a los consumidores que recibían atención médica de manos de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (OMAS).

Objetivos: Este estudio examina el uso de medicación antipsicótica comparándolo con el uso de antipsicóticos atípicos por consumidores inscritos o no en una OMAS y cuyos servicios de salud mental son reembolsados a través de un sistema de pago-por-servicio o a través de un sistema capitado.

Métodos: Los datos para este estudio fueron recogidos entre 1995 y 1997 como parte del Programa Piloto de Capitación de Salud Mental de Medicaid de Colorado. Los antipsicóticos atípicos que se incluyen en el estudio son: la clozapina, el risperidona, y la olanzapina. La muestra para esto consistió en 282 individuos con un diagnóstico de esquizofrenia.

Resultados: la utilización de los antipsicóticos era menor entre los consumidores de las OMAS. En comparación con los consumidores de áreas del estado sometidas a pago por servicio, la utilización de antipsicóticos atípicos era mayor en las áreas del estado sometidas al sistema de capitación.

Discusión: Se observaba un fuerte incentivo para el aumento de la utilización de antipsicóticos atípicos en los sistemas de capitación, a menos que los consumidores recibiesen la prescripción médica a través de una OMAS. Las limitaciones incluyen las diferencias en las características observables y no observables entre las áreas sometidas a pago-por-servicio, DC y MBHO, una tendencia inevitable hacia la selección y el reducido número de inscripciones a una OMAS.

Conclusiones: La capitación de los servicios de salud mental proporciona incentivos para tratamientos más coste-efectivos. La inscripción a una OMAS no resultaba un factor crucial a la hora de determinar el acceso a la prescripción de antipsicóticos atípicos.

Implicaciones para la Política: Estos datos sugieren que la capitación puede afectar el uso de servicios sustitutos no la tasa de capitación. Antes de recomendar cambios en la política, necesitamos averiguar si el aumento en la utilización conduce la obtención de mejores resultados.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: El paso siguiente sería determinar si el aumento del uso de antipsicóticos atípicos conduce a la obtención de mejores para sus consumidores.

Impact of Federal Substance Abuse Block Grants on State Substance Abuse Spending: Literature and Data Review

Impacto del Bloque de Ayudas Federales en los Gastos Estatales
Relativos a Abuso de Sustancias: Análisis de Literatura y Datos

Alexander Cowell, Dennis McCarty, Albert Woodward (USA)

Resumen

Fundamento: El bloque de ayudas federales para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Sustancias (SAPTBG) fue establecido por el Congreso de los Estados Unidos para ayudar a los estados en la financiación de los servicios de tratamiento de abuso de sustancias. Aunque la SAPTBG representa aproximadamente el 40% de la financiación pública para el tratamiento, no se sabe bien de qué modo esta ayuda federal afecta a los gastos del estado relativos a tratamiento. Las investigaciones realizadas que han examinado la materia lo han hecho desde la perspectiva de la economía financiera pública.

Objetivos de este Estudio: Este estudio, desde la base de un análisis de la literatura y los datos existentes, sugiere nuevos caminos para investigar acerca del impacto causado por la SAPTGB.

Métodos: El estudio analiza la literatura de interés sobre economía financiera pública y los datos utilizados en los trabajos publicados sobre la SAPTGB.

Discusión: La literatura actual examina únicamente el efecto que produce el bloque de ayudas sobre los gastos a través de agencias de estatales de abuso de sustancias. Un análisis adicional es necesario para examinar el impacto de la SAPTGB sobre todas las fuentes estatales de financiación y gastos en tratamientos para el abuso de sustancias. Al final de este artículo se presentan algunas ideas para investigaciones adicionales.

Implicaciones para Políticas Sanitarias: El interés creciente del Congreso de los Estados Unidos por evaluar la efectividad de los distintos programas federales del bloque de ayudas requiere la realización del análisis futuro del impacto de la SAPTGB. El análisis y la aproximación en la literatura resulta también instructivo para otros países en los que el gobierno central asigna recursos de atención sanitaria a las autoridades locales a través de una beca.

Community/Hospital Indicators in South African Public Sector Mental Health Services

Indicadores Comunitarios/ Hospitalarios de los Servicios de Salud
Mental del Sector Público en Sudáfrica

Crick Lund and Alan J. Flisher (Sudáfrica)

Resumen

Fundamento: La necesidad de equilibrar los recursos existentes entre los servicios de salud mental de base comunitaria y los de base hospitalaria en la era de la post-desinstitucionalización ha estado bien documentada. Sin embargo, pocos indicadores se han desarrollado para la monitorización de la relación entre servicios comunitarios y hospitalarios, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Existe una necesidad particular para la existencia de tales indicadores en el contexto Sudafricano, con su historia de servicios no equitativos basados en instituciones cerradas

* **Correspondence to:** prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herresa, N° 18, 4°C, 11401-Jerez de la Fra, Cádiz, Spain

bajo el Apartheid, y una nueva política que propone el desarrollo de una atención de base comunitaria más equitativa. Los indicadores son necesarios para medir la distribución de los recursos y la utilización relativa de los servicios de base comunitaria y de base hospitalaria durante el proceso de reforma. Estos indicadores son potencialmente útiles para la evaluación de la puesta en práctica de objetivos políticos a lo largo del tiempo.

Objetivos de este Estudio: Desarrollar y documentar los indicadores comunitarios y hospitalarios en los servicios de salud mental del sector público en Sudáfrica.

Métodos: Se distribuyó un cuestionario a los coordinadores provinciales de salud mental en el que se pedía el número de (i) trabajadores a tiempo completo (FTE) que proporcionaban atención de salud mental a todos los niveles de servicio, (ii) de ingresos anuales de pacientes en hospitales y (iii) de atenciones al año de pacientes en dispositivos de atención ambulatoria. La información se complementó con consultas a coordinadores de salud mental en cada una de las 9 provincias. Los datos poblacionales se obtuvieron a partir de hallazgos preliminares del padrón/ censo de 1996. El indicador comunitario/ hospitalario que medía la distribución del personal se definió como la ratio del personal empleado en entornos comunitarios to all staff, expresado en términos de porcentaje. El indicador comunitario/ hospitalario que medía la utilización de los servicios por parte de los pacientes se definió como el cociente de la tasa de atención ambulatoria anual por cada 100.000 habitantes y la tasa de admisiones hospitalarias en un año por cada 100.000 habitantes expresada en forma de porcentaje.

Resultados: Del personal de psiquiatría del sector público, el 25% se localiza en entornos comunitarios en Sudamérica (rango provincial: 11-70%). Si los servicios ambulatorios se incluyen en la definición de "hospital", esta figura se reduce al 17% (rango provincial: 3-56%). En términos de utilización de servicios, el 66% de los contactos de pacientes con servicios de salud mental ocurren a través de servicios de atención ambulatoria en Sudáfrica (rango provincial: 44-93%).

Discusión: La distribución del personal comunitario/ hospitalario indica un énfasis excesivo sobre la atención centralizada de base hospitalaria en la mayoría de las provincias y una atención hospitalaria inadecuada en algunas provincias. Los modelos de utilización de servicios por los pacientes indican una dependencia excesiva de los servicios centrales de base hospitalaria y una necesidad no cubierta sustancial. Los hallazgos hacen notar la existencia de problemas en los sistemas de información de atención en salud mental en Sudáfrica.

Implicaciones para Políticas Sanitarias: Los indicadores comunitarios/ hospitalarios desarrollados por este estudio desde una medida útil para la evaluación de la puesta en práctica de una política de salud mental a lo largo del tiempo. Para el contexto Sudafricano, los indicadores comunitarios/ hospitalarios constituyen una medida del alcance de la redistribución de recursos desde los servicios hospitalarios a los comunitarios y los modelos de cambio de la utilización de servicios a lo largo del tiempo. Actualmente, los modelos de distribución de recursos y de utilización de servicios no concuerdan con la política del gobierno.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Se considera necesario hacer una investigación futura sobre el desarrollo de los sistemas de información de salud mental, perfeccionar los indicadores de servicios y mejorar la metodología para evaluar la puesta en práctica de las políticas de salud mental en la entrega de servicios.

Objetivos de este Estudio: En este estudio, tratamos de evaluar el impacto de la reforma sobre el acceso a los servicios de salud mental y si hubo cambios en el modelo de entrega de este tipo de servicios durante el periodo posterior a la reforma.

Métodos: Se compararon los cambios en los indicadores económicos nacionales y en las medidas de entrega de los servicios de salud mental y no mental para los años 1987 y 1997. Los datos se obtuvieron del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), del Departamento de Nacional de Planeación y del Ministerio del Tesoro de Colombia y de informes nacionales oficiales sobre la entrega de servicios de salud mental y no mental del Ministerio de Salud de Colombia para estos mismos años.

Resultados: Mientras que el acceso ajustado por población a los servicios de salud mental comunitarios experimentó un descenso del 2,7% (descenso del 11,2% entre las mujeres y una subida del 5,8% entre los hombres), el acceso a los servicios médicos ambulatorios generales sufrió un dramático incremento del 46%. Los ingresos hospitalarios mostraron diferencias menores, con una subida del 7% en ingresos de salud mental, en comparación con el 22,5% de alza en los ingresos de medicina general.

Discusión: The health reform in Colombia imposed competition across all health institutions with the intention of encouraging efficiency and financial autonomy. However, the challenge of institutional survival appears to have fallen heavily on mental health care institutions that were also expected to participate in managed competition, but that were at a serious disadvantage because their services were excluded from the compulsory standardized package of health benefits. While the Colombian health care reform intended to close the gap between those who had and those who did not have access to health services, it appears to have failed to address access to specialized mental health services, although it does seem to have promoted a change in the pattern of mental health service delivery from a reliance on costly inpatient care to more efficient outpatient services.

Discusión: La reforma sanitaria en Colombia impuso la competencia entre todas las instituciones sanitarias con la intención de impulsar la eficiencia y la autonomía financiera. Sin embargo, el desafío de supervivencia institucional parece haber recaído especialmente sobre las instituciones de atención de salud. Aunque se esperaba que éstas participasen en un sistema de competencia de gestión, se encontraban en gran desventaja debido a que sus servicios se excluyeron de la oferta estandarizada obligatoria de beneficios sanitarios. Mientras que la reforma colombiana de la atención sanitaria trataba de llenar el hueco entre aquellos que tenían y los que no tenían acceso a los servicios de salud, no logró dirigir el acceso a los servicios especializados de salud mental, aunque parece que esto ha supuesto un cambio en el modelo de entrega de servicios de salud mental desde una dependencia de la costosa atención hospitalaria a unos servicios ambulatorios más eficientes.

Conclusiones: La reforma sanitaria en Colombia mejoró el acceso a los servicios de salud en lo referente a servicios médicos generales, pero no en el caso de los servicios especializados en salud mental. A pesar de que el objetivo primario de la reforma sanitaria era proporcionar cobertura médica universal, a través de la exclusión de los servicios de salud mental en la oferta estandarizada de beneficios, las desigualdades en la entrega de servicios de salud mental parecen haber continuado e incluso empeorado.

Implicaciones para la Atención Sanitaria y la Formulación de Políticas: Si la reforma sanitaria en Colombia y en cualquier otro lugar supone proporcionar una cobertura universal y un acceso adecuado a la atención sanitaria completa, los servicios de salud mental deben ser añadidos a la oferta estandarizada de beneficios sanitarios y deberían continuar los esfuerzos por desarrollar el tratamiento accesible y eficaz de salud mental a nivel de atención primaria.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: La investigación sobre servicios de salud mental en Colombia debería centrarse en estudios futuros sobre el impacto diferencial de la reforma sanitaria sobre el acceso a los servicios de salud mental entre regiones, y entre áreas urbanas y rurales.

Mental Health Service Delivery Following Health System Reform in Colombia

Provisión de Servicios de Salud Mental tras la Reforma del Sistema Sanitario en Colombia

Mauricio Romero-González, Gerardo González
and Robert Rosenheck (USA)

Resumen

Antecedentes: En 1993, Colombia experimenta un proceso ambicioso y exhaustivo de reforma del sistema sanitario basado en la competición administrada y el pluralismo estructurado, pero no incluye la cobertura de los servicios de salud mental.