

Abstracts Translations (Spanish)

Managing Mental Health Service Provision in the Decentralized, Multi-layered Health and Social Care System of Germany

Gestión de la Provisión de los Servicios de Salud Mental en el Sistema de Atención Sanitaria y Social Descentralizado y multi-nivel de Alemania

A. Bramesfeld, M. Wismar, Kai Mosebach (Germany)

Resumen

Background: The effective coordination of mental health service provision is a requirement in order to reform mental health care successfully from a hospital focused system towards a more decentralized, community-oriented one. Implementing such coordination is particularly challenging in a decentralized and multi-layered health and social care system such as it exists in Germany.

Antecedentes: Para garantizar el éxito de una reforma de la atención en salud mental desde un sistema centrado en el hospital hacia uno más descentralizado y orientado a la comunidad, es necesario alcanzar una coordinación efectiva de la provisión de servicios salud mental. La puesta en práctica de tal coordinación resulta particularmente complicada en un sistema de atención sanitaria y social descentralizado y en estratos como el actualmente existente en Alemania.

Objetivos del Estudio: (i) Investigar la coordinación y planificación de la provisión de servicios de salud mental desarrolladas en y entre los niveles local y políticos federales en Alemania. (ii) Presentar las diferencias en la coordinación y planificación de la provisión de servicios de salud mental existentes entre los distintos niveles políticos y ubicar sus autoridades clave. (iii) Analizar en qué medida un sistema sanitario y social descentralizado y de varias capas, como el alemán, permite una coordinación adecuada.

Método: (i) Análisis de los documentos legislativos y políticos; (ii) entrevistas guiadas por expertos a oficiales y consultores de las unidades, responsables de los asuntos de salud mental en los gobiernos de las 16 Länder y del Ministerio federal de Salud y Seguridad Social; (iii) mostrar los resultados obtenidos a los expertos entrevistados para su verificación.

Resultados: Los paneles multi-profesionales y los puestos para la coordinación y planificación de los servicios de salud mental se han implementado ampliamente tanto a nivel local como federal en Alemania. La mayoría de ellos actúan sin que la legislación así lo requiera. Los fondos de pensiones y enfermedad están representados en menos de la mitad de las juntas a nivel estatal. Los paneles a nivel local o a nivel estatal se encargan principalmente de la coordinación de la atención social en salud mental, influyendo poco sobre la atención médica en salud mental. Los documentos de política de salud mental existen a nivel federal y en la mayoría de los Lander. De los 12 Lander con legislación específica sobre salud mental (de un total de 16), todos tienen en cuenta las regulaciones sobre coordinación y planificación de servicios salud mental. En los 16 lander existen autoridades clave en política de salud mental, legislación e implementación de servicios. La provisión real es una responsabilidad local.

Discusión: Desde el comienzo de las reformas en salud mental hace 25 años y particularmente desde hace pocos años, las estructuras para la coordinación y planificación de la provisión de servicios de salud mental han sido establecidas en todo el país a nivel local, de Länder y federal. Sin embargo, apenas se encuentran disponibles las estructuras que conecten los niveles de Länder y los locales y que actúan como una fuente de garantía de la calidad exterior. Las juntas de coordinación a nivel de Länder incluyen casi todas las

partes involucradas en la atención de salud mental a excepción de los fondos de enfermedad y de pensiones, que generalmente no aparecen reflejados en las mismas. De este modo, estas juntas de coordinación están principalmente restringidos a dirigir los servicios sociales relativos a la atención en salud mental. A pesar de esto, el establecimiento en todo el país de diversos paneles para la coordinación estructurada de la provisión de servicios de salud mental puede ser considerado un logro en sí mismo, aunque la información acerca de los procesos e impacto en este marco sea escasa. Existen, sin embargo, indicios de que la coordinación continúa estando restringida a los interfaces tradicionales y a las líneas divisorias del sistema de atención en salud mental en lugar de poder dominarlos.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: La reforma de la provisión de servicios de salud mental hacia un sistema más orientado a la comunidad requiere una coordinación sofisticada. El establecimiento en todo el país de las estructuras para la coordinación y planificación de la provisión de servicios de salud mental ha sido en gran medida posible en Alemania. Sin embargo, se requiere un análisis más profundo de este tema debido a que una coordinación que sobrepase los niveles tradicionales resulta poco probable. Por todo esto, se necesita alcanzar unos incentivos que permitan impulsar una "coordinación adecuada" así como la integración con otros sectores dentro del sistema de atención en salud mental.

Toward a Model for Testing the Relationship Between Quality of Care and Costs

Hacia un Modelo para Probar la Relación entre la Calidad de la Atención y los Costes

B. Dickey and Sharon-Lise T. Normand (USA)

Resumen

Antecedentes: De las investigaciones realizadas sobre servicios de salud mental se extraen pocas pruebas empíricas que apoyen la especulación sobre la relación calidad - costes.

Objetivos del Estudio: La finalidad de este artículo es proporcionar un modelo conceptual y probar su utilidad a la hora de determinar el coste de la atención que cumpla con estándares basados en evidencia.

Métodos: Se describe un estudio de casos de sujetos tratados por un episodio agudo de esquizofrenia, y se presenta un modelo conceptual para determinar los costes de la atención basado en la evidencia (evidence - based). Se utilizaron tests/pruebas estadísticos diferenciales para comparar dos grupos, aquellos con una atención que sigue los estándares recomendados y aquellos que no.

Resultados: En comparación con la atención que no sigue las recomendaciones, la atención basada evidencia resultaba menos costosa. Los beneficios clínicos para los pacientes eran los mismos, pero aquellos que recibían una atención más pobre (dosis de medicación anti-psicótica más altas que las recomendadas) daban como resultado unos costes más elevados de tratamiento así como un número mayor de efectos secundarios.

Discusión: El modelo conceptual debe hacer frente a muchos retos en su aplicación, pero es prometedor como aproximación para determinar el coste de la atención basada en la evidencia.

Implicaciones para la Provisión y el Uso de la Atención Sanitaria: Los resultados apoyan los esfuerzos hechos para animar a los profesionales de la salud a seguir las recomendaciones prácticas.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: El crecimiento de la medicina basada en la evidencia debe equipararse a por los esfuerzos hechos para

* 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

evaluar los costes de la observancia de las recomendaciones de la práctica. La presión de los recortes fiscales necesita ser equilibrada con información acerca de cuál será el coste de proporcionar el tratamiento recomendado.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Los esfuerzos mayores necesitan hacerse en el desarrollo conceptual del modelo de modo que podamos calcular con seguridad los costes y la eficacia de las recomendaciones de tratamiento basadas evidencia.

Out-of-Pocket Expenditure for Depression among Patients Attending Private Community Psychiatric Clinics in Pakistan

Gastos de bolsillo en la Depresión en pacientes atendidos en Clínicas Psiquiátricas Ambulatorias Privadas en Pakistán

Amin A. Gadit (Pakistan)

Antecedentes: La depresión es un problema de salud pública en Pakistán debido a las discapacidades que esta causa y las cargas del coste para la familia. Aproximadamente el 6% de la población paquistaní padece esta enfermedad, y aproximadamente un 50% de los afectados piden tratamiento. El presupuesto sanitario del país es muy bajo, el promedio de ingreso per-capita es de 430 dólares americanos y un 35% de la población está por debajo la línea de la pobreza. Esto conlleva que la depresión ocasione una pesada carga económica a los que la padecen.

Objetivos: El objetivo de este estudio consistía en calcular la carga económica de los pacientes que sufren depresión y que eran atendidos en clínicas psiquiátricas ambulatorias.

Métodos: Este es un análisis basado en el predominio de los gastos de atención en salud mental en una muestra de 200 pacientes con un diagnóstico CIE-10 de depresión. Los pacientes eran atendidos en cuatro clínicas ambulatorias privadas, con una tendencia de una vez por semana, con todos los gastos de atención cubiertos para los pacientes con gastos de bolsillo. Se diseñó un cuestionario para recopilar información sobre los gastos de bolsillo por tratamiento y desplazamiento. Los datos se han evaluado mediante análisis SPSS.

Resultados: De los sujetos del estudio (n = 200), un 85% gastaba sobre 3.133 rupias (51,40 dólares americanos) mensuales como gastos generales de salud. Un 65% de los sujetos ganaban menos de 5.000 rupias (86 dólares). El medio de transporte más utilizado por la mayoría era el autobús, que costaba a las familias 83 rupias (1,40 dólares) por cada viaje. Los costes de la investigación en laboratorios eran insignificantes debido a que se pone menos énfasis sobre los tests/pruebas de laboratorio en psiquiatría.

Discusión: El elevado coste de la depresión hace que la mayoría de la población no pueda acceder a tratamiento, lo que contribuye al sufrimiento relacionado con la enfermedad y la pérdida de productividad asociada a la misma. El presupuesto nacional es muy bajo, el ingreso medio de la mayoría de la población es muy bajo, y la mayoría de las necesidades no se cubren a pesar del apoyo parcial de organizaciones caritativas, y la disponibilidad parcial de hospitales del sector público, cobertura de seguros y dispositivos médicos. Es esencial dirigir los esfuerzos a al aumento del presupuesto sanitario y a aumentar las estrategias preventivas. Es necesario efectuar más investigaciones en economía de la salud y, paralelamente, proporcionar bases de datos adecuadas a nivel estatal.

Coping with Disasters: Estimation of Additional Capacity of the Mental Health Sector to Meet Extended Service Demands

Afrentamiento de Desastres: Estimación de la Capacidad Adicional del Sector de Salud Mental para Cubrir la Mayor Demanda de Servicios

C. Siegel, J. Wanderling, E. Laska (USA)

Resumen

Fundamento: El desastre del 11 de Septiembre en Nueva York determinó un aumento de la provisión de servicios de salud mental, al responder una vasta red de proveedores a las necesidades urgentes de aquellas personas que habían sufrido el impacto de la tragedia. Las estimaciones de la capacidad normal, la capacidad adicional potencial para proveer servicios, y la carencia potencial dentro del sector de salud mental, son aspectos de la información necesarios para la planificación en desastres futuros.

Propósito del Estudio: Se utilizan los datos del Estado de Nueva York para determinar la distribución de las tasas de provisión de servicios entre programas, y para examinar un modelo explicativo de la variación observada, para estimar la capacidad adicional potencial en el sector de salud mental, y para estimar la carencia basada en esta capacidad y en datos de estudios de la necesidad y el uso de servicios tras el 11 de septiembre.

Métodos: Las distribuciones empíricas de la provisión semanal de servicios clínicos en programas con probabilidad de ser utilizados por personas con problemas de salud mental relacionados con el desastre se obtuvieron de los datos disponibles. Tres modelos de regresión se utilizaron para explicar la tasa de variación en términos de las características no modificables del programa que tenían probabilidades de impactar en dichas tasas. Argumentamos que las tasas no podrían aumentarse fácilmente si cualquiera de los modelos tenía un buen poder explicativo, y que podrían aumentarse en el caso contrario. Todos los modelos mostraron un ajuste pobre. Entonces asumimos que la mediana y el percentil 75 de las tasas de provisión de servicios clínicos eran buenos candidatos para la capacidad de producción mínima de un clínico. Las tasas de servicio de aquellos clínicos que tenían tasas por debajo de estos cuartiles se incrementaron hasta el valor de cuartil para producir estimaciones de la capacidad potencial adicional. Estos datos se utilizaron con los de necesidades clínicas para estimar la carencia de servicios.

Resultados: Se evidenciaron variaciones sustanciales en las tasas de provisión de servicios clínicos dentro de las regiones del impacto y entre los programas que atendían a diferentes grupos de población por edad. La estimación total del porcentaje de aumento de servicios basado en la mediana fue del 12%, y del 27% basándose en el percentil 75. Usando una estimación de necesidades de 0.3 tal y como sugieren los datos disponibles, y un rango de servicios (1-10) que puede requerirse en un periodo de seis meses, la carencia estimada basándose en el rango de la mediana fue de 22-92%, y del percentil 75 desde ninguna carencia hasta el 86%. Una estimación menos conservadora de necesidades de .05 determina una carencia mediana que va de 59 a 96%, y para el percentil 75, entre 10 y 91%.

Limitaciones: La potencia de explicación del modelo podía haberse incrementado si otras características no modificables hubieran sido incluidas, teniendo en cuenta que las variables descriptoras del programa utilizadas en el modelo explicativo eran aquellas que tenían mayor probabilidad de impactar en las tasas. En este caso, puede cuestionarse la asunción de que la producción de servicios pueda aumentarse.

Implicaciones para la Provisión y el Uso de Atención Sanitaria En los seis primeros meses tras el 11 de septiembre, en el Estado de Nueva York 250.000 personas recibieron counseling de crisis a través del proyecto Liberty. En 1999, NYS proveyó aproximadamente el mismo número en los programas de salud mental durante todo el año. Las estimaciones de este estudio sugieren que son necesarios fondos y personal adicionales para cubrir los servicios de salud mental en el caso de un desastre.

Implicaciones para la Política Sanitaria: Se necesita un plan de desastres para coordinar el uso del personal normal y adicional, así como la inclusión de recursos de salud mental de otras fuentes y sectores.