

Abstracts Translations (Spanish)

Variación en la Utilización del Servicio de Consulta Externa en Salud Mental bajo Capitación

Ann F. Chou, Neal Wallace, Joan R. Bloom, The-Wei Hu (USA)

Abstract

Fundamento: Para mejorar la financiación del sistema público de salud mental de Colorado, el estado diseñó, implementó y evaluó un programa piloto compuesto de tres modelos de reembolso para la prestación de servicios de consulta externa. Los centros de salud mental comunitarios (CSMC), los primeros en la prestación de servicios integrales de salud mental a los receptores de Medicaid en Colorado, tuvieron que buscar maneras innovadoras para prestar unos servicios efectivos en cuanto a costes se refiere.

Propósito del Estudio: Este estudio evaluó la prestación de servicios de consulta externa en posibles consumidores de Medicaid bajo este programa. Este documento está entre los primeros en estudiar las variaciones en la prestación de unos tipos específicos de servicios de consulta externa en salud mental con sistemas de financiación bajo capitación.

Métodos: Este estudio utiliza los datos de solicitudes (1994-1997) de Medicaid en Colorado y la Agencia de Servicios de Salud Mental. El modelo de honorario-por-servicio (HPS) sirvió como modelo de comparación. Los dos modelos de capitación a evaluar son: (i) capitación directa (CD), donde el estado contrata con una entidad sin ánimo de lucro para prestar los servicios y administra la financiación por capitación y (ii) organización de salud conductual gestionada (OSMG), la cual es una empresa conjunta entre una compañía con ánimo de lucro que gestiona la financiación por capitación y varias entidades sin ánimo de lucro que prestan los servicios. Se incluyó en el análisis una muestra de pacientes con enfermedad mental severa que reportaron por lo menos una hospitalización. Los tipos de servicios de consulta externa de interés son: visitas para tratamiento de día, terapia de grupo, terapia individual, control de medicación, manejo de casos, exámenes, y todos los demás servicios. Se establecieron comparaciones para examinar las diferencias en la utilización del servicio y el coste entre HPS y cada uno de los modelos de capitación, usando un modelo de dos partes a través de tres periodos de tiempo.

Resultados: Los resultados mostraron diferencias en la prestación del servicio entre los modelos de reembolso con el tiempo. Los proveedores de servicios con capitación tenían una utilización inicial más alta en la mayoría de las categorías de consulta externa que sus contrapartes con HPS y como resultado de la capitación, los servicios de consulta externa prestados por estos proveedores disminuyeron para converger en el patrón del HPS. Los resultados también sugieren una sustitución entre la terapia de grupo y la psicoterapia individual. En general, se observó más integración de servicios y se prestaron paquetes de servicios menos complejos después de la capitación.

Implicaciones para la Provisión de Atención y Políticas Sanitarias: Los modelos de financiación y las estructuras organizacionales tienen un impacto en la prestación de servicios de salud mental. Los cambios en la utilización y los costes de ciertos servicios específicos de consulta externa reflejan los efectos de la capitación. Comprender los mecanismos para estos cambios puede conducir a una prestación racional de servicios dando cabida a mayores fondos para ampliar el campo de las alternativas de tratamiento coste-efectivas.

Variaciones en los Costes altos de la Atención Habitual a los Pacientes en los Dispositivos Psiquiátricos de Estados Unidos

Jerry Cromwell, Edward M. Drozd, Barbara Gage, Jan Maier, Erin Richter, Howard H. Goldman (USA)

Abstract

Fundamento: La ley de ajuste del equilibrio presupuestario (Balanced Budget Refinement Act) de 1999 incluyó un requerimiento del Congreso para desarrollar un sistema de pago prospectivo basado en agrupación de casos (case-mix) para todos los beneficiarios del seguro de enfermedad Medicare tratados en dispositivos exentos de PPS. Los niveles de pago por categorías de case-mix propuestos por el gobierno se basan en las solicitudes e informes de costes de los dispositivos asistenciales. A causa de las limitaciones en los datos de las solicitudes de los pacientes, estos niveles no se corresponden a los costes de personal específicos por paciente en las unidades de atención rutinaria de los dispositivos, ni se consideran algunas características de los pacientes para pagos más elevados.

Propósito del Estudio: Este estudio utiliza una fuente novedosa de datos primarios para cuantificar las diferencias no medidas en la intensidad diaria del personal que atiende a pacientes del seguro de enfermedad Medicare en las unidades clínicas habituales. Estos datos se utilizan para analizar la compresión (o estrechamiento) en los pesos ponderados de pagos por "case-mix" que resultarían de utilizar únicamente las solicitudes de Medicare y los informes de costes de los dispositivos para cuantificar los costes altos de la atención habitual.

Métodos: Se recogieron datos primarios sobre los pacientes y sobre los tiempos de atención del personal en 20 actividades diferentes, en 40 dispositivos psiquiátricos y 66 unidades de psiquiatría a nivel nacional. Se registraron todos los tiempos de los pacientes en cada cambio en un periodo de 7 días. Se construyó una medida de intensidad del recurso (en minutos equivalentes de RN) en una base diaria para 4.149 pacientes de Medicare y 4.677 pacientes sin Medicare. La medida de rutina se convirtió en coste diario usando los informes de costes per diem y los costes adicionales que resultaron de añadir las solicitudes remitidas. Las tablas descriptivas identifican conductores de costes clave para los usuarios de Medicare. El cluster CART identifica 16 grupos potenciales de case-mix. Se utiliza regresión multivariante para comparar el case-mix, días de estancia, y el efecto del dispositivo usando 4 medidas alternativas de rutina diaria y de costes adicionales.

Resultados: La intensidad diaria de la atención habitual al paciente varió por un factor de 3 o más entre el máximo y el mínimo el 10% de días. Los días de pacientes de Medicare se asociaban a un uso intensivo del personal un 12.5% más que los días de los pacientes sin Medicare, lo que puede atribuirse a la edad y a otras diferencias. Los pacientes con demencia de edad más avanzada y los que presentaban "diagnóstico residual" recibían una mayor intensidad de cuidados; mientras que los pacientes con esquizofrenia y con abuso de sustancias recibían una menor intensidad. Una serie de factores contribuyeron también a la intensidad de la atención por parte del personal como la edad, la gravedad médica y psiquiátrica, los déficits en las actividades de la vida diaria, las conductas peligrosas y la terapia electroconvulsiva (ECT). Otras características de los pacientes no resultaron significativas en agrupaciones amplias de diagnóstico. Los costes de la atención de rutina basados en un solo dispositivo por día produjeron menos diferencias de agrupaciones de casos (case-mix) – frecuentemente por un factor de dos o más- para 10 de los 12 grupos con costes significativamente más elevados. El agregar los costes adicionales específicos del paciente a los costes uniformes por día sólo descomprimió los costes de forma marginal. Los costes por día de hospitalización también aparecían comprimidos cuando se utilizaron únicamente los informes de costes.

Discusión: Las solicitudes basadas en coste utilizando los informes de coste comprime (estrecha) de forma inadecuada las diferencias intergrupales de

* **Correspondence to:** prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herresa, Nº 18, 4ºC, 11401-Jerez de la Fra, Cádiz, Spain

case-mix. Al no capturar los déficits en ADL y por comportamientos peligrosos, los datos administrativos fallan al no identificar grupos de pacientes, que aún siendo pequeños en número, presentan un consumo intensivo de recursos. Aunque las pautas de tratamiento con ECT son poco frecuentes, suponen un incremento significativo de los costes en una base diaria.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: Recientemente Medicare ha propuesto un sistema de pago prospectivo para pacientes psiquiátricos ingresados que utiliza un método de cálculo de costes basado en las solicitudes basados en datos administrativos fácilmente accesibles. A consecuencia de ello, se identifican menos grupos de coste alto debido a características de los pacientes no registradas como déficits en ADL. Más aún, las diferencias relativas de costes entre grupos probablemente se subestiman. Asimismo es posible que se de una subestimación de la aplicación de cualquier cantidad en dólares aplicada a los pesos relativos de los grupos, ya que los pacientes de Medicare aparecen como de mayor intensidad.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Es posible que muestras primarias más grandes de unidades psiquiátricas especiales (por ejemplo: psiquiatría de enlace, psiquiatría infantil/adolescente) permitan mejorar la estimación de los costes altos en rutina diaria. Muestras más amplias también apoyarían pruebas más sólidas de case-mix y de diferencias de costes según el tipo de dispositivo y el estatus académico. Cuando el case-mix se mantiene constante, la información procedente de las historias clínicas de los pacientes sin Medicare puede cuantificar las diferencias sistemáticas en los costes promedio diarios. Estudios similares en pacientes psiquiátricos tratados fuera de las unidades exentas de PPS en hospitales generales pueden dar lugar a un sistema de pagos integral para todos los pacientes psiquiátricos de Medicare, evitando así ineficiencias e inequidades en el pago.

Discusión: Nuestro análisis muestra que los niños cuyos cuidadores experimentan síntomas de depresión tienen una probabilidad significativamente mayor de encontrar dificultades en la obtención de la atención psiquiátrica y médica requerida. Más aún, estos hallazgos indican que los niños con mal ajuste psicológico muestran una probabilidad significativamente mayor de experimentar necesidad no cubiertas de atención médica y psiquiátrica. Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. Primero, la mayoría de los niños de nuestra muestra son Afro-Americanos, por lo que estos hallazgos pueden diferir de niños de otras razas. Segundo, estos hallazgos pueden no ser aplicables a CSHCN que vivan en áreas rurales. Tercero, reconocemos la posibilidad de que la salud mental de los niños y los cuidadores siga un patrón potencialmente endógeno.

Implicaciones para la Provisión de Atención y Uso de Servicios: El estado mental de los niños CSHCN y sus cuidadores constituyen barreras para la atención.

Implicaciones para las Políticas Sanitarias: Los decisores políticos deben preocuparse por el estado mental de los niños CSHCN y sus cuidadores dado que estos factores son barreras a la obtención de atención. Por lo tanto, para abordar adecuadamente el problema del acceso de estos niños, la política debe abordar los problemas mentales de los mismos y de sus cuidadores. La provisión de atención en salud mental para niños y cuidadores tiene el potencial de mejorar el acceso global para los CSHCN.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: La investigación futura deberá determinar la relación causal entre problemas de salud mental de los CSHCN y sus cuidadores y el nivel de necesidades asistenciales no cubiertas.

Implementation of Social Services for the Chronically Mentally ill in a Polish Mental Health District: Consequences for Service Use and Costs

Maria Zaluska Dorota Suchecka, Zofia Traczewska, Jolanta Paszko

Abstract

Fundamento: De acuerdo con la reforma de salud mental en Polonia, de 1970 a 1980 se establecieron los siguientes dispositivos de salud mental dentro del sistema general de salud en el Distrito Targówek de Varsovia: sala de psiquiatría del hospital general, hospital de día, clínica de consulta externa (CE), y equipo comunitario móvil (ECM) con algunos procedimientos de tratamiento asertivo comunitario (TAC). En 1998 (de acuerdo con el Mental Health Act de 1994), dentro del sistema de bienestar social, se establecieron nuevos centros comunitarios en este distrito con programas de rehabilitación psicosocial para los enfermos mentales crónicos. Estos centros nuevos de bienestar social eran un centro de rehabilitación vocacional (CRV), centro comunitario de ayuda mutua (CCAM), y servicios especializados de ayuda social en el hogar de los clientes (SEAS).

Propósito del Estudio: Determinar la cantidad y el tipo de servicios prestados a pacientes psiquiátricos crónicos tanto en el sistema de salud mental como de bienestar social, y evaluar los costes de la atención durante dos períodos de 2 años: antes (Período A) y después (Período B) de la implementación de los centros nuevos de bienestar social en el Distrito Targówek de Varsovia.

Métodos: La muestra consistió de 73 pacientes psiquiátricos crónicos, admitidos en los nuevos dispositivos de bienestar social desde 1998. Los autores evaluaron y calcularon los costes por paciente de los dispositivos de salud mental durante los dos años antes de su primera admisión a CRV, CCAM o SEAS en 1998 (Período A: 1996-1998) y su utilización de los dispositivos de salud mental y bienestar social durante los dos años después de su admisión a CRV, CCAM o SEAS en 1998 (Período B: 1998-2000).

Resultados: En este grupo de pacientes crónicos, durante el Período B, la duración total de tanto las hospitalizaciones completas como parciales disminuyeron (-75,9% y -78,9% respectivamente), mientras que el total de consultas externas de salud mental subió (+62,9%). En el Período B los nuevos dispositivos de bienestar social ofrecieron una cantidad considerable de atención de día y la cantidad global de atención de día prestada aumentó

Estatus de Salud Mental y Acceso a la Atención en Niños con Necesidades de Atención Especiales

Darrell J. Gaskin, Jean M. Mitchell (USA)

Abstract

Fundamento: Alrededor de un 11-14% de los niños con necesidades especiales (CSHCN) presentan necesidades no cubiertas en un año determinado. Se conoce poco sobre las necesidades no cubiertas de esta población (CSHCN).

Propósito del Estudio: El objetivo de este estudio fue explorar la asociación entre acceso a la atención (necesidades no cubiertas) entre los CSHCN y sus estados de salud así como los de sus cuidadores

Métodos: Se efectuó una encuesta de una muestra aleatorizada de 1.088 cuidadores de CSHCN que residían en el distrito de Columbia durante el verano y el otoño de 2002. En la encuesta se recogió información sobre el estado mental de niños con necesidades no cubiertas (PARS) y el de sus cuidadores (CES-D). Estimamos la asociación entre los determinantes del estado de salud relacionados con las necesidades no cubiertas, ajustando por el sesgo de selección asociado con la elección del plan (FFS contra sistema de gestión de la atención con capitación parcial), mediante una técnica de probit de estimación de variables instrumentales. Utilizamos las preferencias de los cuidadores sobre médicos y redes de hospitales, y la coincidencia del apellido del niño y el cuidador para identificar la ecuación de la elección del plan.

Resultados: Encontramos que los cuidadores con síntomas de depresión tenían un 26.3% de mayor probabilidad de informar sobre cualquier necesidad no cubierta, un 67.6% más de informar sobre necesidades no cubiertas de tipo físico u hospitalario, un 66.1% más de necesidades de atención en salud mental, y un 38.8% más de necesidades sobre otros servicios de salud. Los cuidadores de niños con una adaptación psicológica mala tenían una probabilidad 26.3% mayor de informar que su hijo tenía necesidades no cubiertas y un 92.4% más de informar de una necesidad no cubierta de atención de salud mental.

considerablemente. Los costes totales del sistema de salud mental disminuyeron significativamente en el Período B (-65,7%), aunque surgieron nuevos costes en el sistema de bienestar social. Agrupados, los costes totales de la atención prestada por los dos sistemas en el Período B fueron más altos que los costes causados por el sistema de salud mental solamente en el Período A (+33,9%), pero el aumento en la cantidad total de servicios atendidos también fue significativa (+98,3%). Los costes de “bolsillo” provocados por pacientes aumentaron en el Período B (+13,9%).

Discusión: El trabajo de los nuevos centros de bienestar social (CRV, CCAM, SEAS) parece reducir tanto las hospitalizaciones completas como las parciales. A pesar del aumento de los costes de reembolso de medicación, y el incremento en la utilización de ECM y CE, los costes globales del sistema de salud mental se redujeron sustancialmente. La disminución de la utilización del hospital de día es probable que se deba a la gran cantidad de apoyo social diario y atención domiciliaria ofrecidos en CRV, CCAM y SEAS. Los resultados hacen énfasis en la importancia de evaluar la coordinación de la atención para los pacientes con enfermedad mental crónica en los sistemas de salud
