

## Abstracts Translations (Spanish)

### Cost-effectiveness of a Randomized Trial to Treat Depression among Latinos

#### Coste Efectividad de Tratar la Depresión en Latinos: Estudio Aleatorizado

Nilay Kafali, Benjamin Cook, Glorisa Canino,  
Margarita Alegria (USA)

#### Resumen

**Marco Conceptual:** El incremento en los costes relacionados con la salud mental ha conllevado la necesidad acuciante de encontrar tratamientos rentables. La identificación de tratamientos coste-efectivos para la depresión en población de origen latino es particularmente relevante, debido a las disparidades que existen en el acceso a tratamientos para la depresión entre los latinos y la población blanca no latina.

**Objetivos:** Los objetivos de este artículo son: (i) comparar el coste-efectividad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para la depresión realizada por teléfono o en persona con la atención habitual recibida en la atención primaria; y (ii) comparar el coste-efectividad de la TCC cuando se realiza por teléfono en comparación con realizarla en persona.

**Métodos:** Los participantes del estudio fueron pacientes de atención primaria con un diagnóstico de depresión. Los pacientes fueron aleatorizados en 3 grupos: 1) recibir la atención habitual; 2) TCC realizada por teléfono; o 3) TCC realizada en persona. Se calculó el coste-efectividad incremental (CEI) dividiendo la diferencia en los costes relacionados con la atención a salud mental de las diferentes intervenciones, por la diferencia en la mejora en la salud mental, efectividad, conseguida con las diferentes intervenciones. Los costes relacionados con el tratamiento de la salud mental fueron la suma de los costes de intervención (coste de administrar las sesiones) más otros costes no relacionados con la intervención (coste de los servicios de salud mental utilizados que no son parte de la intervención). Para estimar los costes unitarios se tomó como referencia el *Medical Expenditure Panel Survey* 2010. Los costes de salud mental se estimaron utilizando modelos de dos partes. La efectividad se midió utilizando dos cuestionarios: El *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) y *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL). La diferencia en los resultados se estimó a través de modelos de regresión lineal. Los errores estándar de CEI se calcularon mediante métodos de bootstrapping (1000 repeticiones) y el método delta.

**Resultados:** Los dos tipos de TCC fueron significativamente más caros cuando se compararon con la atención habitual. La TCC en persona costó 732\$ más que la atención habitual, mientras que la TCC por teléfono costó 237\$ más que la atención habitual. Por otro lado, los dos tipos de terapia se asociaron a una mejora en la depresión (reducción en los síntomas evaluados con el PHQ9 y el HSCL) cuando se compararon con la atención habitual. Cuando se compararon los dos tipos de TCC entre sí, los resultados indicaron que la TCC por teléfono era menos costosa (501\$ menos) que la TCC en persona, siendo también más rentable. En concreto, reducir un punto en la PHQ9 costó 634\$ menos cuando se realizó por teléfono que cuando se realizó en persona.

**Discusión:** Una de las limitaciones de este estudio es que los costes solo se evaluaron durante 4 meses. La TCC por teléfono podría ahorrar más dinero a largo plazo, especialmente el relacionado con el desplazamiento. Se

necesitan más estudios con periodos de seguimiento más largos que confirmen estos resultados.

**Implicaciones para la Política de Salud:** El hecho de que la TCC telefónica sea igual de efectiva que la TCC en persona para tratar la depresión, pero más barata, es crucial para los responsables políticos y las instituciones de salud que buscan adoptar tratamientos rentables para la depresión.

Traducido por: Ana Fernández Sánchez

### Mental Health Care System Optimization from a Health-Economics Perspective: Where to Sow and Where to Reap?

#### La Optimización del Sistema de Atención de la Salud Mental Desde una Perspectiva de Economía de la Salud: ¿Dónde Sembrar y Dónde Cosechar?

Joran Lokkerbol, Rifka Weehuizen, Ifigeneia Mavranzouli,  
Cathrine Mihalopoulos, Filip Smit (NL)

#### Resumen:

**Antecedentes:** El gasto sanitario (en % del PIB) ha aumentado en todos los países de la OCDE en las últimas décadas. Ahora, en el contexto de la crisis económica, hay una necesidad aún más urgente para garantizar mejor la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Para ello es necesario que los responsables políticos sean informados acerca de la asignación óptima de los presupuestos. Se tomó el sistema de salud mental holandés en el ámbito de la atención primaria como un ejemplo de nuevas formas de acercarse a la asignación óptima de recursos.

**Objetivos del estudio:** Demostrar cómo los modelos económicos sanitarios pueden ayudar a identificar oportunidades para mejorar el sistema de salud mental holandés para pacientes que acuden a su médico de atención primaria (MAP) con síntomas de ansiedad, estrés, depresión, abuso/dependencia de alcohol, trastorno de ansiedad o trastorno depresivo de tal manera que los cambios en el sistema de atención de salud tengan la mayor influencia en términos de mejora del coste-efectividad. Investigar estos escenarios puede servir como punto de partida para establecer una agenda de políticas innovadoras y sostenibles de salud.

**Métodos:** Se usó un modelo de simulación económica de salud para sintetizar la evidencia clínica y económica. El modelo se compuso con datos de los MAP del registro nacional sobre el diagnóstico, el tratamiento, la derivación y la prescripción de sus pacientes en el año 2009. Se realizaron una serie de análisis de sensibilidad para ver qué parámetros (aceptación, adherencia, efectividad y los costes de las intervenciones) se asociaron con el impacto más importante sobre la relación coste-efectividad del sistema sanitario en general.

**Resultados:** En términos de mejora global de la relación coste-efectividad del sistema de atención primaria de salud mental, se podrían derivar importantes beneficios de aumentar la aceptación de la psico-educación por parte del MAP para pacientes con estrés y cuando se ponen a disposición intervenciones de bajo coste que ayuden a aumentar el cumplimiento de los pacientes con intervención farmacéutica, sobre todo en pacientes que presenten síntomas de ansiedad. En cuanto a los costes de la intervención, se espera que la disminución de los costes de los antidepresivos produzca el mayor impacto en el coste-efectividad del sistema de salud mental de primaria en su conjunto. Estas combinaciones de "grupos objetivo -

\* **Correspondence to:** Antoni Serrano Blanco, M.D., Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats de Salut, Unitat de Recerca i Desenvolupament, Parc Sanitari de Sant Joan de Déu C/ Antoni Pujadas 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

intervención” son los candidatos más atractivos para la innovación del sistema desde el punto de vista de coste-efectividad, pero deben ser cuidadosamente alineados con otras consideraciones tales como la equidad, aceptabilidad, idoneidad, viabilidad y solidez de la evidencia.

**Discusión y Limitaciones:** El estudio tiene algunas fortalezas y limitaciones. El análisis coste-efectividad se realizó mediante un modelo de economía de la salud que se basa en los datos de registro de una muestra de MAP, pero se tuvieron que hacer asunciones sobre cómo estos datos podían extrapolarse a todos los MAP. Los parámetros sobre las tasas de cumplimiento se obtuvieron de un grupo de discusión o se basaron en meras suposiciones, mientras que la efectividad clínica de las intervenciones se tomó de meta-análisis o ensayos aleatorios. La efectividad se expresa en términos de AVD evitado; beneficios indirectos tales como la reducción de la pérdida de productividad o menor presión sobre los cuidadores informales no se tomaron en cuenta. Siempre que se tuvieron que hacer supuestos, optamos por estimaciones conservadoras que es improbable que se hayan traducido en un retrato demasiado optimista de la relación coste-efectividad.

**Implicaciones para la Provisión de Cuidado de la Salud y Uso:** El modelo puede ser utilizado para guiar la innovación de sistemas de cuidado de la salud, mediante la identificación de los parámetros donde los cambios en la aceptación, el cumplimiento, la efectividad y los costes de las intervenciones tienen el mayor impacto en el coste-efectividad de una atención de salud mental global. En este sentido, el modelo podría ayudar a los responsables políticos durante la primera etapa de la toma de decisiones sobre dónde realizar mejoras en el sistema de atención de la salud, o ayudar en el proceso de desarrollo de guías. Sin embargo, los candidatos de mejora deben ser evaluados durante una segunda etapa de “filtro normativo”, para evaluar consideraciones diferentes del de coste-efectividad.

Traducido por: Maria Rubio-Valera

---

### Priority Setting in the Austrian Healthcare System: Results from a Discrete Choice Experiment and Implications for Mental Health

#### Establecimiento de Prioridades en el Sistema de Salud de Austria: Resultados de un Experimento de Elección Discreta e Implicaciones para la Salud Mental

Emmanouil Mentzakis, Francesco Paolucci and Georg Rubicko (UK)

#### Resumen

**Antecedentes:** Se espera que el impacto de las condiciones mentales esté entre las causas de más alto rango de enfermedades en los países de altos ingresos para el año 2020. Con el cambio de las necesidades de salud, los responsables políticos tienen que tomar decisiones en un entorno con recursos cada vez más limitados y demandas en competencia. Se han identificados los experimentos de elección discreta como un enfoque útil para informar y apoyar la toma de decisiones en los sistemas de atención de salud y, en particular, su racionamiento.

**Métodos:** Políticos, investigadores y profesionales de la salud de Austria participaron en un experimento diseñado para obtener las preferencias sobre eficiencia y la equidad en un marco de fijación de prioridades genérico. Utilizando criterios agregados se calcula una medida empírica de intercambio de la eficiencia/equidad y se clasifica una selección de las intervenciones de salud, incluida la salud mental, en tablas de clasificación compuestas (TCCs).

**Resultados:** Con la excepción de la gravedad de la condición, todos los parámetros de equidad disminuyen el atractivo de una intervención, mientras que lo contrario es válido para los tres criterios de eficiencia. El ratio de eficiencia/equidad (es decir, la preferencia de los decisores de eficiencia sobre equidad) es de 3,5 y 5 para las intervenciones dirigidas a la población joven y de edad media, respectivamente, mientras que para la población de edad avanzada esta relación es negativa implicando un rechazo de todos los criterios de equidad. Independientemente de estas diferencias, las intervenciones dirigidas a salud mental se clasifican en posiciones más elevadas en todas las TCCs.

94

**Conclusión:** En base a criterios de toma de decisiones genérico para todo el sistema, se muestra la salud mental como una prioridad para Austria. Enfoques basados en preferencias podrían ofrecer información complementaria a los responsables políticos en las decisiones de establecimiento de prioridades y una herramienta útil para apoyar las justificaciones en vez de una toma de decisiones ad hoc.

Traducido por: Maria Rubio-Valera

---

### Increasing Earnings of Social Security Disability Income Beneficiaries with Serious Mental Disorder

#### Aumento de las Ganancias de Personas con Trastorno Mental Grave Beneficiarios del Social Security Disability Income

David S. Salkever, Brent Gibbons, Robert E. Drake, William D. Frey, Thomas W. Hale, Mustafa Karakus (USA)

#### Resumen

**Antecedentes:** Las personas con trastornos mentales graves y persistentes (TMGP) tienen niveles de ingresos económicos muy bajos y representan el 29,1 por ciento de todos los trabajadores con discapacidad menores de 50 años beneficiarios del Seguro Social por Incapacidad de los EE.UU. (*Social Security Disability Income*, SSDI). Los expertos en seguros sociales y políticas de discapacidad señalan varios factores que puede contribuir a esta situación, incluyendo desincentivos y obstáculos en el programa SSDI, así como la falta de acceso a las intervenciones de salud basadas en la evidencia. En respuesta, la *Social Security Administration* (SSA) financió el Estudio sobre el Tratamiento de Salud Mental (*Mental Health Treatment Study*, MHTS) que incluyó a 2.238 beneficiarios del SSDI cuya motivo principal de discapacidad primaria fue padecer un TMGP. El proyecto, implementado en 23 localidades diferentes, consistió en dos servicios basados en la evidencia (ubicación individual y apoyo al empleo con soporte (*individual placement and support supported employment*, IPS -SE), la gestión sistemática de la medicación (*systematic medication management*, SMM)) y la prestación o cobertura adicionales de los servicios de salud mental (OBH).

**Estudio Objetivos:** Este estudio se centró en la estimación de los efectos de la intervención MHTS en los ingresos económicos durante el período de estudio (dos años). La variable principal de resultado fue los media de los ingresos mensuales auto-reportados.

**Métodos:** Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos de intervención o control. Los datos fueron extraídos de la encuesta de inicio, de siete encuestas de seguimiento trimestrales, de la encuesta de seguimiento final, y de los datos administrativos de la SSA. Se preguntó a todos los encuestados acerca de las ganancias anteriores a cada una de las entrevistas. Las variables dependientes fueron la media de ingresos en los últimos 30 días reportadas en todas las encuestas de seguimiento, los promedios similares para los cuatro primeros seguimientos y durante los últimos cuatro seguimientos, la fracción de encuestas con las ganancias superiores al umbral de la prima de trabajo de la SSA (SGA), y las ganancias en los últimos 90 días previos a la visita final de seguimiento. Se compararon los ingresos del grupo intervención vs. los del grupo control mediante una regresión. Las covariables que se incluyeron comprenden los valores de referencia de: (i) características demográficas y sociales de los beneficiarios; (ii) indicadores de salud mental y física de los beneficiarios; (iii) la historia de ingresos de los beneficiarios; (iv) ingresos basales y previos a la inclusión en el estudio de los beneficiarios; y (v) las tasas de desempleo en el mercado laboral local.

**Resultados:** Los resultados muestran impactos positivos significativos del MHTS en las ganancias. Los aumentos anuales estimados de las ganancias van desde 791\$ (basado en el promedio de 2 años) a 1.131\$ (basado en el último trimestre del segundo año). Los efectos sobre la fracción de trimestres con ingresos que superiores al umbral del SGA son positivos y significativos, pero de magnitud muy pequeña.

**Discusión:** El aumento constante de los impactos en las ganancias durante el período de estudio sugiere la posibilidad de impactos aún mayores con

intervenciones a más largo plazo. El tamaño moderado de los impactos de la intervención puede explicarse en parte por una población de estudio que ya tuvo un promedio de 9 años de SSDI, y cuya decisiones sobre la oferta laboral continuaba estando afectada por las preocupaciones sobre la posible pérdida de beneficios. Las limitaciones son que (i) no se pueden estimar las ganancias específicas debidas a componentes específicos de intervención ya que todos los sujetos recibieron la misma, y (ii) los resultados del estudio no pueden generalizarse a la mayoría de la población beneficiaria, debido a que la selección de los participantes pudo influir en las decisiones de los mismos.

**Implicaciones:** La replicación del MHTS a mayor escala debería mostrar impactos positivos similares en las ganancias para un número importante de beneficiarios con características similares a la población de estudio. Los estudios futuros deberían considerar la reducción de las barreras políticas a la oferta de trabajo de las personas con TMGP. Los estudios futuros deberían considerar intervenciones a largo plazo o, al menos, la medición de los impactos en períodos de seguimiento superiores a los dos años.

Traducido por: Antoni Serrano-Blanco

---

