

Abstracts Translations (Spanish)

Thirty-Day Hospital Readmission for Medicaid Enrollees with Schizophrenia: The Role of Local Health Care Systems

Readmisión Hospitalaria a 30 Días en los Afiliados con Esquizofrenia de Medicaid: El Rol de los Sistemas de Salud Locales

Alisa B. Busch, Arnold M. Epstein, Thomas G. McGuire, Sharon-Lise T. Normand, Richard G. Frank

Resumen

Antecedentes: Examinar las características del sistema sanitario posiblemente asociadas con la readmisión a 30 días podría revelar oportunidades de mejora de la calidad del sistema de salud y reducir costes.

Objetivos del Estudio: Examinar la relación entre la readmisión en cuidados mentales a 30 días para personas con esquizofrenia y las características del tratamiento comunitario a nivel de condado.

Métodos: Estudio observacional en 18 estados del programa Medicaid (N=274 condados, representando 103.967 afiliados con esquizofrenia – 28.083 de los cuales recibieron ≥ 1 rehospitalizaciones en salud mental) usando datos administrativos de Medicaid y del “United States Area Health Resource File” para 2005. Medicaid es un programa federal-estatal, el asegurador proveedor de salud más importante para individuos con rentas bajas e incapacitados y el proveedor predominante de seguros para los individuos con esquizofrenia. El “Area Health Resource File” contiene estimadores de los proveedores a nivel del condado. Primero, ajustamos un modelo de regresión examinando la relación entre los reingresos en salud mental a 30 días y las características de los afiliados (p.ej. demográficos, trastorno por abuso de sustancias [TAS], y comorbilidad médica general) a partir del cual creamos un ajuste por riesgo a nivel de características demográficas del condado y comorbilidades. El ajuste por riesgo se incluyó en un segundo modelo de regresión que examinaba la relación entre la readmisión a 30 días y factores a nivel de condado: (i) calidad (continuidad de antipsicóticos/visitas, seguimiento post alta); (ii) hospitalización en salud mental (duración de la estancia, tasa de ingreso); y (iii) capacidad de tratamiento (p.ej. estimadores a nivel de población de los proveedores/clínicas ambulatorios). Calculamos las probabilidades predichas de readmisión para variables significativas a nivel de condado y paciente.

Resultados: Mayores tasas de visitas a salud mental en los 7 días post-hospitalización por condado se asociaron con menores probabilidades de readmisión (p.ej. tasas por condado de seguimiento a los 7 días del 55% versus el 85%, probabilidad predicha de readmisión (PP) [95%CI]=16.1%[15.8%-16.4%] versus 13.3%[12.9%-13.6%]). En contraste, mayores tasas por condado de hospitalización en salud mental se asociaron con mayores probabilidades de readmisión (p.ej. tasas de admisión en el condado del 10% versus 30%, probabilidad predicha de readmisión=11.3%[11.0%-11.6%] versus 16.7%[16.4%-17.0%]). Aunque no se trataba del foco principal, la comorbilidad de los asegurados se asoció con una mayor probabilidad predicha de readmisión en salud mental a 30 días: PP[95%CI] para afiliados con TAS=23.9%[21.5%-26.3%] versus 14.7%[13.9%-15.4%] en aquellos sin; PP[95%CI] para aquellos con = tres condiciones médicas crónicas = 25.1%[22.1%-28.2%] versus ninguna=17.7%[16.3%-19.1%].

Discusión: Las tasas por condado de hospitalización y seguimiento a 7 días tras el alta hospitalaria se asociaron con las readmisiones, al igual que el

TAS y la comorbilidad médica general. El diseño observacional limita la inferencia causal y los patrones de utilización pueden haber cambiado desde el 2005. Sin embargo, la financiación general para los programas Medicaid estadounidenses se ha mantenido constante desde 2005, reduciendo la probabilidad de cambios significativos. Por último, nuestra incapacidad para detectar variables de capacidad comunitaria asociadas con la readmisión puede reflejar la imprecisión de algunas variables tal y como se miden en el “Area Health Resource File”.

Implicaciones para la Provisión y Uso de Servicios de Salud y las Políticas de Salud: Las políticas sanitarias y los programas para reducir las readmisiones en salud mental a 30 días deberían centrarse en factores a nivel del condado que contribuyen a la hospitalización en general y a mejorar las transiciones al cuidado ambulatorio, así como en la comorbilidad de los pacientes.

Implicaciones para la Investigación Futura: Dada la probable importancia de los sistemas de salud locales, es necesaria investigación futura sobre reducción de la readmisión para refinar las variables de capacidad a nivel comunitario que se asocian con reducciones en la readmisión y evaluar modelos de cuidado coordinado en esta población.

Translated by Maria Rubio-Valera

Time Preferences, Mental Health and Treatment Utilization

Preferencia Temporal, Salud Mental, y Utilización de Tratamiento

Daniel Eisenberg, Benjamin G. Druss (USA)

Resumen

Antecedentes: En todos los países del mundo, menos de la mitad de las personas con trastornos mentales reciben tratamiento. Esta brecha terapéutica suele atribuirse a factores como el conocimiento limitado de los consumidores, las actitudes negativas, y las limitaciones presupuestarias. En el contexto de otros comportamientos de salud, como la dieta y el ejercicio, los economistas del comportamiento han enfatizado las preferencias temporales y la procrastinación como barreras adicionales. Estos factores pueden ser también relevantes en salud mental.

Objetivos: Examinamos conceptual y empíricamente cómo la falta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental puede estar relacionada con la preferencia temporal y la procrastinación.

Métodos: Nuestra discusión conceptual explora como las interrelaciones entre las preferencias temporales y el uso de tratamiento para salud mental encajan en la teoría básica microeconómica. El análisis empírico utiliza datos de entrevistas a poblaciones de estudiantes de 12 escuelas y universidades en 2011 (el estudio Healthy Minds, N=8,806). Utilizando medidas estándar breves de descuento, procrastinación y salud mental (síntomas depresivos y ansiosos), examinamos las correlaciones condicionales entre indicadores de orientación presente (tasa de descuento y procrastinación) y los síntomas de salud mental.

Resultados: La discusión conceptual revela una cantidad potencial de relaciones que podría examinarse empíricamente. En el análisis empírico la depresión se asocia de forma significativa a la procrastinación y el descuento. La utilización de tratamiento se asocia significativamente con la procrastinación pero no con el descuento.

Discusión: Los resultados empíricos son en general consistentes con la idea de que la depresión aumenta la orientación presente (reduce la orientación futura), medida como descuento y procrastinación. Estos análisis tienen notables limitaciones que requieren una examinación en la investigación

* **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.

futura: las medidas son simples y breves y los estimadores podrían estar sesgados por los efectos causales de variables verdaderas omitidas y por la causalidad inversa. Hay muchas posibilidades para la investigación futura, incluyendo: (i) estudios observacionales longitudinales con datos detallados sobre salud mental, preferencias temporales y búsqueda de ayuda; (ii) estudios experimentales que examinen las respuestas inmediatas y a corto plazo y las conexiones entre estas variables; (iii) estudios aleatorizados de terapias de salud mental que incluyan medidas de preferencia temporal y procrastinación; y (iv) estudios de intervención que evalúen estrategias para influenciar la búsqueda de ayuda abordando las preferencias temporales y la orientación presente.

Translated by Maria Rubio-Valera

**Impact of Mental Disorders on Employment
and Receipt of Public Assistance:
An Instrumental Variables Approach**

**Impacto de los Trastornos Mentales en el Trabajo y la Recepción
de Ayudas Públicas: una Aproximación Desde el Método
de Variables Instrumentales**

**Nilay Kafali, Benjamin Cook, Shuai Wang,
Pilar García Martínez, Zach Selke, Carlos Blanco (USA)**

Resumen

Marco Conceptual: A diferencia de otras enfermedades, la mayoría de los costes asociados con los trastornos mentales no se debe a los costes directos sanitarios, si no a los costes indirectos como la pérdida de trabajo o la recepción de ayudas públicas.

Objetivos: El objetivo de este artículo es estimar el impacto de los trastornos mentales en resultados relacionados con el trabajo, y la recepción de ayudas públicas, así como asistencia financiera para poder comer.

Métodos: Se ha estimado el impacto de tener un trastorno mental en el trabajo y el recepción de ayudas públicas utilizando el método de variables instrumentales en una base de datos longitudinal: *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Tener un trastorno mental está relacionado con tener un familiar cercano con problemas de alcohol, drogas o conductuales. Se han utilizado modelos probit bivariados para controlar por variables socio-económicas y relacionadas con el estado de salud.

Resultados: Los resultados señalan que tener un trastorno mental se asocia de manera significativa con una reducción en la probabilidades de estar trabajando (0.09 ó 9 puntos porcentuales), así como con a probabilidad de estar trabajando a tiempo completo (0.10). Tener un trastorno mental se asocia con un incremento en la probabilidad de recibir asistencia pública y comida de 0.10 y 0.15, respectivamente. Los efectos marginales que se estiman usando el método de variable instrumental son más grandes que los que se han encontrado utilizando el modelo probit, indicando que el verdadero impacto de tener un trastorno mental ha sido infraestimado por los modelos que no han utilizado una estrategia para controlar por la endogeneidad.

Discusión: El relativamente alto efecto en los resultados sociales sugiere que un diagnóstico y tratamiento efectivo de las personas con trastornos mentales que están trabajando puede tener un impacto significativo en la productividad y los programas de ayuda pública.

Translated by Ana Fernández Sanchez

**Implementing Suicide Prevention Programs:
Costs and Potential Life Years Saved
in Canada**

**Costes y Potenciales Años de Vida Ganados Asociados
con la Implementación de un Programa Poblacional
de Prevención del Suicidio en Canadá**

**Helen-Maria Vasiliadis, Alain Lesage, Eric Latimer E,
Fernand Seguin (Canada)**

Resumen

Marco Conceptual: Se conoce muy poco sobre el coste y los efectos de los programas de prevención del suicidio realizados a nivel poblacional.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son: (i) estimar los costes asociados con las muertes por suicidio, y (ii) utilizando valores prospectivos los costes y efectos de transferir, al contexto canadiense, los resultados del ensayo Europeo Nuremberg Alliance against Depression (NAD) incluyendo 4 estrategias comunitarias de prevención del suicidio. Estas estrategias incluyen: formar a médicos en la detección y tratamiento de la depresión; campañas a nivel poblacional para incrementar el conocimiento sobre la depresión; formar a líderes comunitarios para que puedan dar una primera respuesta; y el seguimiento de las personas que han tenido un intento previo.

Métodos: Este estudio incluye un análisis prospectivo sobre el valor de implementar un estudio. Utilizando datos publicados y la información obtenida en entrevistas con decisores canadienses, hemos estimado el coste de la muerte por suicidio en la provincia de Quebec y cuál sería el coste de implementar el programa multimodal de prevención del suicidio NAD, así como la ratio de coste efectividad incremental (RCEI) de implementar el programa, desde una perspectiva de sistema de salud, considerando el método de costes de fricción (MCF) y el del Capital Humano (MCH) (con un descuento del 3%). Los costes considerados incluyeron: el coste del programa de prevención; los costes directos sanitarios y no sanitarios; los costes relacionados con la investigación policial; y los costes funerarios. Los costes indirectos asociados incluyeron la pérdida de productividad y la discapacidad a corto plazo. Se realizaron diferentes análisis de sensibilidad. El año de referencia es el 2010.

Resultados: El coste anual estimado de implementar el programa de prevención del suicidio en Quebec fue de \$23 982 293. Los componentes del programa con un mayor coste asociado fueron el seguimiento de las personas con un intento previo y la psicoterapia para los familiares. Estos componentes explicaban el 39% y el 34% de los costes, respectivamente. El RCEI asociado con la implementación del programa fue de \$3979 por año de vida ganado.

Discusión: Los programas de prevención del suicidio, como el NAD, son coste-efectivos. Estos programas pueden reducir costes, al evitar muertes por suicidio y reducir los años de vida perdidos

Implicaciones para los Servicios de Salud: La implementación de programas de prevención del suicidio al nivel poblacionales en Canadá es coste-efectiva. Los programas comunitarios dirigidos a incrementar el conocimiento sobre y el tratamiento de la depresión, así como un mejor seguimiento de las personas a riesgo de suicidio suponen una inversión mínima de capital.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Se necesita más investigación para comprender si los resultados de los programas multi-componentes son específicos o sinérgicos, así como qué grupos se beneficia más de qué componentes. De este modo sabremos cómo invertir para tener mejores resultados

Translated by Ana Fernández Sanchez