

Abstracts Translations (Spanish)

Effects of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act on Specialty Outpatient Behavioral Health Spending and Utilization

Efectos de la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones en el Gasto y la Utilización de la Especialidad de Salud Mental Ambulatoria

Alex K. Gertner, Jason Rotter, Gracelyn Cruden (USA)

Resumen

Antecedentes: Durante décadas, los planes de seguros en los Estados Unidos han aplicado límites de tratamiento más restrictivos y una mayor carga de costes compartidos en los tratamientos de salud mental y consumo de sustancias en comparación con los tratamientos de salud física. La Ley de Paridad y la Equidad de la Salud Mental y las Adicciones (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA, por sus siglas en inglés) requería planes de salud que ofrecieran beneficios en salud mental y consumo de sustancias para ofrecerlos de forma paritaria a los beneficios de salud física a partir de enero de 2010.

Objetivos del Estudio: Determinar el efecto de la MHPAEA en los gastos de bolsillo y la utilización de servicios ambulatorios especializados de salud mental.

Método: De la Encuesta del Panel de Gastos Médicos representativa a nivel nacional (Medical Expenditure Panel Survey, MEPS, por sus siglas en inglés) para los años 2006 a 2013 se obtuvieron la proporción de individuos con al menos una consulta ambulatoria especializada en salud mental, el número promedio de visitas entre aquellos con cualquier visita de salud mental, y la proporción del gasto de salud mental pagados de su bolsillo. Se estimaron modelos de diferencias en diferencias que compararon individuos con seguros patrocinados por el empleador con los que tenían Medicaid, Medicare o que no estaban asegurados.

Resultados: El porcentaje del gasto de bolsillo fue el más bajo en Medicaid (2,0%) y el más alto en los no asegurados (22%), seguido del grupo patrocinados por los empleadores (13%). Las personas en Medicaid tuvieron la mayor proporción de visitas de salud mental (11%) y las personas no aseguradas tuvieron la menor proporción (2,4%). Entre las personas con visitas de salud mental, el número promedio de visitas fue similar en todos los grupos. Nuestros análisis principales y de sensibilidad sugieren que la MHPAEA no implicó cambios en la utilización o el gasto en visitas ambulatorias especializadas en salud mental en los individuos con seguro patrocinado por el empleador en comparación con otros grupos.

Discusión: Las posibles razones de la aparente falta de efecto de la MHPAEA son que los planes de salud ya estaban en igualdad antes de la aprobación de la ley, que muchos planes de salud continúan incumpliendo la ley, que los cambios concurrentes en los planes de repartición de costes mitigaron los efectos de la ley y que otras barreras al uso de servicios de salud mental continúan limitando su utilización. Mientras que nuestro estudio no puede proporcionar evidencia directa de estos mecanismos, revisamos la evidencia existente en relación a cada uno de ellos. Nuestro estudio tuvo varias limitaciones. No podemos probar definitivamente si se cumplió el supuesto de diferencias en diferencias o el control total de las diferencias que varían en el tiempo entre los grupos. Intentamos abordar esto utilizando múltiples grupos control y presentando evidencia de tendencias paralelas antes de la implementación de la MHPAEA. En segundo lugar, debido a que nuestros datos no tienen identificadores del estado, no podemos

controlar qué estados tenían leyes de paridad de salud mental vigentes. En tercer lugar, un análisis representativo a nivel nacional puede ocultar una gran heterogeneidad para los subgrupos afectados.

Implicaciones para las Políticas de Salud: No encontramos evidencia de que la MHPAEA haya afectado sustancialmente la utilización de los servicios de salud mental o los gastos de bolsillo. La legislación federal de paridad por sí sola es probablemente insuficiente para abordar las barreras a la asequibilidad y el acceso a la salud mental.

Translated by Gabriela Murrugarra-Centurión and Antoni Serrano-Blanco

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and its Comorbid Mental Disorders: An Evaluation of their Labor Market Outcomes

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y sus Trastornos Mentales Comórbidos: Una Evaluación de Resultados en el Mercado Laboral

Joseph Hartge, Patricia Toledo (USA)

Resumen

Introducción: La tasa de prevalencia de los trastornos de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha aumentado en la última década. La evidencia de diferentes estudios sugiere que el efecto del TDAH sobre los ingresos y el empleo podría ser más perjudicial que otros trastornos, como la depresión o la ansiedad. Aunque es ampliamente conocido que estos trastornos pueden coexistir con TDAH, ninguno de estos estudios ha considerado la evaluación conjunta del TDAH y sus comorbilidades.

Objetivo: En este trabajo, se evaluó si el TDAH es un trastorno más severo que otros tres trastornos mentales comórbidos (discapacidades de aprendizaje, depresión y ansiedad) con respecto a sus efectos sobre los ingresos y el empleo.

Métodos: Se empleó el Estudio Longitudinal Nacional de Salud de Adolescentes a Adultos para estimar modelos de regresión de ingresos y empleo. Se consideró el uso de ponderaciones de muestreo, efectos fijos escolares y la imputación múltiple de valores perdidos. Las verificaciones de solidez incluyen una medida de depresión más exógena.

Resultados: En promedio, un individuo con TDAH o depresión (pero no ambos) tiene aproximadamente un 20% menos de ingresos que aquellos sin ninguno de estos trastornos. La brecha de ingresos para las discapacidades de aprendizaje es de alrededor del 25%. La probabilidad de ser empleado es 5 puntos porcentuales más bajos que para una persona que no padece alguno de estos trastornos. La ansiedad no está asociada con menores ingresos. Las mujeres con discapacidades de aprendizaje tienen una brecha de ingresos que es 20 puntos porcentuales mayor que los hombres. La brecha de empleo para mujeres o personas afro-americanas con discapacidades de aprendizaje es del 8%.

Discusión y Limitaciones: En contraste con la evidencia existente, encontramos que el TDAH no es más serio que las discapacidades de aprendizaje o la depresión. Aunque la magnitud de cada brecha laboral no es sustancial, el hecho de que estos sean trastornos comórbidos indica que su ocurrencia conjunta podría ser perjudicial para el empleo. Las mujeres y las personas afro-americanas con discapacidades de aprendizaje podrían enfrentar resultados más adversos en el mercado laboral. A pesar que nuestros resultados son sólidos a una medida más exógena de depresión, la posible endogeneidad del diagnóstico de TDAH o ansiedad aún podría sesgar las estimaciones. Sin embargo, los resultados basales también son

* **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.

robustos cuando se eliminaron de las estimaciones los individuos con una edad de diagnóstico igual al año de la entrevista.

Implicaciones para Políticas en Salud y Futuras Investigaciones: El creciente número de beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario con TDAH está en línea con la tendencia observada a detectar TDAH con más frecuencia que otros trastornos comórbidos y con la evidencia de sobrediagnóstico de TDAH. Dado que nuestro estudio muestra que otros trastornos son igual o potencialmente más discapacitantes que el TDAH en términos de resultados en el mercado laboral, las políticas en salud mental deberían reorientarse para evitar que las políticas dirigidas al TDAH excluyan a aquellas políticas de otros trastornos mentales. Sería interesante verificar nuestros hallazgos usando una cohorte más reciente con una tasa más alta de diagnóstico de TDAH. Como demostramos que existen diferencias inexplicables de género y raza que persisten después de controlar el logro educativo o el número de horas trabajadas, se necesita más investigación para determinar la razón detrás de estas diferencias. Se necesita más investigación sobre el efecto escolar positivo sobre el rendimiento en la edad adulta de los niños con TDAH.

Translated by Elisabeth Parody and Antoni Serrano-Blanco

An Economic Evaluation of Coordinated Specialty Care (CSC) Services for First-Episode Psychosis in the U.S. Public Sector

Una Evaluación Económica de los Servicios Coordinados de Atención Especializada (CSC) para el Primer Episodio de Psicosis en el Sector Público de EE.UU

Sean M. Murphy, Suat Kucukgoncu, Yuhua Bao, Fangyong Li, Cenk Tek, Nicholas J.K. Breitborde, Sinan Guloksuz, Vivek H. Phutane, Banu Ozkan, Jessica M. Pollard, John D. Cahill, Scott W. Woods, Robert A. Cole, Michael Schoenbaum, Vinod H. Srihari (USA)

Resumen

Antecedentes: Realizar una evaluación económica de la clínica para Tratamiento Especializado Temprano en Psicosis (Specialized Treatment Early in Psychosis, STEP, por sus siglas en inglés), un servicio coordinado de atención especializada (Coordinated Specialty Care service, CSC, por sus siglas en inglés) con sede en un centro comunitario de salud mental financiado por el estado de EE.UU., en comparación con el tratamiento habitual (usual treatment, UT, por sus siglas en inglés).

Método: Los pacientes elegidos se encontraban dentro de los 5 años desde el inicio de la psicosis y no tenían más de 12 semanas de exposición a los antipsicóticos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al STEP o al UT. El coste anual por paciente de la intervención STEP *per se* se estimó asumiendo un número de casos de 30 pacientes en estado estable. Se realizó un análisis de coste-compensación para estimar el valor neto del STEP desde la perspectiva del tercer pagador. La utilización de servicios sanitarios por parte del participante se evaluó a los 6 meses y durante los 12 meses posteriores a la aleatorización. Las regresiones multivariantes del modelo lineal generalizado se utilizaron para estimar el efecto del STEP en los costes de atención sanitaria a lo largo del tiempo y generar los costes medios previstos, que se combinaron con el coste por paciente del STEP.

Resultados: El coste anual por paciente del SETP era de 1.984\$. Los participantes en el STEP tuvieron significativamente menos probabilidades de tener visitas en el hospital o en el servicio de urgencias; entre las personas que utilizaron dichos servicios en un período determinado, los costes asociados fueron significativamente más bajos para los participantes en el STEP a los 12 meses. No observamos un efecto similar con respecto a otros servicios sanitarios. Los costes medios totales previstos fueron más bajos para el STEP que para el UT, indicando así un beneficio neto para el STEP de 1.029\$ a los 6 meses y 2.991\$ a los 12 meses. Sin embargo, las diferencias no eran estadísticamente significativas.

Conclusiones: Nuestros resultados son prometedores con respecto al valor del STEP para terceros pagadores.

Translated by Gabriela Murrugarra-Centurión and Antoni Serrano-Blanco.

The Adaption of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory for Costing Mental Health Services in Brazil

La Adaptación del “Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory” para el Cálculo de Costes de los Servicios de Salud Mental en Brasil

Aglae Sousa, Andrea Alves Cardoso, Monia Kayo, Guilherme Gregório, Jair de Jesus Mari, Denise Razzouk (Brazil)

Resumen

Antecedentes: Existe una escasez de instrumentos para evaluar los servicios de salud mental y sus costes. La “Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory – CSSRI” es la herramienta más usada en las evaluaciones económicas en salud mental en Europa; se ha traducido a cinco idiomas y ha sido usada, principalmente, para evaluar el proceso de la reforma de la desinstitucionalización del sistema de salud mental.

Objetivos del Estudio: Traducir y adaptar al sistema de salud brasileño, y evaluar su inter- fiabilidad, validez y su factibilidad entre evaluadores en una muestra desinstitucionalizada de instalaciones residenciales de atención psiquiátrica.

Método: La traducción y adaptación de la CSSRI al contexto brasileño se hizo mediante grupos focales con ocho expertos en servicios de salud mental, cubriendo todos los servicios de atención sanitaria brasileños disponibles. Las decisiones sobre el grado de solapamiento conceptual entre las versiones británicas y brasileñas se discutieron hasta alcanzar un consenso entre los expertos. La fiabilidad interevaluadores y la aplicabilidad de esta versión, denominada “Inventário Sociodemográfico de Uso e Custos de Serviços – ISDUCS”, fue evaluada en una muestra de 30 sujetos con trastornos mentales entre moderados y graves viviendo en instalaciones residenciales. Debido a la falta de registros médicos u otra fuente, la validez de ISDUCS se evaluó mediante el consenso del coeficiente Kappa para comparar entre respuestas de los internos y sus cuidadores profesionales.

Resultados: Se mantuvo la misma estructura del instrumento original, con una lista de ítems adicionales para valorar servicios fungibles. Las principales modificaciones se dieron en ítems relacionados con la educación, la situación ocupacional y en las descripciones detalladas de los servicios de salud públicos. El consenso entre dos puntuaciones sobre salud mental fue de buena a excelente para la mayoría de los ítems, con coeficientes de Kappa que oscilaron entre 0,6 y 1,0. Debido a que el 43% de la muestra fue incapaz de responder a preguntas sobre el consumo regular de medicación y sobre consultas con los profesionales sanitarios, se realizó un análisis exploratorio para identificar las variables potencialmente relacionadas. Una mayor gravedad de síntomas psiquiátricos y una menor independencia en habilidades para la vida cotidiana se relacionaron con la incapacidad para responder estas preguntas. El consenso entre internos y cuidadores fue de bueno a excelente para las variables sociodemográficas, la situación habitacional y ocupacional, los ingresos económicos, las visitas al psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajadores sociales.

Conclusiones: ISDUCS es la primera herramienta para la evaluación económica, incluyendo servicios de salud mental, traducida y adaptada al contexto brasileño. A pesar del uso extendido de la CSSRI entre la población con esquizofrenia en Europa, este estudio encontró que una mayor gravedad de los síntomas conduce a una mayor tasa de respuestas perdidas. En su conjunto, la fiabilidad interevaluador fue excelente. Una muestra pequeña no permite la generalización de los resultados de esta primera evaluación.

Implicaciones para la Provisión Sanitaria y Usos: ISDUCS puede ser apropiado para población con enfermedades mentales pero requiere de fuentes adicionales de información como cuidadores y registros sanitarios. ISDUCS podría ser usado para monitorizar el uso de servicios sanitarios en atención primaria.

Implicaciones para Políticas Sanitarias: A pesar de algunas limitaciones, este instrumento fue usado para medir los costes de servicios de salud mental en tres estudios brasileños, generando datos para apoyar políticas locales de salud mental, para impulsar investigación empírica en el país y para apoyar los estudios de modelos.

Implicaciones para Investigación Futura: Este instrumento debería evaluarse en otros ambientes sanitarios y en otras muestras.

Translated by Ignacio Aznar-Lou and Antoni Serrano-Blanco