

Abstracts Translations (Spanish)

Changes in Access to Substance Use Disorder Treatment Associated with the 2008 U.S. Parity Law

Cambios en el Acceso al Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias Asociados a la Ley de Paridad de EE. UU. de 2008

Ali Abdollahi Najand Asl, Ali Imani, Mostafa Timothy B. Creedon, Constance M. Horgan, Xiaodong Liu, Dominic Hodgkin

Resumen

Antecedentes: Históricamente, los planes de seguro de salud en EE. UU. ofrecían menos beneficios y más restricciones para el tratamiento de los trastornos mentales (TM) y los trastornos por consumo de sustancias (TCS) en comparación con la atención médica general. La Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en la Adicción de 2008 (MHPAEA, por sus siglas en inglés) exigió que los planes privados de salud grupales que cubrieran TM/TCS lo hicieran de manera no más restrictiva que la cobertura para la atención médica general. Diversas rondas de reglamentación, incluidas las normas finales de 2024, han fortalecido la regulación federal sobre los límites no cuantitativos del tratamiento (NQTLs, por sus siglas en inglés) en estos planes.

Objetivos del Estudio: Investigar cómo cambiaron las tasas de tratamiento de TCS, las necesidades percibidas no cubiertas y las barreras al tratamiento en adultos con seguro privado grupal tras la implementación de la MHPAEA.

Métodos: Se realizó un análisis secundario de datos anuales y transversales de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud (2006-2014), con una muestra de adultos de 18 a 64 años que cumplían criterios de necesidad de tratamiento para TCS. Se utilizaron modelos de diferencias en diferencias para estimar y comparar los resultados entre adultos con seguro privado grupal (GBPI, por sus siglas en inglés) y varios grupos de comparación, incluidos aquellos con seguro privado individual (IBPI), antes (2006-2009) y después (2011-2014) de la implementación de la MHPAEA.

Resultados: Entre los 32.605 encuestados con TCS (N ponderado = 16.108.465), 17.065 individuos tenían GBPI. Para este grupo, las tasas ajustadas de tratamiento por TCS en el último año se mantuvieron bajas, y no se detectó un cambio estadísticamente significativo tras la implementación de la MHPAEA (6,4% antes de la paridad frente a 7,0% después; +0,5 puntos porcentuales, IC del 95%: -1,1 a 2,2, $p=0,514$). El análisis de diferencias en diferencias no mostró diferencias significativas en los cambios entre quienes tenían GBPI y quienes tenían IBPI (+3,1 puntos porcentuales, IC del 95%: -3,8 a 10,0, $p=0,380$). La necesidad de tratamiento no cubierta autoidentificada también se mantuvo consistentemente baja (3,9% antes de la paridad frente a 3,9% después; +0,1 puntos porcentuales, IC del 95%: -1,0 a 1,1, $p=0,895$). Entre los afiliados a GBPI que reportaron necesidad no cubierta, no se observaron cambios significativos en las barreras relacionadas con el coste (14,9% después de la MHPAEA), la accesibilidad al tratamiento (22,8%), la ambivalencia respecto a buscar tratamiento (66,8%) o el estigma (19,1%). Solo la mitad de los afiliados a GBPI sabían que su seguro cubría el tratamiento de TCS, y casi el 40% reportó no saberlo.

Discusión: Estos hallazgos coinciden con otros estudios sobre leyes de paridad en EE. UU., que han encontrado poco o ningún impacto en las tasas de tratamiento de TCS, a pesar de posibles mejoras en la protección financiera. Las limitaciones incluyen la dependencia de datos autoinformados, la imposibilidad de identificar planes de seguro específicos exentos de la MHPAEA y la falta de identificadores a nivel estatal para tener en cuenta leyes de paridad estatales preexistentes.

Implicaciones para la Prestación y el Uso de Servicios de Salud: Los proveedores y sistemas de salud podrían considerar nuevas estrategias para identificar necesidades de tratamiento de TCS y mejorar el conocimiento sobre la cobertura del seguro entre los pacientes, dado que casi 4 de cada 10 personas con seguro privado grupal y TCS desconocían su cobertura.

Implicaciones para las Políticas de Salud: Aunque las normas finales recientes de la MHPAEA han fortalecido los mecanismos de aplicación y prohíben los NQTLs restrictivos, nuestros hallazgos sugieren que podrían ser necesarias políticas adicionales para mejorar el acceso al tratamiento de TCS, incluidas iniciativas para aumentar la conciencia sobre la necesidad de tratamiento y la cobertura, reducir el estigma y mejorar la disponibilidad del tratamiento.

Implicaciones para Futuras Investigaciones: Investigaciones futuras podrían examinar cómo afectan los NQTLs las normas finales de la MHPAEA de 2024 y explorar los efectos combinados de la MHPAEA con otras reformas sanitarias sobre el acceso al tratamiento de TCS, así como estrategias para superar barreras persistentes no financieras al tratamiento.

Social Determinants: New possibilities for Intervention Research in Global Mental Health

Determinantes Sociales: Nuevas Posibilidades para la Investigación en Intervenciones en Salud Mental Global

Crick Lund

Resumen

Antecedentes: Desde su inicio en 2007, el campo de la salud mental global ha generado una cantidad considerable de investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud mental. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre cómo intervenir para abordar estos determinantes sociales: ¿son factibles y eficaces dichas intervenciones? Y si lo son, ¿cuáles son los mecanismos que explican sus efectos?

Discusión: Este artículo examina algunos de los desafíos importantes y los enfoques potenciales a considerar al intervenir sobre los determinantes sociales de la salud mental. Los desafíos incluyen objetivos de intervención distales, mecanismos poco claros, dificultades políticas y estructurales aparentemente irresolubles, la necesidad de enfoques interdisciplinarios, conjuntos de datos actualmente limitados, desafíos éticos al realizar ensayos en este campo, y retos para los financiadores de investigación, quienes podrían verse ob-

ligados a financiar más allá de sus disciplinas tradicionales y a convocar paneles de revisión interdisciplinarios. No obstante, existen varios enfoques prometedores. En primer lugar, es necesario construir modelos teóricos más robustos y precisos sobre cómo las adversidades sociales y económicas específicas conducen a resultados en salud mental. Esto es fundamental para identificar claramente los mecanismos causales que pueden ser objeto de intervención. En segundo lugar, debemos poner a prueba los mecanismos específicos en estas rutas causales hipotéticas, por ejemplo, mediante la inclusión de análisis de mediación con suficiente potencia estadística en el diseño de nuestros ensayos. En tercer lugar, los datos deben compararse y, cuando sea apropiado, combinarse entre múltiples sitios para proporcionar mayor potencia estadística y considerar el contexto. Finalmente, se necesitan criterios claros que orienten la elección de los determinantes sociales a abordar.

Recomendaciones para Futuras Investigaciones: En cuanto a los estudios observacionales, se requiere más investigación para medir la transmisión intergeneracional de la pobreza y la enfermedad mental, así como para explorar los mecanismos que vinculan pobreza y salud mental a lo largo del tiempo. Es necesario comprender mejor los vínculos entre género, pobreza y salud mental a lo largo del curso de vida, incluyendo factores de riesgo y protección genéticos, biológicos y socioeconómicos. En relación con los estudios de intervención, se necesita investigación sobre intervenciones que aborden mecanismos tanto proximales como más distales, por ejemplo, el impacto del entorno de vida, el cambio climático y la migración en la salud mental. Nos encontramos en el umbral de una nueva era de riesgo elevado para una amplia gama de determinantes sociales y económicos desencadenados por el cambio climático, los conflictos y la migración. Hay mucho más que podríamos estar haciendo para mejorar nuestra resiliencia y capacidad de respuesta ante estas circunstancias desafiantes.

Recomendaciones para Políticas Públicas: Adoptar un enfoque basado en los determinantes sociales requiere ampliar la agenda política. La defensa de la salud mental global debe ahora también abogar por la mejora de los entornos de vida, los derechos humanos y la reducción de los conflictos para mejorar la salud mental de las poblaciones y reducir las inequidades en su distribución. El mensaje político es doble: invertir en atención en salud mental e invertir en intervenciones que aborden los determinantes sociales de la salud mental. Esto requiere enfoques integrales a nivel de toda la sociedad, con intervenciones que aborden tanto las causas como las consecuencias de la enfermedad mental.

Cost Effects of Diagnose, Indicate, and Treat Severe Mental Illness (DITSMI) in Residential Psychiatry

Efectos Económicos del Protocolo Diagnosticar, Indicar, y Tratar la Enfermedad Mental Grave (DITSMI) en Psiquiatría Residencial

Mike H. Veereschild, Eric O. Noorthoorn, Peter Lepping, Anneke J. Van der Veen, Giel J.M. Hutschemaekers

Resumen

Antecedentes: En un estudio previo, se demostró que el protocolo DITSMI (Diagnosticar, Indicar y Tratar la Enfermedad Mental Grave), implementado en 2015, tuvo un efecto beneficioso en pacientes residenciales de larga estancia. La aplicación del protocolo condujo a un cambio de diagnóstico en la mitad de los pacientes, a

propuestas de tratamiento diferentes y a una reducción significativa en la utilización de camas. Para estimar con precisión el posible impacto económico del protocolo DITSMI, incluidas las posibles economías asociadas a la desinstitucionalización, es esencial contar con un conocimiento más preciso de los costes de la institucionalización. El presente estudio observacional examinó si el protocolo DITSMI influyó en los cambios en los costes y los ingresos de la atención sanitaria.

Métodos: Se analizaron los costes e ingresos de la atención en una muestra consecutiva de 94 pacientes residenciales de larga estancia entre 2012 y 2018 en el este de los Países Bajos. Los costes sanitarios se operacionalizaron mediante la utilización de camas y el tiempo dedicado por profesionales a contactos ambulatorios o de hospitalización, así como sus costes directos para el proveedor de atención sanitaria. Se identificaron por separado los costes de cada tipo de profesional, incluidos psiquiatras, psicólogos, médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Como ingresos se consideraron los pagos de las aseguradoras de salud de los pacientes al proveedor por ingresos hospitalarios (ingresos por estancia) u otros costes como los contactos ambulatorios (ingresos por seguro). Los ingresos se derivaron de las facturas enviadas a las aseguradoras. Dado que las fuentes de datos eran distintas, los costes y los ingresos no estaban relacionados entre sí. Estos costes e ingresos se agregaron en un único registro anual. Las diferencias en las proporciones de costes e ingresos antes y después de la implementación del programa de tratamiento se analizaron mediante la prueba Chi-cuadrado. La asociación entre el cambio de diagnóstico, la propuesta de tratamiento y la medicación con los días de ingreso y los ingresos totales se analizó mediante un análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA). Estos ingresos incluyeron el total de ingresos derivados de todos los aspectos posibles de la atención al paciente que pudieran aplicarse a un caso específico.

Resultados: El ANOVA de medidas repetidas sobre los costes e ingresos por ingreso entre 2012 y 2018 mostró una disminución significativa en el número de días de ingreso en la muestra estudiada tras la aplicación del protocolo DITSMI (pendiente = -3,23; $p = 0,002$; tamaño del efecto = 0,062). En consonancia con ello, los ingresos por estancia hospitalaria (pendiente = -0,546; $p = 0,001$; tamaño del efecto = 0,217) y los ingresos por seguro (pendiente = -0,403; $p = 0,001$; tamaño del efecto = 0,109) también disminuyeron. Estas reducciones se asociaron con cambios en el diagnóstico, en el tratamiento y en la medicación. Por otro lado, el análisis también mostró un aumento en los costes de psiquiatras, psicólogos y médicos. En general, los costes de personal disminuyeron, especialmente en pacientes cuyo diagnóstico cambió de «esquizofrenia» a «trastornos del neurodesarrollo».

Implicaciones para la Prestación de Servicios de Salud, Políticas Públicas y Futuras Investigaciones: La implementación del protocolo DITSMI redujo el coste global de los pacientes de larga estancia en nuestra muestra limitada, principalmente a través del alta hospitalaria. Sin embargo, a pesar de una reducción general de los costes de personal, la implementación del protocolo DITSMI puede requerir una inversión en determinados grupos profesionales para facilitar tratamientos adecuados a la neurodivergencia. La confirmación de los resultados del presente estudio debería investigarse mediante diseños como ensayos aleatorizados por conglomerados, en los que los pacientes se asignen a la atención habitual o al tratamiento. También se necesita investigación futura para examinar la generalización del protocolo DITSMI a otros grupos de pacientes.