

Abstracts Translations (Spanish)

Has Value-Based Reimbursement Arrived for Behavioral Health? A Payer Perspective

¿Ha Llegado la Remuneración Basada en Valor a la Salud Mental? Una Perspectiva del Pagador

Stuart L. Lustig, Vikram Shah, Lisa Kay, Andrew DiGiacomo, Douglas A. Nemecek

Resumen

Antecedentes: La remuneración basada en el valor (RBV) se ha vuelto cada vez más común entre los profesionales de medicina, pero los profesionales de salud mental (PSM) han permanecido mayoritariamente en acuerdos de Pago por Servicio (PPS). Al alinear los incentivos de pago con los resultados clínicos en lugar del volumen de servicios, el RBV aspira a lograr los cuatro objetivos del sistema de salud: mejorar la experiencia del paciente, mejorar la salud de la población, reducir costes y optimizar la vida laboral de los proveedores de salud.

Objetivos del Estudio: (i) Describir los desafíos históricos para implementar el RBV en salud mental en los Estados Unidos, junto con el panorama cambiante del sistema de salud que ahora permite acuerdos de RBV entre aseguradoras y PSM. (ii) Resaltar las consideraciones para definir la calidad de la atención y establecer contratos de RBV.

Resultados, Discusión y Implicaciones: Históricamente, la implementación del RBV ha sido difícil debido a la falta de PSM en las redes de aseguradoras. Retos tecnológicos, como la falta de registros médicos electrónicos, necesarios para un análisis de datos eficiente y falta de capacidad para compartir datos, han obstaculizado el progreso del RBV, al igual que una cultura de la práctica clínica que se basa en la intuición en lugar de en resultados medibles. Sin embargo, la RBV está ganando terreno gracias a la abrumadora evidencia a favor de la atención basada en mediciones, un requisito para la generación de informes de resultados que las prácticas de mayor tamaño han comenzado a implementar. Varias organizaciones han estado abogando por la atención basada en mediciones. Las aseguradoras y los PSM pueden y deben estructurar de manera colaborativa contratos de RBV que alineen mayores remuneraciones con mejoras alcanzables en la calidad en múltiples dominios. Los contratos pueden centrarse en numerosas métricas de proceso, como el tiempo de acceso a la atención, la adherencia al tratamiento y la evitación adecuada de la atención de emergencia, junto con resultados clínicos y funcionales. En algunos casos, las tarifas por episodios de atención pueden ayudar a las aseguradoras y a los PSM a realizar la transición del modelo PPS a la RBV.

Translated by Marta Menéndez Boscasa, supervised by Antoni Serrano-Blanco

Food Security and Mental Health in the United States: Evidence from the Medical Expenditure Panel Survey

Seguridad Alimentaria y Salud Mental en los Estados Unidos: Evidencia del Medical Expenditure Panel Survey

Chandler B. McClellan y Samuel H. Zuvekas

Resumen

Antecedentes: Con más de 40 millones de estadounidenses enfrentándose a inseguridad alimentaria, el acceso a los alimentos representa un desafío significativo para las políticas públicas. La inseguridad alimentaria está asociada con muchas condiciones adversas de salud, incluyendo peores resultados en la salud mental. Sin embargo, investigaciones previas generalmente no abordan que la mala salud mental puede ser tanto una causa como una consecuencia de la inseguridad alimentaria.

Objetivos del estudio: Estimar el efecto causal direccional de la inseguridad alimentaria sobre el estado y tratamiento de la salud mental utilizando métodos de delimitación para identificar parcialmente los efectos causales de la inseguridad alimentaria en el estado y el tratamiento de la salud mental.

Métodos: Los datos en adultos sobre seguridad alimentaria, estado de salud mental, tratamiento de salud mental y características socio-económicas individuales y familiares provienen de la encuesta Encuestas del Panel de Gastos Médicos (MEPS, del inglés Medical Expenditure Panel Survey) representativa a nivel nacional de los años 2016 y 2017. Se emplea una escala continua (0-10) de un módulo de 10 preguntas sobre seguridad alimentaria, clasificando a los adultos en hogares con seguridad alimentaria (0) o inseguridad marginal (1-2), baja (3-5) o muy baja (6-10). El estado de salud mental se mide con las escalas Kessler-6 (K6) y el cuestionario PHQ-2 para depresión. Un puntaje K6 de 13 o más indica angustia psicológica grave, mientras que de 7 a 12 indica angustia moderada. Un puntaje de 3 o más en el PHQ-2 sugiere depresión probable. El tratamiento de salud mental se mide mediante visitas ambulatorias, prescripción de medicamentos psicotrópicos y gastos totales en salud mental. Se utilizan modelos de regresión paramétrica estándar como referencia para modelos de identificación parcial que limitan los efectos de la seguridad alimentaria en la salud mental. En nuestra especificación, imponemos las siguientes suposiciones: selección del tratamiento monótona (STM), respuesta de tratamiento monótona (RTM) y variables instrumentales monótonas (VIM) utilizando el ingreso del hogar como instrumento.

Resultados: Los individuos en hogares con inseguridad alimentaria tienen más probabilidades de experimentar angustia psicológica y depresión que aquellos en hogares con seguridad alimentaria, pero no buscan un tratamiento de salud mental proporcionalmente mayor. Los límites no paramétricos sugieren que la inseguridad alimentaria aumenta la probabilidad de angustia psicológica moderada en hasta 7,2 puntos porcentuales, de angustia grave en hasta 3 puntos porcentuales y de depresión probable en hasta 4,2 puntos porcentuales. Los efectos estimados sobre el tratamiento de salud

mental son mucho menores, con un aumento en la búsqueda de tratamiento de no más de 2,4 puntos porcentuales.

Discusión: Nuestros resultados paramétricos son consistentes con hallazgos previos sobre la relación entre la seguridad alimentaria y la salud mental. Proporcionamos evidencia de un efecto causal de la inseguridad alimentaria, que podría explicar alrededor de la mitad de la asociación observada entre la seguridad alimentaria y la salud mental. Un hallazgo nuevo previamente no reportado indica que, a pesar de tener peor salud mental, las personas con inseguridad alimentaria no muestran un aumento en el uso de servicios de salud mental.

Implicaciones para la Provisión y Uso de Atención Médica/Implicaciones para las Políticas de Salud: Nuestros resultados proporcionan límites relevantes para las políticas sobre el impacto causal de la inseguridad alimentaria en la salud mental. Estos hallazgos generan preocupación sobre la brecha en el tratamiento de salud mental dentro de la población con inseguridad alimentaria. La relativa falta de tratamiento podría señalar problemas estructurales más profundos en el acceso a servicios de salud mental.

Translated by Marta Menéndez Boscasa, supervised by Antoni Serano-Blanco

Economic Evaluation of Self-Management for Patients with Persistent Depressive Disorder and their Caregivers

Evaluación Económica de la Autogestión para Pacientes con Trastorno Depresivo Persistente y sus Cuidadores

Ericka C. Solis, Ingrid V.E. Carlier, Noelle Kamminga, Albert M. van Hemert, M. Elske van den Akker-van Marle

Resumen

Antecedentes: El trastorno depresivo persistente (TDP; depresión crónica) conlleva una alta carga personal, económica y social. A menudo los pacientes con TDP no responden al tratamiento a pesar de recibir cuidados intensivos de larga duración, lo que sugiere que los tratamientos futuros deberían centrarse más en la recuperación funcional. El programa “Educación para Pacientes y Parejas para Todas las Enfermedades Crónicas - Trastorno Depresivo Persistente” (PPEP4All-PDD por sus siglas en inglés) es un programa breve de autogestión para pacientes con TDP que consiste en nueve sesiones semanales, ofrecidas en formato grupal o individual. Este enfoque en la recuperación funcional podría mejorar la calidad de vida y acortar la duración del tratamiento, reduciendo así los costes sanitarios y sociales. Este estudio evaluó el coste-efectividad del PPEP4All-PDD para adultos y personas mayores con TDP y sus parejas/cuidadores en comparación con el cuidado habitual (CH).

Objetivos del Estudio: Esta evaluación económica examina si el PPEP4All-PDD podría lograr una relación favorable de coste-utilidad en comparación con el CH.

Métodos: En este ensayo clínico pragmático multicéntrico aleatorizado por conglomerados participaron 70 pacientes con TDP y 14 parejas/cuidadores. Se recopilaron datos a 0, 3, 6 y 12 meses. La calidad de vida relacionada con la salud se midió utilizando la EuroQoL 5-Dimensiones/Niveles (EQ-5D-5L). Los costes del uso de servicios sanitarios y las pérdidas de productividad se evaluaron mediante el cuestionario Trimbo de costes asociados a enfermedades psiquiátricas (TiC-P, del inglés Treatment Inventory of Costs in Patients with psychiatric disorders). Se analizaron los costes in-

crementales por años de vida ajustados por calidad (AVACs) tras un año de seguimiento.

Resultados: Del total, el 62% (n = 23) de los pacientes no tenía pareja/cuidador participante en el programa PPEP4All-PDD, y el 89% (n = 33) participó en formato grupal. El coste promedio del PPEP4All-PDD fue de €232 incluyendo al cuidador/pareja, o €166 excluyéndolos. No hubo diferencias estadísticas significativas en los costes promedio por paciente en salud mental, otros costes no sanitarios y sociales, ni en los AVACs entre PPEP4All-PDD y el CH. La probabilidad de que PPEP4All-PDD sea coste-efectivo en comparación con el CH se mantuvo por debajo del 50% para todos los valores aceptables de disposición a pagar por un AVAC.

Discusión: Esta es la primera evaluación económica de PPEP4All-PDD. En comparación con el CH, PPEP4All-PDD no redujo los costes totales sanitarios ni mejoró la calidad de vida en el periodo de un año. Los pacientes que participaron en PPEP4All-PDD continuaron recibiendo sesiones adicionales de salud mental, lo que sugiere que el proceso para finalizar el tratamiento tras una intervención de autogestión no está claro. La pandemia de la COVID-19 pudo haber afectado este proceso debido a niveles más altos de ansiedad y soledad. Tampoco se confirmó que la participación del cuidador/pareja mejorara los resultados del tratamiento del paciente, lo que requiere mayor investigación.

Implicaciones: Esta evaluación económica no encontró diferencias significativas en los costes entre PPEP4All-PDD y el CH en un periodo de un año. Las diferencias no significativas favorecieron al CH, indicando una baja probabilidad de que PPEP4All-PDD sea coste-efectivo. Futuras investigaciones podrían incluir sesiones quincenales y un periodo de seguimiento más largo. Los pacientes con TDP podrían necesitar más tiempo para aprender e integrar prácticas de autogestión en su vida diaria antes de lograr cambios significativos en su calidad de vida personal y en el uso de servicios de salud mental. Las intervenciones digitales, como una versión digital del PPEP4All-PDD, con o sin la participación de la pareja/cuidador, podrían ser una opción más coste-efectiva.

Translated by Marta Menéndez Boscasa, supervised by Antoni Serano-Blanco