

## Abstracts Translations (Spanish)

### Quality Standards and Incentives in Managed Care Organizations' Specialty Contracts for Behavioral Health

Estandares de Calidad e Incentivos en Organizaciones de Gestion de la Atención (Managed Care):  
Contratos de Especialidad Para Salud Comportamental

Dominic Hodgkin, Constance M. Horgan, Deborah W. Garnick  
and Elizabeth L. Merrick

#### Abstract / Resumen

**Fundamento:** En EEUU, la mayor parte de los sujetos con seguros privados se halla registrada en una organización de gestión de la atención (en inglés, managed care organizations - MCO). Por otra parte, la mayoría de estas organizaciones subcontrata la atención sobre salud comportamental a vendedores especializados. Basándonos en la teoría económica, postulamos que las MCOs deberían solicitar estándares de calidad en los contratos más que transferir todo el riesgo financiero al vendedor

**Propósito del estudio:** Testar si el uso de estándares de calidad en subcontratos de salud comportamental difieren entre las MCOs que transfieren todo el riesgo financiero y las demás. Igualmente, se pretende testar las diferencias entre MCOs con y sin ánimo de lucro.

**Métodos:** Test bivariado y análisis de regresión logística del uso de 5 estándares relacionados con la calidad; así como el uso de cualquier estándar en una muestra representativa a nivel nacional de productos comerciales de MCO en 60 áreas de mercado en EEUU. Los controles estadísticos incluyen el tamaño de la MCO, cadena de mercado, región y tamaño de mercado.

**Resultados:** Los cinco estándares examinados se utilizaban extensamente en los subcontratos de salud comportamental (con un rango entre el 47% y el 70% de los productos). Sin embargo e inversamente a lo planteado en nuestra hipótesis, los estándares no fueron utilizados con más frecuencia en productos de MCOs con contratos de capitación ilimitada para salud comportamental. En la mayoría de casos se encontró justamente lo opuesto. Además la probabilidad de utilizar varios estándares era mayor en los planes con ánimo de lucro.

**Discusión:** Las MCOs que transfieren la totalidad del riesgo utilizan posiblemente mecanismos diferentes de los estándares de calidad para evitar escatimar recursos (p.ej. renegociación periódica de tarifas mediante pujas). También es posible que muestren escepticismo sobre el valor real de los estándares actuales o que tengan una menor preocupación a cerca del valor de los estándares actuales.

**Implicaciones para la política sanitaria:** La presión para la acreditación parece ser un camino efectivo para favorecer la diseminación de estándares. Sería útil conocer en qué medida la utilización de estos estándares de calidad se relaciona con una mayor calidad de la atención

**Implicaciones para investigaciones futuras:** Los estudios ulteriores deben dirigirse a esclarecer la relación entre los estandares de calidad y la calidad de la atención.

### Trends in Mental Health Insurance Benefits and Out-of-Pocket Spending

Tendencias en los Beneficios de Seguros de Salud Mental y Gastos de Bolsillo

David R. McKusick, Edward C. King, Tami L. Mark,  
Rosanna M. Coffey and James Genuardi

#### Abstract / Resumen

**Antecedentes:** Los beneficios de los seguros pueden tener una gran influencia sobre la accesibilidad a los servicios de salud. La cobertura de los seguros de salud mental y abuso de drogas (en inglés, MHSA) ha sido menos generosa que la de los servicios sanitarios generales.

**Objetivos del estudio:** Este informe examina las tendencias en la extensión de los beneficios del seguro privado en servicios de salud mental (MH) en los Estados Unidos desde 1987 hasta 1996. Este artículo estima los cambios inducidos por los beneficios en los pagos de los seguros por servicios de salud mental que se hubieran realizado por los planes de salud típicos entre 1987 y 1996, considerando constante la utilización por parte de los individuos al nivel de 1987, con el fin de poder individualizar los cambios en los beneficios efectivos.

**Métodos:** Las tendencias en los beneficios de salud mental se midieron utilizando dos encuestas domiciliarias con representación nacional de la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos, el Informe Médico Nacional de Gastos (NMES) de 1987 y el Informe de Expertos sobre Gastos Médicos (MEPS) de 1996. Los datos sobre la utilización y gastos de los informes NMES/MEPS se usaron para simular lo que una persona promedio hubiera pagado de su bolsillo con los planes típicos de seguros en 1987 y 1996.

**Resultados:** Este estudio indica que las limitaciones en la cobertura de salud mental, tales como la restricción en el reembolso en función de los días de atención, fueron cada vez más prevalentes desde 1987 a 1996. Sin embargo las tasas de copago por los usuarios declinaron en ese mismo periodo. Las simulaciones indican que los seguros privados hubieran pagado por una proporción menor del gasto total en 1996 (60.1%) comparado con 1987 (65.8%).

**Discusión:** A pesar de que las limitaciones en los servicios de salud mental se hicieron más prevalentes durante el período de tiempo evaluado, los gastos de bolsillo no aumentaron significativamente porque hubo un incremento correspondiente en los seguros compartidos cubiertos por los planes de salud.

**Implicaciones para la provisión y utilización de servicios sanitarios:** Las tendencias en el diseño de planes de cobertura afectaron negativamente a aquellas personas con altos costes que tienen una alta probabilidad de sobrepasar los límites impuestos, mientras que la cobertura de aquellos sujetos con uso mínimo se ve afectava de forma positiva, debido a menores costes compartidos. Estas tendencias también indican que las personas con mayor nivel de necesidades, o aquellos con una alta utilización, particularmente pacientes hospitalizados, experimentaron un descenso en la cobertura. Por otro lado, los sujetos con necesidades de menor intensidad pudieron haber experimentado un pequeño aumento de su cobertura.

**Implicaciones para políticas sanitarias:** El gasto de bolsillo en ambos años de estudio fue sustancial, sugiriendo que el incremento de la cobertura de salud pública, como la referida en la legislación de paridad, podría mejorar el acceso al sistema sanitario para personas que necesitan tratamiento de salud mental.

**Implicaciones para investigaciones futuras:** Son necesarias nuevas investigaciones para comprender cómo las tendencias en los gastos de bolsillo y los beneficios de seguros han influido en el acceso a la salud pública.

---

\*Correspondence to: Prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herrera, N°18, 4°C, 11401-Jerez de la Fra., Cádiz, Spain

**Service Organisation, Service Use and Costs  
of Community Mental Health Care**

**Organización del Servicio, Utilización y Costes en Atención  
Comunitaria de Salud Mental**

**Justine Schneider, David Wooff, John Carpenter,  
Toby Brandon and Faye McNiven**

**Abstract / Resumen**

**Antecedentes:** Se puede esperar que las distintas formas de organización del servicio afecten a los costes. Es importante comprender la distribución de los costes entre los proveedores de servicios de salud mental para poder anticipar y planificar mejor los efectos del desarrollo de servicios sobre los presupuestos.

**Objetivos:** Este estudio exploró la asociación entre diferentes formas de organización de servicios de salud mental y los costes. Examinó el impacto sobre los costes de los servicios con una integración alta de servicios sociales y sanitarios, y de los servicios dirigidos a personas con problemas graves de salud mental.

**Métodos:** Se entrevistaron a 260 usuarios de los servicios en 4 distritos en el norte de Inglaterra e se identificaron los costes por persona. Los distritos comprendían ejemplos de cuatro tipos de configuración de servicio. La utilización y la no-utilización se compararon por tipo de servicio, y tras los ajustes necesarios, se compararon los costes entre los distritos y entre los tipos de servicio. La muestra fue lo suficientemente grande para discernir una diferencia de 50 libras (£80) por semana con un poder del 80% y una significación del 5%.

**Resultados:** Se evidenció una alta relación entre gravedad y costes. Las personas en los servicios objeto de análisis tenían un coste medio más alto (136 libras, SD 191 libras versus 92 libras, SD 106 libras;  $p=0.001$ ). Los costes de servicios objeto de análisis en este estudio fueron muy similares a aquellos con servicios específicos para psicosis en un estudio en Londres. Se predijo que los servicios integrados tendrían un coste menor para pacientes ingresados ( $p=0.003$ ), menores costes de "PCG" ( $p=0.003$ ) y menores costes totales de servicios sociales y sanitarios ( $p=0.024$ ). Las diferencias entre la utilización y los costes de servicios específicos fueron atribuidas en su mayoría a definiciones imprecisas y factores relacionados con el proveedor.

**Discusión:** Aunque la muestra no es representativa, las distinciones a priori para la selección de los distritos se reflejaron en la utilización de servicios y los costes. Este estudio sugiere claramente que focalizar los servicios en personas con problemas graves de salud mental parece aumentar los costes

medios de los servicios sociales y sanitarios por usuario. También sugiere que la integración sociosanitaria puede estar asociada a menores costes. Dado que la búsqueda de objetivos-diana (targeting) y la integración son políticas cada vez más comunes en salud mental, es importante reconocer que estos procesos pueden tener efectos opuestos sobre los costes.

---

**Science Discovery in Clinician-Economist Collaboration:  
Legacy and Future Challenges**

**El Descubrimiento de la Ciencia en la Colaboración entre el  
Economista y el Clínico: Herencia y Retos Futuros**

**Kenneth Wells**

**Abstract / Resumen**

**Antecedentes:** Conferencia Carl Taube 2002 en el encuentro sobre economía de la salud mental del NIMH

**Propósito del Estudio:** Analizar la contribución y el proceso de colaboración clínico-economista

**Métodos:** autobiografía científica, utilizando la relación con tres economistas como ejemplos de casos.

**Resultados:** En la colaboración, los clínicos aportan un interés en ejemplos de casos y responden a necesidades no cubiertas, mientras que los economistas aportan métodos estructurados de análisis y valoran la perspectiva de la sociedad. A través del respeto mutuo y el descubrimiento, tanto los clínicos como los economistas pueden definir las necesidades no satisfechas en términos clínicos y económicos, y facilitar el desarrollo de modelos y de programas para mejorar la atención clínica, a la par que se sigue una perspectiva de la sociedad. Sentimientos como el desespero o la esperanza producidos por los datos, se pueden utilizar de forma equilibrada en investigación, más que ocultarlos o evitarlos. Este equilibrio se ve favorecido por la colaboración.

**Discusión:** La colaboración requiere y construye confianza y mejora la profundización en la investigación mediante la combinación de diversas perspectivas y puntos fuertes, tanto personales como disciplinarias. Debería animarse a los jóvenes investigadores a explorar la colaboración y a considerar sus sentimientos en respuesta a los datos económicos y sanitarios como una relevante fuente tanto científica como creativa.

---