

Abstracts Translations (Spanish)

Consistency in Performance Evaluation Reports and Medical Records

Mingshan Lu and Ching-to Albert Ma (Canada)

Consistencia de los Sistemas de Evaluación de Informes y Registros Médicos

Abstract / Resumen

Fundamento. La gestión de la atención (managed care) se ha convertido en la última innovación de provisión de servicios en el mercado de salud. Para una implementación eficiente, la organización de la gestión de la atención depende de una información precisa. Así se les pide con frecuencia a los clínicos que informen sobre los pacientes antes de aprobar remisiones a especialistas, autorizar tratamientos, o procesar las peticiones de aseguración. Cual es la respuesta de los clínicos a las demandas de información de las organizaciones de *managed care*? La literatura sanitaria ya ha señalado la importancia del "juego", "información sincera", "complicidad – nudging", "sortear las reglas".

Objetivos del Estudio: Evaluamos la consistencia de los informes clínicos sobre clientes en bases administrativas y en historias clínicas.

Metodo: Comparamos los informes clínicos en dos bases de datos. La primera, el Maine Addiction Treatment System (MATS), era una base de datos administrativa utilizada por el gobierno del estado para monitorización del funcionamiento de los programas y para evaluación. La segunda consistía en un conjunto de resúmenes extraídos directamente de las historias clínicas de episodios de tratamiento. Se consideraba que un clínico mostraba una práctica inconsistente cuando la información referida en el MATS difería de forma significativa de la referida en la historia clínica. Se buscaron inconsistencias en 5 categorías: frecuencia de uso de alcohol al ingreso, frecuencia de uso de alcohol al alta, estatus al final del episodio, empleo al ingreso, empleo al alta. Las hipótesis del estudio se evaluaron mediante Chi-cuadrado, kappa, test de especificidad y sensibilidad. El problema de datos perdidos en el resumen de la historia clínica se abordó mediante métodos de imputación múltiple.

Resultados. Se identificaron inconsistencias tanto para la información sobre frecuencia de uso de alcohol al ingreso y al alta. La información sobre empleo mostró una buena consistencia al ingreso y al alta. La evidencia sobre la consistencia de la información sobre el estado al final del episodio es poco clara. Los patrones de inconsistencia pueden atribuirse tanto a razones altruistas como de beneficio propio.

Discusión y Limitaciones: Los contratos de pago basados en rendimiento pueden hallarse sujetos a desinformación por parte del proveedor, lo que puede minar gravemente su finalidad. Sin embargo, es necesario un análisis más detallado para determinar cuantas de las inconsistencias observadas son atribuibles al juego de información por parte del clínico.

Implicaciones para la Política de Salud. Progresivamente, la contabilidad de sistemas se está convirtiendo en una herramienta cada vez más importante para los decisores de política sanitaria. Los resultados de este estudio conducirán a una mayor comprensión del comportamiento del clínico relacionado con la facilitación de informes.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Nuestro trabajo en este artículo sobre las bases de datos confirma la significación estadística de la facilitación estratégica de información en el tratamiento de adicción a alcohol. Sería interesante confirmar nuestros hallazgos en otras bases de datos. Estamos trabajando en la modelación de las razones que subyacen en la

facilitación estratégica de información. Se planteará como hipótesis que están presentes tanto motivos altruistas como de beneficio propio. Nuestra estrategia de identificación empírica utilizará el sistema de contratos basado en rendimiento de Maine (Maine's Performance-Based Contracting system) y fuentes de seguros de clientes para testar cómo dichos incentivos influyen en la dirección de la facilitación estratégica de información por parte del clínico.

Psychotherapy and Pharmacotherapy in Depression

Regina H. Powers, Thomas J. Kniesner
and Thomas W. Croghan (USA)

Psicoterapia y Farmacoterapia en Depresión

Abstract / Resumen

Fundamento: La depresión es una afección que cuenta con varias modalidades de tratamiento, incluyendo farmacoterapia, psicoterapia, y diversas combinaciones de ambas. No se conoce bien el papel de la psicoterapia en relación al de la farmacoterapia en la depresión; y las directrices de su uso en asistencia primaria difieren de la práctica especializada. Hay poca evidencia científica sobre las circunstancias en la práctica real que influyen en el uso de la psicoterapia en combinación con la farmacoterapia.

Propósito del Estudio: Identificamos de forma retrospectiva los factores más relevantes asociados al uso de psicoterapia en combinación con farmacoterapia en el tratamiento de la depresión. Estudiamos de forma específica la elección por parte del proveedor, características del plan de salud, y características del paciente.

Métodos: Utilizamos una muestra general de datos sobre reclamaciones de tipo médico y de farmacia de 1.023 individuos entre los años 1992 y 1994. Seleccionamos a personas que recibieron prescripciones de antidepresivos y que fueron diagnosticados de trastorno depresivo por un médico de atención primaria, un psiquiatra, u otro especialista en salud mental no médico. Examinamos el papel del tipo de proveedor y las características de beneficios del plan de seguro, controlando variables demográficas, comorbilidad y diagnóstico de depresión. Estudiamos la intensidad de la psicoterapia utilizando un contaje de regresión zero-inflated, la intensidad de la farmacoterapia utilizando la un contaje de regresión truncada, y la probabilidad de fracaso de tratamiento utilizando regresión logística.

Resultados: Los pacientes que inicialmente ven a un psiquiatra reciben más del doble de psicoterapia y algo más de farmacoterapia que los pacientes vistos inicialmente por otros proveedores. Una prescripción inicial con antidepresivos reduce un 5% la probabilidad de fallo de tratamiento, pero la cantidad de psicoterapia no influye sobre el fallo de tratamiento. Los pacientes que ven al psiquiatra tienen un cincuenta por ciento de probabilidad de haber fracasado en el tratamiento, independientemente de cualquier efecto de la psicoterapia. Las tasas de case-management y de co-seguro no influyen sobre la cantidad de psicoterapia, pero la presencia de case-management influye positivamente sobre la cantidad de farmacoterapia y sobre la probabilidad de fallo de tratamiento.

Discusión: Aunque la cantidad de psicoterapia administrada conjuntamente a la medicación no disminuye la tasa de fracasos de tratamiento, puede sin embargo dar resultados beneficiosos que no han sido estudiados aquí. La elección de un psiquiatra reduce el fracaso de tratamiento, independientemente del número de sesiones de psicoterapia y de las prescripciones de antidepresivos. El efecto de la elección del proveedor en el

*Correspondence to: Prof. Luis Salvador, Centro de Investigación en Minusvalías, Dept. Psychiatry, University of Cadiz, C/Diego Fernández Herrera, Nº18, 4º, 11401-Jerez de la Fra., Cádiz, Spain

fracaso del tratamiento puede ser un artefacto debido a diferencias en las prácticas de seguimiento de los proveedores, o bien puede representar una diferencia en las habilidades de los proveedores. Las estrategias de managed-care no parecen reducir la intensidad del tratamiento de la depresión, pero sí aumenta la probabilidad de fracaso del tratamiento.

Implicaciones para la Provisión de Salud: El tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia parece ser individualizado, ya que no hay patrones de mayor o menor uso de psicoterapia asociada a uso de medicación. La elección de un psiquiatra como proveedor inicial parece reducir la probabilidad de fracaso del tratamiento, sugiriendo que la atención coordinada puede ser beneficiosa. El nexo entre psiquiatras y más psicoterapia es consistente con la hipótesis de que los pacientes resistentes al tratamiento pueden sin embargo recibir una atención de alta calidad.

Implicaciones para la Política Sanitaria: Las herramientas de managed-care como la gestión de casos y las tasas de co-seguro no parecen restringir el uso de psicoterapia ni de la farmacoterapia. La asociación de case-management con un aumento de la probabilidad de fracaso terapéutico sugiere que las características del plan pueden influir sobre los resultados.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: Nuestro estudio se centra en la psicoterapia combinada con medicación y no considera la psicoterapia sola en el tratamiento de la depresión, lo que para algunos puede ser el tratamiento preferente. A parte del fracaso terapéutico deben considerarse otros resultados, así como los costes. Nuestros resultados sobre la asociación de atención por psiquiatras con una menor probabilidad de fracaso terapéutico y la asociación de la gestión de casos con un aumento de la probabilidad de fracaso terapéutico a pesar de la correlación con mayor intensidad de la farmacoterapia, abren vías de estudio adicionales.

Resultados: A pesar de una reducción en el 99% del uso de emplazamientos hospitalarios, el acceso a servicios de 24 horas mostró un incremento del 38%, fundamentalmente por la expansión en el uso de servicios residenciales de agudos y de desintoxicación. La continuidad del tratamiento mejoró en un 73%. Sin embargo, aumentaron de forma significativa las tasas de re-ingresos a los 7 días (58%) y a los 30 días (24%), incluso tras efectuar un control por estatus de discapacidad. El gasto por episodio experimentó una gran reducción en el año fiscal de 1993, que se mantuvo y no aumentó en los años sucesivos.

Discusión: El "carve-out" tiene efectos dobles en la calidad del tratamiento por abuso de drogas. Mientras que una medida se deteriora (tasas de reingresos), otras dos mejoran (acceso y continuidad del cuidado).

Implicaciones para la Provisión y el Uso de Atención Sanitaria: Los reingresos rápidos se asociaron fuertemente a estancias más breves, lo que sugiere que potenciar la planificación de las altas puede potenciar los beneficios del MBHC sin incrementar sus riesgos.

Implicaciones para la Política Sanitaria: Dado que las reducciones en el gasto de Medicaid fueron considerables pero tuvieron un alcance finito, la MBHC no puede ser considerada una solución permanente para la inflación en la atención comportamental de salud. Las empresas de MBHC deberían implementar programas de monitorización de la calidad para garantizar que la utilización de estrategias agresivas de gestión no comprometen la calidad de la atención.

Implicaciones para Investigaciones Futuras: El impacto del managed-care comportamental debería idealmente valorarse en el contexto de estudios controlados aleatorizados. Además, se requieren estudios que establezcan si las medidas de calidad utilizadas en este trabajo (mejoría del acceso, facilitación de la continuidad y menos ingresos y más breves), se corresponden en efecto con reducciones en la utilización de alcohol o drogas, y con otras medidas favorables de resultados obtenidas a partir de autoinformes o de análisis de orina.

Managed Care and the Quality of Substance Abuse Treatment

Donald S. Shepard, Marilyn Daley, Grant A. Ritter,
Dominic Hodgkin and Richard H. Beinecke (USA)

Gestión de la Atención (Managed Care) y Calidad del Tratamiento del Abuso de Drogas

Abstract / Resumen

Fundamentos: Los costes crecientes del abuso de sustancias y el tratamiento de salud mental en Estados Unidos ha determinado la adopción por parte de diversas agencias estatales de Medicaid, de planes de programas comportamentales de gestión de la atención sanitaria (managed behavioral health care - MBHC) durante los años 90. Aunque la investigación sugiere que estos planes han tenido éxito en reducir el gasto del sector público, su impacto en la calidad del tratamiento sobre abuso de sustancias no se ha establecido aún.

Propósito del Estudio: El programa Medicaid de Massachusetts inició el 1 de julio de 1992 un contrato de costes compartidos con MHMA, un vendedor de MBHC especializado, privado y con ánimo de lucro. Este artículo evalúa el impacto del "carve-out" en el gasto por episodio de ingreso y tres medidas intermedias de calidad: (i) acceso a tratamiento hospitalizado, (ii) re-ingresos a los 30 días, (iii) continuidad del tratamiento.

Método: Se agruparon las demandas de Medicaid en episodios. Se rastreó a los clientes en un periodo de cinco años y se utilizó un diseño de series interrumpidas para comparar los tres resultados de calidad y gasto en el año anterior al estudio (año fiscal de 1992) y los cuatro años durante el MHMA (años fiscales de 1992-1996). Se utilizaron modelos de regresión lineal y logística para controlar las variables de raza, estado de discapacidad, edad, género y diagnóstico primario.

COMMENTARY

Reconsideration of Contemporary U.S. Drug Policy

Paul L. Solano (USA)

Comentario

Reconsideración de la Política de Estados Unidos sobre Drogas

Abstract / Resumen

En su reciente libro: *Herejías sobre la Guerra contra las Drogas: Aprendiendo de otros vicios, tiempos y lugares* (Cambridge University Press, 2001), MacCoun y Reuter cuestionan la continuación de la política actual de drogas en Estados Unidos. La despenalización y la legalización de las drogas ilegales se evalúan como alternativas a la política de prohibición de los EEUU, utilizando como criterio para guiar el cambio del régimen de drogas la reducción del daño. La valoración considera un análisis de los mecanismos filosóficos y sociales subyacentes a la política actual de drogas en EEUU, también dibuja analogías con una revisión integral de los vicios americanos y las intervenciones estatales de los países occidentales sobre las actividades relacionadas con las drogas ilegales. Parece claro que la evaluación de los datos existentes revela una complejidad sustancial y no permite sostener con presteza una postura inequívoca. La evaluación también indica claramente la considerable dificultad que encontraría la implantación de regímenes alternativos o incluso el iniciar un debate político abierto sobre alternativas a la prohibición.