



Capítulo 68/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

GESTIÓN DE CUIDADOS Y PSIQUIATRÍA

Trabajamos para su tranquilidad...

Gestión de cuidados y psiquiatría

John B. Taylor, MD, MBA

J. Niels Rosenquist, MD, PhD

PUNTOS CLAVE

- La financiación de la asistencia mental en EE. UU. ha evolucionado desde un sistema de beneficencia gestionado básicamente por el Estado a uno mixto de asistencia ambulatoria y hospitalaria que financian fondos públicos y privados.
- El sistema estadounidense de asistencia mental está financiado por varias entidades públicas y privadas (incluidos Medicare, Medicaid, los fondos estatales y locales, y los seguros privados).
- La elevación de los costes y los problemas inherentes al mercado de la asistencia sanitaria han llevado al desarrollo de planes de gestión de cuidados y de seguros médicos para servicios especiales (*carve-outs*): planes de gestión de cuidados diseñados específicamente para la asistencia mental.
- Se han promovido leyes que introducen la paridad de la salud mental, que pretenden igualar las prestaciones de la asistencia mental con las de los seguros médicos tradicionales, y expansiones de los seguros médicos a poblaciones con bajos ingresos como una forma de mejorar la financiación de los servicios de salud mental y el acceso a ellos; no obstante, no están claros los efectos a largo plazo de tal legislación.

Perspectiva general

«El principal mensaje para el mundo es que la Academia dice que la enfermedad mental es igual que el cáncer, nada especial.»

Señalado por el economista Ariel Rubinstein, en la entrega del Premio Nobel al economista John Nash en 1994.

«La economía de la salud mental es más que la economía de la salud: la incertidumbre y la variación en el tratamiento son mayores; la suposición de la conducta egoísta del paciente es más dudosa; la respuesta a los incentivos económicos como el seguro está exacerbada; las consecuencias sociales y los costes externos de la enfermedad son más formidables.»

*Los economistas Richard Frank y Tom McGuire en la introducción de su ensayo *Economics and Mental Health*.*

Estas dos citas subrayan el dilema inherente a la financiación de la asistencia mental (AM) en EE. UU. Por una parte, la enfermedad mental es igual a cualquier otra enfermedad física; se asienta en una base biológica, provoca un tremendo sufrimiento y (cada vez más) responde al tratamiento. Por otra parte, la enfermedad mental es decididamente diferente en cuanto a su presentación, la población de pacientes afectados y su percepción por parte de la sociedad. Estas diferencias con otras enfermedades médicas han llevado a formar un sistema separado y a veces desigual de asistencia. Esta dicotomía inherente es la raíz de los debates actuales sobre la financiación de la AM.

Con el fin de apreciar en toda su extensión las fuerzas que guían la financiación de la AM, resulta útil considerar la mezcla de dinámicas sociales, médicas y económicas que han llevado al sistema de la AM tal y como hoy lo conocemos. Esta interrelación de fuerzas ha sido particularmente evidente en la segunda mitad del siglo XX, con nuevos tratamientos, la desinstitutionalización y el aumento de los costes que han llevado a profundos cambios en cómo se financia la AM. Por el contrario, el aumento de nuevos acuerdos institucionales para la financiación y el reparto de servicios (como los planes «específicos» de salud

conductual gestionada) han precipitado cambios importantes en cómo se trata a los pacientes, tanto en el sistema de prestación de la AM como en la comunidad. Aunque estos cambios han motivado reducciones específicas de las hospitalizaciones psiquiátricas, el acceso a la AM ambulatoria ha seguido limitado comparado con el acceso a la asistencia general, lo que ha promovido el surgimiento de partidarios de leyes de paridad de la salud mental. Las políticas de paridad pretenden igualar la cobertura de las enfermedades mentales con la de las demás enfermedades médicas.

Este capítulo expondrá la historia de la financiación de la AM (incluida la formación del seguro médico público y del privado en EE. UU.), la evolución de la AM gestionada y las razones de su crecimiento, la estructura y atributos actuales de la financiación de la AM en EE. UU. y la controversia sobre las leyes de paridad de la AM y su repercusión en el futuro de la prestación de la AM.

Historia de la financiación de la asistencia mental en EE. UU.

A lo largo de la historia de EE. UU., los movimientos sociales relacionados con la asistencia de los pacientes con enfermedades mentales han alterado el reparto y la financiación de la AM: (tabla 68-1). Tras la Guerra de la Independencia, la mayor urbanización condujo al desarrollo de hospitales psiquiátricos para los enfermos mentales, sobre todo en Filadelfia (Pensilvania) y Williamsburg (Virginia). Antes del establecimiento de estos hospitales psiquiátricos gestionados y financiados por el Estado, las comunidades locales y las familias llevaban la peor parte de la responsabilidad de atender a los enfermos mentales, al principio por medio de casas de caridad locales (casas para pobres) y después mediante métodos de financiación más formales. A medida que con el tiempo aumentó la carga económica para las autoridades locales, se hizo un esfuerzo para desplazar los costes de la financiación de la AM a los estados. Un objetivo común apoyado por la profesión de la psiquiatría fue separar la financiación de la asistencia de los enfermos mentales de la asistencia local caritativa de los indigentes.

Tabla 68-1

Movimientos reformistas históricos en el tratamiento de la salud mental en EE. UU.

Movimiento reformista	Era	Contexto	Objetivo de la reforma
Tratamiento moral	1800-1850	Asilo	Humanitario, tratamiento restaurador
Higiene mental	1890-1920	Hospital o clínica mental	Prevención, orientación científica
Salud mental de la comunidad	1955-1970	Centro de salud mental comunitario	Desinstitucionalización, integración social
Apoyo de la comunidad	1975-presente	Apoyo comunitario	Enfermedad mental como un problema de bienestar social (p. ej., alojamiento, empleo)

Tomado de Overview of Mental Health Services. In *Mental health: a report of the Surgeon General*, Washington, DC, 1996, Department of Health and Human Services.

Un grupo de reformadores (liderado por Horace Mann, entre otros) lideró el movimiento «tratamiento moral», que aconsejaba institucionalizar a los pacientes con la esperanza de que un pronto tratamiento condujera a la resolución de su enfermedad mental. La activista Dorothea Dix fue, en particular, instrumental en la actuación como grupo de presión sobre la legislación estatal para el establecimiento de hospitales psiquiátricos. Finalmente, cada estado desarrolló su propio sistema de hospital psiquiátrico en respuesta al movimiento. A lo largo del siglo XIX, los hospitales psiquiátricos se saturaron y, como la promesa de una pronta intervención no se cumplió, se convirtieron en un hogar permanente para muchos pacientes con enfermedades crónicas. La financiación de los hospitales psiquiátricos no aumentó con el incremento de la población de pacientes. Los gobiernos estatales y locales entraron en conflicto sobre cómo financiar los servicios de salud mental, y los últimos a menudo optaron por meter a los enfermos mentales en cárceles o en asilos en lugar de pagar por la asistencia en hospitales psiquiátricos. En la segunda mitad del siglo XIX, un nuevo movimiento conocido como el movimiento de la «higiene mental» buscó mejorar las condiciones de los pacientes en los hospitales psiquiátricos. Varias leyes federales, conocidas como las State Care Acts, exigieron a los estados pagar por la asistencia en todos los hospitales psiquiátricos, lo que fomentó el envío por parte de las autoridades locales de un número creciente de pacientes a estos centros. Los reformadores del National Committee on Mental Hygiene también aconsejaron tratar la enfermedad mental en los hospitales médicos, así como en marcos ambulatorios, trasladando más la AM hacia un modelo médico de asistencia. Este siguió siendo el caso en los años treinta cuando nació un nuevo método de seguros médicos privados financiados por los empresarios.⁴

Surgimiento del seguro médico privado

El actual sistema de seguros médicos privados financiados por los empresarios, aunque accidental en su concepción, se ha convertido en la principal forma de financiación de la asistencia sanitaria en este país. Hasta los años treinta, los pacientes privados pagaban en efectivo los servicios de asistencia sanitaria en función de unas tasas por servicio.⁵ Durante los años treinta se desarrollaron los planes de seguros médicos sin ánimo de lucro Blue Cross/Blue Shield (BCBS) y, a pesar del escepticismo existente sobre su viabilidad, tuvieron éxito. Una vez que se demostró a través de los planes BCBS que los seguros médicos eran factibles desde un punto de vista económico, se fundaron varias compañías aseguradoras privadas de seguros médicos con ánimo de lucro. Durante la Segunda Guerra Mundial, cuando el Gobierno permitió a los empresarios ofrecer seguros médicos en lugar de incrementos salariales, las aseguradoras médicas crecieron en tamaño y número, y la cifra de personas cubiertas creció de 20,6 millones a 142 millones entre 1940 y 1950.⁶ La cobertura se amplió incluso más y se ligó más fuertemente a los contratos laborales cuando, en 1954, el Internal Revenue Service (IRS) legisló que el seguro médico pagado por el empresario no debía considerarse un ingreso sobre el que hubiera que tributar. Aunque la cobertura se amplió dentro de la asistencia médica general, la cobertura de la AM siguió siendo mucho más limitada. Las políticas aseguradoras no incluyeron los servicios de salud mental hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando los seguros empezaron a cubrir parte de la asistencia psiquiátrica hospitalaria. Antes del movimiento de desinstitucionalización (que se expone en el siguiente apartado), había pocos incentivos para que las aseguradoras privadas cubrieran los servicios que ya pagaba el sector público.⁷

Community Mental Health Center Movement y desinstitucionalización

En los años cincuenta dio comienzo un tercer movimiento de AM en EE. UU., denominado Community Mental Health Center Movement (o movimiento en favor del centro de salud mental comunitario). Se fundó sobre la idea de que, con la llegada de nuevos y mejores tratamientos farmacológicos y somáticos, era mejor administrar la AM en la comunidad. Los partidarios del movimiento apuntaron a las continuas malas condiciones de los hospitales psiquiátricos como prueba de que la desinstitucionalización de los

pacientes serviría mejor a sus intereses.³ La legislación federal de principios de los años sesenta destinó fondos federales para el desarrollo de centros de salud mental comunitaria (CSMC) por todo el país. Según el historiador Gerald Grob, la desinstitucionalización de los pacientes no fue simplemente un éxodo *en masa* de los hospitales mentales a la comunidad, sino un cambio en el énfasis en una asistencia a largo plazo hacia otra más centrada en los episodios agudos, impulsada por la expansión de los servicios ambulatorios a través de los CSMC.⁴

Durante este tiempo, la financiación de los servicios de AM adquirió mayor complejidad. Los servicios (como el alojamiento para la atención médica y las comidas, que estuvieron en algún momento contenidos en los hospitales mentales) ya no se proporcionaban dentro de un único contexto. Los programas federales (como el programa Social Security Disability Insurance [SSDI]) adquirirían cada vez más importancia en su apoyo económico a los pacientes con enfermedades mentales crónicas. Además, los nuevos programas públicos de seguros médicos en los años sesenta cambiarían más la forma en que se financiaba la AM.

Surgimiento del seguro médico público: Medicare y Medicaid

Con la AM cada vez más fragmentada en los años sesenta, se establecieron varios programas de seguro federales gubernamentales que iban a desempeñar un gran papel en la asistencia de las personas con enfermedades mentales.

Medicare se estableció en 1965 en respuesta al creciente número de ciudadanos de edad avanzada en el país. Financiado a través de impuestos federales sobre las nóminas, primas subvencionadas e ingresos fiscales generales, Medicare se diseñó para cubrir la asistencia hospitalaria (parte A) y ambulatoria (parte B). Todos los sujetos mayores de 65 años estaban cubiertos por la parte A (independientemente de sus ingresos), y la parte B, aunque opcional, fue adoptada rápidamente por la mayoría de los beneficiarios dada su cobertura ambulatoria relativamente generosa por un precio relativamente pequeño. Aunque se han producido algunos cambios respecto a los tratamientos que Medicare paga (sobre todo la introducción de la cobertura de medicamentos recetados en 2003) y cómo los paga, su estructura y prestaciones básicas han seguido siendo relativamente constantes.

Medicaid se promulgó a través de la misma legislación federal que promulgó Medicare, pero su misión y estructura fueron muy diferentes de las de Medicare. Una diferencia importante fue que Medicaid fue diseñado para proporcionar asistencia médica a niños y adultos con bajos ingresos, y no a ancianos, que estaban cubiertos por Medicare. La financiación también difiere entre Medicaid y Medicare, de modo que Medicaid está financiado en parte por los estados y el Gobierno federal ayuda para igualar las contribuciones estatales. Aunque la participación en Medicaid es opcional para los estados, todos ellos han participado desde 1982. Dentro de guías federales amplias, los estados tienen un grado significativo de control sobre los requisitos así como los servicios que cubre. Medicaid ofrece a sus beneficiarios un beneficio algo mayor en salud mental que Medicare.

La creación de Medicaid y Medicare tuvo el efecto práctico de desplazar a un gran número de pacientes ancianos de hospitales mentales estatales a hospitales generales y residencias de ancianos financiados por el Gobierno federal, lo que aceleró la desinstitucionalización; dado que a los pacientes se les transfirió a menudo a otros tipos de instituciones en lugar de a la comunidad, esta transición se ha llamado transhospitalización. Medicare y Medicaid llegarían a suponer más de un tercio del gasto en salud mental en 1991. Aunque los hospitales estatales continuaron sirviendo como último recurso para el paciente con una enfermedad mental crónica, su repercusión en la AM palidecería en comparación con la de Medicaid, Medicare y los seguros médicos privados como fuentes de apoyo al paciente con enfermedades mentales.

Aseguramiento de la asistencia mental: riesgo moral, selección adversa y crecimiento de los servicios de gestión de cuidados

Con la provisión de una AM cada vez más financiada por los planes de seguros médicos públicos y privados a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, los problemas económicos inherentes a la estructura de la asistencia sanitaria comercializada han sido cada vez más evidentes. Desde mediados de los años sesenta hasta principios de los años noventa, los costes sanitarios han aumentado una tasa anual del 4,1% del producto interior bruto (PIB) comparado con un incremento del 1,5%. Tal aumento se considera debido en gran medida al aumento de los avances tecnológicos, como los nuevos fármacos y dispositivos, y a un mercado asegurador médico que ha sido ineficiente e ineficaz racionalizando la asistencia (y este último ha permitido un crecimiento progresivo del uso y de los costes totales motivado en parte por los primeros). Con el fin de entender el aumento de los planes de gestión de cuidados y su repercusión en la salud mental, es crucial comprender la «ciencia básica» del seguro sanitario que plantea dificultades en la financiación de la asistencia.

El principal problema en la financiación de la asistencia médica (en los sectores privado y público) se relaciona con el hecho de que la relación entre el vendedor y el comprador es más complicada que con los bienes tradicionales.⁹ En un mercado normal de un bien o un servicio, un vendedor ofrece un producto a un precio dado, y un comprador determina si compra o no el producto. En la asistencia sanitaria, el vendedor (médico) determina habitualmente si el consumidor (paciente) debe o no recibir la asistencia mientras que una tercera parte (aseguradora) decide si pagará la asistencia. Dado que pacientes, médicos y aseguradores tienen incentivos diferentes que a menudo entran en conflicto, el mercado puede hacerse muy complicado e ineficiente.

De una forma más específica, dos ideas económicas han moldeado el desarrollo de los seguros médicos en EE. UU. Ambas se relacionan con lo que los economistas llaman *asimetrías de la información*, donde se sabe que el asegurado tiene información más completa sobre su salud que sus aseguradores. El primer concepto se denomina *riesgo moral*.¹⁰ Establece que los sujetos que obtienen un producto o servicio sin ningún coste lo consumirán más que si pagan por él un precio. Igual que la persona que come en exceso en un bufet, esta conducta afecta al uso de los servicios de asistencia sanitaria (es decir, si estos servicios no tienen ningún coste, los sujetos los usarán más de lo apropiado o necesario). El experimento sanitario RAND realizado en los años setenta demostró que, cuando los sujetos ofrecen un copago por su asistencia, la utilización de los servicios médicos disminuye sin un descenso en los resultados para la salud.¹¹ Un ejemplo de cómo la preocupación en torno al riesgo moral ha afectado a la financiación de la salud mental se relaciona con la cobertura de la psicoterapia. Como la psicoterapia es un tratamiento relativamente discrecional por parte de los proveedores y los pacientes con pocos criterios de valoración objetivos, se ha pensado que la cobertura de tal tratamiento causa una utilización excesiva si el paciente no comparte los costes.¹² Esta idea de que los pacientes compartan costes como una forma de controlar el uso excesivo inducido por el riesgo moral la probó en los años setenta el experimento de seguros médicos RAND. Las pruebas obtenidas en el estudio RAND mostraron que los sujetos tendían a reducir el uso de los servicios de psicoterapia aproximadamente el doble que el uso de otros servicios médicos cuando se enfrentaban a copagos; esto indicó que el valor relativo de las sesiones de psicoterapia adicionales era menor que el de los servicios relacionados con la salud.¹³

El segundo concepto que ha modelado el desarrollo de nuestro sistema actual de asistencia sanitaria se conoce como *selección adversa*.¹⁴ La selección adversa se produce porque los sujetos suelen ser más conscientes de su estado de salud que sus aseguradores. Si un sujeto cree que está comprando más seguro del que necesita dada su buena salud, escogerá pasarse a planes con menos prestaciones a un menor coste. A medida que más personas sanas abandonen un plan dado, el coste medio de asegurar a las personas (menos sanas) que quedan en el plan aumentará, lo que hace que las primas de seguros se encarezcan y provoca que más personas las abandonen llegando finalmente a un mercado subóptimo.

Los incentivos relacionados con la selección adversa son particularmente fuertes en la AM. Numerosos estudios han demostrado que los planes de seguros con prestaciones ligeramente mayores conducen a una utilización significativamente superior de los servicios de AM, lo que implica que las personas con una enfermedad mental buscan planes con mayores prestaciones.¹⁵ Las pruebas indican que aquellos que ya usaban un servicio de salud mental tienen más probabilidades de gastar más dinero en salud en los años

futuros¹⁵ y que tienden a usar más otros servicios médicos que sujetos por lo demás similares.¹⁶ Dado que las compañías de seguros gastan más dinero en estos «usuarios de muchos servicios», que cuestan más por persona de lo que pagan en su plan, hay un fuerte incentivo para ofrecer planes que tengan prestaciones limitadas en salud mental para desalentar a este grupo particular de usuarios de que se adhieran a sus planes.

En respuesta a los aspectos del riesgo moral y la selección adversa, las aseguradoras médicas cada vez se vuelcan más en una financiación a través de lo que se llama *gestión de cuidados*, lo que altera aún más la financiación y organización del reparto de la AM.

Gestión de cuidados y aumento de los planes de seguros médicos para servicios especiales («carve-outs»)

La idea de racionalizar la asistencia médica a través de planes de seguros médicos de prepago que «gestionen la asistencia» de los pacientes existe desde el siglo XIX.¹⁷ Tales planes se plantearon en un principio como un grupo de médicos que asumirían la asistencia sanitaria de un grupo de personas, en una industria o en una localidad. El aumento del sistema de salud Kaiser-Permanente después de la Segunda Guerra Mundial en California creó la mayor organización de gestión de cuidados; reclutó a medio millón de personas en 10 años.

El modelo Kaiser se diferenciaba de los planes de seguros médicos en que era dueño de sus propios hospitales y contrataba sus propios médicos en una «disposición de todos a una» de la asistencia. Este modelo de seguro y reparto «corporativo» encontró la oposición vehemente de la American Medical Association, que consideró inaceptable que tales organizaciones las gestionaran personas que no eran médicos y que carecía de ética que los médicos trabajaran en tales organizaciones.

La idea de la gestión de cuidados recibió un gran impulso a principios de los años setenta cuando la administración Nixon, en respuesta a las llamadas repetidas a una reforma de la asistencia sanitaria debido en gran parte al aumento de los costes, aprobó una legislación que apoyó la expansión de la gestión de cuidados.¹⁸ El término *organización para el mantenimiento de la salud* (HMO, *health maintenance organization*) se acuñó para describir planes que, aunque usaban diferentes estrategias, ofrecían planes asistenciales especificados por una prima fija. Con la aprobación de la Managed Care Act en 1973, el número de HMO aumentó de 30 en 1970 a más de 1.700 en 1976, cubriendo finalmente al 90% de las personas con seguros privados del país.

Aunque las HMO continuaron creciendo en número y tamaño, la cobertura de la AM siguió yendo por detrás de la de otros servicios médicos. Como se ha mencionado en el apartado anterior, las aseguradoras eran reacias a cubrir servicios que ya pagaba el Gobierno debido al preocupante tema de la selección adversa. Esta aversión a cubrir la AM recibió el apoyo de la experiencia del Gobierno federal con la cobertura de la AM para sus empleados. A principios de los años sesenta la administración Kennedy dirigió la agencia de servicios civiles de EE. UU. para que comenzara a ofrecer servicios de salud mental a un nivel equivalente al de la asistencia médica general en dos planes médicos nacionales del Federal Employees Health Benefits (FEHB) Program.¹⁹ A principios de 1975, a los planes de salud federales para empleados se les permitió reducir sus prestaciones en la salud mental debido a pérdidas significativas de esos planes provocadas por la cobertura de la AM.²⁰ A finales de los años setenta, el plan con múltiples opciones BCBS siguió siendo el único plan de salud que proporcionaba una cobertura psiquiátrica generosa y fue escasamente seleccionado durante varios años hasta que se le permitió realizar recortes significativos en sus prestaciones en 1981. Este episodio favoreció la percepción general entre los legisladores y aseguradores de que la cobertura amplia de la salud mental era cara e impredecible debido a aspectos relacionados con el riesgo moral y la selección adversa.

La gestión de cuidados continuó transformando la financiación de la AM a lo largo de los años noventa. Con la evolución de la gestión de cuidados, aparecieron entidades comerciales denominadas a menudo de servicios especiales (*carve-outs*, «separaciones de la matriz») para gestionar la prestación de la AM. Los empresarios y los planes médicos cada vez contrataron más de este tipo de empresas para gestionar sus

prestaciones de salud mental. De acuerdo con un estudio de 2002, alrededor de 164 millones de personas con cobertura médica participaron en algún tipo de programa de salud conductual gestionada en 2002, en total, un 66% de los sujetos con seguros médicos.²⁸ Los datos del estudio indicaron un incremento sustancial a lo largo de décadas en la participación en seguros de servicios médicos especiales desde 70 millones en 1993 a 164 millones en 2002. Los empresarios y los planes de salud estructuraron los contratos de este tipo de servicios de varias formas. Por ejemplo, un contrato de servicios médicos especiales con un empresario podía basarse o no en el riesgo (solo servicios administrativos); podría proporcionar solo servicios de revisión de la utilización o de gestión de los casos; podría proporcionar solo servicios del programa de ayuda a empleados (PAE), o podría proporcionar servicios de salud conductual gestionados y servicios del PAE. Las grandes firmas de servicios especiales pueden comercializar todos estos servicios por separado dependiendo de las necesidades de un cliente dado. Las [figuras 68-1](#) y [68-2](#) ilustran algunos de los formatos más frecuentes de los seguros de servicios especiales.

FIGURA 68-1 Esquema de los planes de seguros para servicios especiales (*carve-outs*). Los asegurados eligen entre planes de salud en competencia para todos los servicios *excepto* los servicios especiales de salud conductual. (Reproducido a partir de Frank RG, McGuire TG. Economics and mental health. In Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of health economics*, vol 1, pt 2, 2000, Elsevier BV, p. 906.)

FIGURA 68-2 Esquema de los planes de seguros para servicios especiales (*carve-outs*). Los asegurados eligen un plan de salud para todos los servicios, incluidos los de salud conductual. Disponer de un seguro para servicios especiales es una decisión comercial que se toma al contratar el plan de salud. (Reproducido a partir de Frank RG, McGuire TG. Economics and mental health. In Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of health economics*, vol 1, pt 2, 2000, Elsevier BV, p. 907.)

Los contratos de servicios especiales se han concebido como una estrategia para mejorar la rentabilidad de la asistencia sanitaria conductual. Estas firmas usan una experiencia especializada para ensamblar redes de proveedores especializados en AM que quieran aceptar reembolsos menores, identificar protocolos terapéuticos basados en pruebas y utilizar otras técnicas de gestión de cuidados (p. ej., asistencia gestionada y revisión de la utilización) con la promesa de reducir los gastos de los empresarios sin sacrificar el acceso a servicios necesarios. Los estudios observacionales del contrato de servicios médicos especiales han obtenido de forma constante pruebas de reducciones sustanciales de los costes de la salud mental y de la toxicomanía incluso en el contexto de una expansión de las prestaciones en los sectores privado^{29,30} y público.^{31,32} Estos estudios han demostrado que la mayor parte del ahorro se debe a descensos en el uso y el gasto en la asistencia hospitalaria. Con la adopción de este tipo de sistema lo más frecuente es que la proporción de afiliados al uso de la asistencia ambulatoria aumente mientras que se reduce el uso de la asistencia hospitalaria. Los datos sobre cómo estos seguros de servicios especiales influyen en la calidad de la asistencia son más ambiguos. Hasta la fecha pocos estudios han examinado los efectos de este sistema sobre la calidad. Los sistemas de seguros especiales parecen incrementar las cifras de rehospitalización.^{33,34} No obstante, los estudios han dado lugar a resultados mixtos sobre sus efectos sobre la continuidad de la asistencia,^{35,36} la adhesión a las guías terapéuticas^{37,38} y los resultados clínicos.³⁹

Una segunda razón para contratar un seguro de servicios especiales se relaciona con la preocupación de los empresarios de las consecuencias de la selección adversa. Al trasladar las prestaciones en salud mental a una firma especializada en ellas, un empresario puede eliminar el incentivo entre los planes de salud de competir para evitar la captación de sujetos más caros que necesiten servicios de salud mental. Bajo este acuerdo, a las personas afiliadas se les puede dar la opción de un plan de salud, pero *no* de unos servicios de salud mental especiales (v. [fig. 68-1](#)). En este caso, la introducción de esta excepción a nivel del empresario puede atenuar los incentivos para la selección. No obstante, este sistema no tendrá ninguna repercusión sobre la selección cuando el contrato se produzca a nivel de plan de salud. En este caso, los

sistemas de seguro especiales son un componente de la estrategia de negocio de los planes de salud y no influyen en los incentivos de los planes para evitar reclutar sujetos con enfermedad mental.

Una crítica frecuente de los planes para servicios especiales es que estos acuerdos institucionales fragmentan la asistencia en un sistema de prestación de AM ya poco integrado. Entre los problemas frecuentes están los desafíos para coordinar la asistencia de los pacientes con múltiples trastornos y la incapacidad de los médicos de asistencia primaria de facturar por proporcionar tratamiento para la salud mental cuando se han contratado servicios especiales de AM. La separación de los vendedores de estos servicios especiales y los presupuestos de los fármacos de receta contribuyen y refuerzan las tendencias a evitar el uso de abordajes integrados en el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales. La fragmentación también puede crear oportunidades de desviar los costes. Por ejemplo, a este tipo de seguros especiales se les acusa a veces de alentar el mayor uso de tratamientos farmacéuticos considerados «fuera del presupuesto» desde un punto de vista contractual. Otra crítica a estos sistemas es que estas disposiciones aumentan los costes administrativos. Las estimaciones de los incrementos de los costes administrativos debidos a estas disposiciones van del 8 al 20% de los costes de las prestaciones en salud mental.³

Tendencias recientes en la financiación de la asistencia mental

En este apartado se describen las tendencias estadísticas en el gasto en AM desde 1971 hasta 2001, centrándose en información agrupada y específica de cada financiador.

Gastos aproximados en la asistencia mental

El gasto doméstico total en AM en EE. UU. en 2005 fue de 112,8 miles de millones de dólares.⁴ Se estimó que el gasto en AM fue del 6,1% del gasto total en asistencia sanitaria y del 0,89% del PIB. Frank y Glied⁵ compararon las estimaciones del gasto en asistencia sanitaria en 2001 con las de 1971 controlando los cambios en el tratamiento a lo largo de ese período. Encontraron que en 1971 los gastos totales en AM fueron de 8,96 miles de millones de dólares, un 11,1% del gasto total en salud y casi el doble de lo gastado en 2001. El gasto en AM fue de un 0,84% del PIB en ese momento.⁵

Mientras que el gasto total en AM ha aumentado ligeramente en términos del PIB, el gasto relativo de diferentes modalidades terapéuticas ha cambiado de forma espectacular. Siguiendo los talones al movimiento de desarrollo de los CSMC y a los cambios de la financiación, el número de pacientes institucionalizados se redujo de 433.000 en 1971 a 170.000 en 2000. Este cambio en la asistencia afectó a la financiación de la AM, y la carga pasó de los gobiernos estatales a mecanismos basados en seguros, públicos y privados. Aunque el número de pacientes institucionalizados disminuyó, se produjo un incremento brusco de la AM proporcionada a pacientes que no estaban institucionalizados. El número de ciudadanos estadounidenses que reciben AM ha aumentado un 50% desde 1977.⁶ El gasto total en pacientes no institucionalizados también ha aumentado. Entre 1986 y 2005, los gastos en hospitalización aumentaron de 13,3 miles de millones de dólares a 21,7 miles de millones de dólares, mientras que los gastos ambulatorios aumentaron de 7,6 miles de millones de dólares a 37,2 miles de millones de dólares.⁶

También es importante señalar que gran parte del coste asociado a la asistencia prolongada de pacientes con enfermedades mentales crónicas (como alojamiento y comida) se transfirió a otros programas considerados fuera del ámbito de la AM. La expansión de los programas públicos de seguros, como el Supplemental Security Income (SSI), el SSDI, el alojamiento público y los cupones para alimentos en los años setenta ayudaron a cubrir el coste de la vida en comunidad de los pacientes.

Fuente de los gastos en asistencia sanitaria

En torno al 58% de los gastos relacionados con la AM en EE. UU. en 2005 los pagaron fondos públicos.⁴ La [tabla 68-2](#) y la [figura 68-2](#) describen y muestran algunos de los principales financiadores públicos de la AM (incluidos Medicare, Medicaid y programas estatales diferentes a Medicaid). Como se

muestra en la [tabla 68-2](#), las fuentes federales de financiación (Medicaid y Medicare) aumentaron de un 16,8% del gasto total en AM en 1971 a más del 28% en 2005, mientras que el gasto estatal disminuyó de un 30,4% en 1971 a un 28,9% en 2005.^u

Tabla 68-2

Gasto en salud mental (miles de millones de dólares), por clase de financiador, en 1971, 1991 y 2001

	1971		1991		2005	
	<i>Cantidad (miles de millones de dólares)</i>	%	<i>Cantidad (miles de millones de dólares)</i>	%	<i>Cantidad (miles de millones de dólares)</i>	%
Medicaid	1,28	14,2	9,2	18,8	31,1	27,6
Medicare	0,23	2,6	3,3	6,7	8,6	7,7
Estado (excluyendo Medicaid)	2,72	30,4	13,1	26,7	20,26	18
Seguros privados	1,1	12,3	10,6	21,7	30,4	27
Tasas/gastos en efectivo	3,19	35,6	7,5	15,3	13,8	12,2
Total	8,96	100	48,9	100	112,8	100
Parte del gasto nacional sanitario		11,1		8,4		6,1
Parte del producto interior bruto		0,84		0,82		0,91

Tomado de los cálculos de los autores basados en el Department of Health and Human Services: *The cost of mental illness—1971*, Washington, DC, 1975, U.S. Government Printing Office; Mark TL, Coffey RM, Vandivort-Warren R, et al. U.S. spending for mental health and substance abuse treatment, 1991–2001, *Health Affairs Web Exclusive*, 29 de marzo de 2005; y Mark TL, Levit KR, Vandivort-Warren R, Buck JA, Coffey C. Changes in US spending on mental health and substance abuse treatment, 1986-2005, and implications for policy, *Health Affairs* 30(2):284–292, 2011.

Nota: las cifras podrían no sumar el 100% por la exclusión de «otras» categorías.

Los seguros privados también fueron una fuente significativa de financiación de la AM en 2005, responsables de 30,4 miles de millones de dólares, o de un 27% del gasto total en AM.³ Esto supone un incremento desde 1971, momento en que solo supuso el 12,3% del gasto. Esto contrasta con el gasto pagado por el propio paciente, que ha declinado en porcentaje del gasto total en AM de un 35,6% en 1971 a un 12,2% en 2005.

Paridad, expansión de cobertura y futuro de la asistencia mental en EE. UU.

La paridad aseguradora ha sido el objetivo establecido por los partidarios de la salud mental desde que surgieron diferencias en la cobertura de la salud mental y general, ya desde los primeros días del seguro médico privado.⁴ Las políticas de paridad exigen planes de salud operando en el mercado del seguro médico privado para proporcionar un nivel equivalente de cobertura para la asistencia sanitaria en salud mental y general. El caso de la paridad se ha basado principalmente en el justo argumento de que el seguro no debe discriminar a los que padecen una enfermedad mental.

En 1996, el Congreso de EE. UU. aprobó la Mental Health Parity Act (ley pública 104-204), que prohibía el uso de límites económicos anuales o a lo largo de la vida en la cobertura de las enfermedades mentales. Esta ley no se aplicó a otros tipos de límites de coberturas, como el día anual especial o los límites de visitas y la compartición de costes. Las compañías con menos de 50 empleados y las que no ofrecían coberturas en salud mental quedaban eximidas de la ley federal de paridad. Los financiadores que experimentaran más de un 1% de incremento en las primas debido a la paridad federal podrían solicitar una excepción. Las aseguradoras encontraron numerosas formas de evadirse de las intenciones de esta legislación, como el límite en el número de visitas ambulatorias y los días de hospitalización y cargar a los pacientes mayores copagos y deducibles. La cobertura de la adición de servicios no se abordó en la Mental Health Parity Act. Los empresarios que proporcionaban cobertura como entidades autoaseguradas (es decir, que asumieron el riesgo económico de la cobertura que estaban proporcionando) quedaron eximidos de los requisitos.

En 2008, en un intento de llenar vacíos en la Mental Health Parity Act, el Congreso aprobó la Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA). Puesta en efecto en 2010, la MHPAEA creó numerosos modelos que pretendían igualar la cobertura de los servicios de salud mental con la cobertura de servicios médicos y quirúrgicos. Todos los requisitos económicos y límites terapéuticos para los trastornos de la salud conductual deben ahora igualar los límites de la asistencia médica y quirúrgica, incluidos los copagos, los deducibles y las limitaciones en cantidades de tratamientos ambulatorios y hospitalarios. Ahora se exige que el tratamiento de las toxicomanías se iguale con el de los trastornos de la salud conductual. Las prestaciones fuera de la red de la asistencia psiquiátrica deben ser iguales a las de la asistencia médica y quirúrgica. Los empresarios que se aseguran a sí mismos ya no están exentos de proporcionar la misma cobertura. Como la Mental Health Parity Act, la MHPAEA no se aplica a las organizaciones de menos de 50 empleados, ni se aplica si la organización no cubre ninguna cobertura de servicios de salud mental.

Algunos seguros médicos y empresarios se opusieron a mejorar la cobertura aseguradora de la salud mental debido a los aspectos preocupantes expuestos antes relacionados con que el riesgo moral y la selección adversa elevaran los costes de la cobertura de la salud mental. Un artículo de revisión reciente citado con frecuencia que resume los estudios sobre la respuesta a la compartición de costes para los servicios ambulatorios de salud mental publicado entre 2001 y 2006 notó, como hizo el experimento de salud RAND, que una mayor compartición de los costes de la psicoterapia no era un paso necesario para asegurar la eficiencia.⁵ Estos primeros estudios contrastaron con una segunda generación de investigaciones realizadas a finales de los años noventa sobre la expansión de las coberturas de la salud

mental en la era de la gestión de cuidados. Los estudios de segunda generación no encontraron un gran incremento de los gastos de salud mental atribuibles a la paridad, y todos los estudios que abordaron la protección del riesgo identificaron descensos significativos en el gasto de la AM en efectivo para el consumidor bajo la gestión de cuidados. La ausencia de incrementos de la cantidad debida a la paridad a lo largo de estos estudios es compatible con estimaciones actuariales más recientes del efecto de la paridad sobre las primas.

Estos estudios más recientes proporcionan pruebas de que la paridad puesta en marcha en el contexto de la gestión de cuidados tendría escasa repercusión en el gasto en salud mental y aumentaría la protección del riesgo para los que sufren trastornos mentales. Aunque la MHPAEA es demasiado nueva para haber producido una investigación sustancial sobre sus efectos, se han realizado estudios sobre las repeticiones de la política de paridad. Un estudio que examinó la implementación de la paridad en el FEHB Program encontró que, tras la promulgación de la paridad, el gasto total (incluido el gasto en efectivo) y la utilización entre los pacientes con trastorno de depresión mayor y trastorno bipolar no cambió, mientras que el gasto y la utilización en los pacientes con trastornos de adaptación declinó.²⁸ El acceso a la asistencia no se vio comprometido mientras los pacientes pagaban menos por un grado de asistencia comparable a la anterior a la promulgación de la paridad. La introducción de la paridad ha visto también una reducción significativa de los suicidios.²⁹

Tras la puesta en marcha de la paridad de la salud mental, el presidente Barack Obama patrocinó una factura de asistencia sanitaria arrolladora, la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Aprobada en 2010, la intención de esta ley era expandir mucho la cobertura aseguradora sanitaria a los estadounidenses que no tenían seguros. Esta ley obliga a que la mayoría de los ciudadanos estadounidenses tengan seguros médicos o pagarán una multa. También introduce un seguro médico de bajo coste mediante la ampliación de Medicaid, en gran medida a través de intercambios estatales, donde pueden encargarse niveles de cobertura variables para los precios en función del ingreso de la persona respecto a la línea de pobreza federal. Además de otros numerosos cambios, se introdujeron las organizaciones responsables de la salud (ACO, *accountable care organizations*) –organizaciones de proveedores que intentan cumplir los umbrales de calidad en un esfuerzo por mejorar la asistencia del paciente y compartir el ahorro de costes con Medicare–.

La ACA afecta a la cobertura en salud mental de varias formas. Se exigen planes a través de intercambios estatales para cubrir la salud conductual, lo que resulta en la expansión del acceso a la asistencia. El énfasis de la ACA en la asistencia integrada, a través de las ACO y los hogares médicos centrados en el paciente, pretende mejorar la coordinación de todos los tipos de asistencia. Para los pacientes con enfermedad mental, cuya atención está a menudo fragmentada y cuya enfermedad no está a menudo diagnosticada, se espera que la mejora de la coordinación de la asistencia produzca mejores resultados y establezca nuevas referencias de calidad. Además, se espera que la reforma del sistema de pago –pagos agrupados en lugar de episódicos– incentive a las grandes organizaciones a abordar la asistencia como un continuo poniendo énfasis en la prevención en lugar de simplemente en la atención de los episodios agudos. Se prevé que en 2019, como resultado de la ACA, habrá 4,3 millones más de usuarios de servicios de salud mental, 2,3 millones a través de Medicaid y 2 millones a través de seguros privados.³⁰

Conclusión

La financiación de la AM sigue siendo un desafío para los legisladores y la sociedad. La mezcla tradicional de fondos estatales y locales de los hospitales mentales ha cambiado a un sistema que se ha centrado en la desinstitucionalización y en un mayor grado de apoyo federal a la asistencia. La preocupación en torno al riesgo moral y la selección adversa ha conducido al desarrollo de una industria separada de gestión de cuidados para la salud mental que ha tenido éxito limitando su utilización, con efectos desconocidos sobre los resultados de los pacientes. La legislación reciente ha señalado que el péndulo está empezando a oscilar en la dirección opuesta. Una legislación de mayor equidad y más estricta combinada con la expansión de Medicaid en la ACA debería llevar a una distribución más amplia de la AM y, en potencia, a una reducción de los estigmas. Será necesaria una mayor investigación para determinar si se confirman los efectos

pretendidos de la MHPAEA y la ACA para utilizarla en una mejora legislativa continua y futuros esfuerzos políticos.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Nasar S. The lost years of a Nobel Laureate. *New York Times* 1994.
2. Frank RG, McGuire T. Economics and mental health. In: Cuyler AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000.
3. Overview of Mental Health Services. In: *Mental health: a report of the Surgeon General*. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1996.
4. Grob GN. *Mental illness and American society, 1875-1940*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1983.
5. Grob GN. *The mad among us: a history of the care of America's mentally ill*. New York: Free Press; 1994.
6. Blumenthal D. Employer-sponsored health insurance in the United States—origins and implications. *N Engl J Med*. 2006;355(1):82–88.
7. Frank RG, Koyanagi C, McGuire T. The politics and economics of mental health parity laws. *Health Aff*. 1997;16(4):108–120.
8. Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased spending on health care: how much can the United States afford? *Health Aff*. 2005;22(4):15–25.
9. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Economic Review*. 1963;53(5):941–973.
10. Pauly MV. The economics of moral hazard: comment. *Am Economic Review*. 1968;58(3 pt 1):531–537.
11. Manning WG, Wells K, Buchanan J, et al. Effects of mental health insurance: evidence from the Health Insurance Experiment, Santa Monica, CA, 1989, RAND.
12. McGuire TG. Financing and demand for mental health services. *J Hum Resour*. 1981;16(4):501–522.
13. Newhouse JP. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge: Harvard University Press; 1993.
14. Sitglitz J, Rothschild M. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Economics*. 1976;90(4):629–649.
15. Frank RG, Glazer J, McGuire TG. Adverse selection in mental health care. *J Health Economics*. 2000;19(6):829–854.
16. Tufts Managed Care Institute. A brief history of managed care. Available at: www.thci.org/downloads/BriefHist.pdf; 1998.
17. Fox D. An overview of managed care. In: Kongstvedt P, ed. *The managed health care handbook*. ed 3. Gaithersburg, MD: Aspen; 1996.
18. Husted E, Sharfstein SS, Muszinski S, et al. Reductions in coverage for mental and nervous illness in the Federal Employees Health Benefits Program 1980-1984. *Am J Psychiatry*. 1985;142:181–186.
19. Husted EC, Sharfstein SS. Utilization and cost of mental illness coverage in the Federal Employees Health Benefits Program. *Am J Psychiatry*. 1978;135:315–319.
20. Oss ME, Jardine EL, Pesare MJX. *Open Minds yearbook of managed behavioral health and employee assistance program market share in the U.S. 2002-2003*. Gettysburg, PA: Open Minds; 2004.
21. Burns BJ, Teagle SE, Schwartz M, et al. Managed behavioral health care: a Medicaid carve-out for youth. *Health Aff*. 1999;18(5):214–225.
22. Ma CA, McGuire TG. Costs and incentives in a behavioral health care carve out. *Health Aff*. 1998;17(2):53–69.
23. Grazier KL, Eselius LL, Hu TW, et al. Effects of a mental health carve-out on use, costs and payers: a four-year study. *J Behav Health Serv Res*. 1999;26(4):381–389.
24. Bloom JR, Hu TW, Wallace N, et al. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. *Health Serv Res*. 2002;37(2):315–340.
25. Christianson JB, Manning W, Lurie N, et al. Utah's Prepaid Mental Health Plan: the first year. *Health Aff*. 1995;14(3):160–172.
26. Huskamp HA. Episodes of mental health and substance abuse treatment under a managed behavioral health care carve-out. *Inquiry*. 1999;36(2):147–161.
27. Frank RG, McGuire TG. Savings from a Medicaid carve-out for mental health and substance abuse care. *Psychiatr Serv*. 1997;48(9):1147–1152.
28. Merrick E. Treatment of major depression before and after implementation of a behavioral health carve-out plan. *Psychiatr Serv*. 1998;49(11):1563–1567.

29. Sturm R. Tracking changes in behavioral health services: how have carve-outs changed care? *J Behav Health Serv Res.* 1999;26(4):360–371.
30. Dickey B, Norton EC, Normand SL, et al. Managed mental health experience in Massachusetts. *New Dir Ment Health Serv.* 1998;78:115–122.
31. Busch AB, Frank RG, Lehman AF. The effect of a managed behavioral health care carve-out on quality of care for Medicaid patients diagnosed with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:442–448.
32. Busch SH. Specialty health care, treatment patterns and quality: a case study of treatment for depression. *Health Serv Res.* 2002;37(6):1583–1601.
33. Cuffel BJ, Bloom JR, Wallace N, et al. Two-year outcomes of fee-for-service and capitated medicaid programs for people with severe mental illness. *Health Serv Res.* 2002;37(2):341–359.
34. Mark TL, Levit KR, Vandivort-Warren R, et al. Changes in US spending on mental health and substance abuse treatment, 1986-2005, and implications for policy. *Health Aff.* 2011;30(2):284–292.
35. Frank R, Glied S. Changes in mental health financing since 1971: implications for policymakers and patients. *Health Aff.* 2006;25(3):601–613.
36. Reed L, Myers E, Scheidemandel P. Health insurance and psychiatric care: utilization and cost. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1972.
37. Trivedi AN, Swaminathan S, Mor V. Insurance parity and the use of outpatient mental health care following a psychiatric hospitalization. *JAMA.* 2008;300(24):2879–2885.
38. Busch AB, Yoon F, Barry CL, et al. The effects of mental health parity on spending and utilization for bipolar major depression, and adjustment disorders. *Am J Psychiatry.* 2013;170:180–187.
39. Lang M. The impact of mental health insurance laws on state suicide rates. *Health Econ.* 2013;22:73–88.
40. Garfield RL, Zuvekas SH, Lave JR, et al. The impact of national health care reform on adults with severe mental disorders. *Am J Psychiatry.* 2011;168:486–494.