

LA CALIDAD DE LA ATENCION SANITARIA EN SALUD MENTAL

«El secreto radica en hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente»

K. Ishikawa

INTRODUCCION

No cabe duda de que una preocupación constante del quehacer sanitario estriba en lograr una mejora gradual en los conocimientos, modos y técnicas de la atención sanitaria a aplicar para conseguir el más alto grado de bienestar en los usuarios.

Por esta razón, los cuidados de salud que se prestan deben siempre ser eficaces (tienen que mejorar la salud), eficientes (esa mejora de la salud debe lograrse con un coste razonable), aceptables (para quien van destinados), accesibles (próximos en distancia y tiempo) y ser acordes a los adelantos científico-técnicos del momento (basados en resultados empíricos y no en intuiciones). Otra cuestión es qué entienden políticos, gestores, profesionales y usuarios por cada uno de estos conceptos que definen la **calidad de la asistencia** y cuál consideran que es el primordial.

José Joaquín Mira*
Emilio Fernández**
Julián Villater***

El aforismo de *hacer lo mejor para cada paciente* ha caracterizado, desde su inicio, a la práctica médica en particular, y a otras profesiones afines en el campo de la salud en general.

No obstante, hay que reconocer que esa mejora constante del quehacer sanitario

tiene un coste significativo para la sociedad a la que va destinada, por lo que usuarios, profesionales, gestores sanitarios y administradores públicos deben coincidir en una misma definición de lo que entienden por cuidados óptimos de salud. Las instituciones sanitarias comparten, en este sentido, dos objetivos primordiales:

- a) Ofrecer cuidados de la más alta calidad posible.
- b) Facilitar estos cuidados al menor coste posible.

Intuitivamente todos entendemos lo que significa lograr un coste reducido, ya

que fácilmente podemos traducir este coste a pesetas; en cambio, mucho más complicado es definir lo que se entiende como cuidados de salud de la más alta calidad posible.

Es bien cierto que los cuidados inapropiados resultan en una mala praxis; y que, a su vez, la pérdida inútil de recursos en un paciente por mala praxis, conlleva un detrimento en los cuidados que otro paciente podría haber recibido en forma adecuada, ya que los recursos no son ilimitados; como no es menos cierto, que los cuidados que resultan costosos y prolongados (mucho más si se practican de manera inadecuada), suelen ser aquellos que conllevan efectos potencialmente dañinos para los pacientes (Donabedian, 1989).

Desde el punto de vista de los usuarios de los servicios de salud es probable que piensen que son de calidad aquellos centros sanitarios que prestan atención rápida, a demanda superespecializada, con grandes medios técnicos y con espacios y estructuras confortables. Los profesionales probablemente consideren que su trabajo resulta mejor si cuentan con tecnología bio-médica avanzada, con tiempo suficiente para atender a cada paciente y a sus familiares, con un horario que no les genere estrés y con condiciones laborales satisfactorias. En cambio los gestores sanitarios es posible que soliciten una mayor autonomía en materia presupuestaria y de personal, así como el gasto en pruebas diagnósticas y en métodos terapéuticos sea ajustado a las necesidades. Todos, sin excepción, estarían de acuerdo en reclamar al responsable político una mayor inversión presupuestaria en los capítulos de sanidad para lograr una mayor calidad de la asistencia.

En otras palabras, la calidad última de la asistencia resultará mediatizada por cada uno de los aspectos que venimos comentando de tal modo que la única característica esencial que perdura en todas las definiciones de calidad es que se trata de un proceso dinámico en el que siempre podemos lograr (aunque a veces sólo con grandes esfuerzos) una mayor calidad en los actos asistenciales.

Existen múltiples razones por las que debemos ocuparnos del tema de la calidad de la asistencia sanitaria, Wells y Brook (1988) por su parte, sugieren las siguientes:

* Servicio Valenciano de Salud. Alicante.

** Servicio Valenciano de Salud. Valencia.

*** Servicio Valenciano de Salud. Orihuela.

1. Por la explosión de los conocimientos de las ciencias de la salud, que hacen que unos procedimientos sean más indicados que otros y desaconsejan ciertas prácticas obligando a los profesionales a su constante preparación.

2. Por el creciente coste económico de los servicios de salud que obliga a la adecuada selección de las técnicas así como a su empleo eficiente.

3. Por la necesidad de control del gasto por parte de las instituciones y las empresas (en este sentido ha sido fundamental el empuje de las compañías de seguros privadas norteamericanas que, como requisito previo a la aceptación del sistema de «cobro a terceros» impusieron criterios eficientes en el sistema) dado que en caso contrario se podría llegar al colapso financiero del sistema.

4. Por la responsabilidad social de profesionales e instituciones sanitarias que deben velar por la salud (como bien inalienable) y hacerlo de forma racional y eficiente.

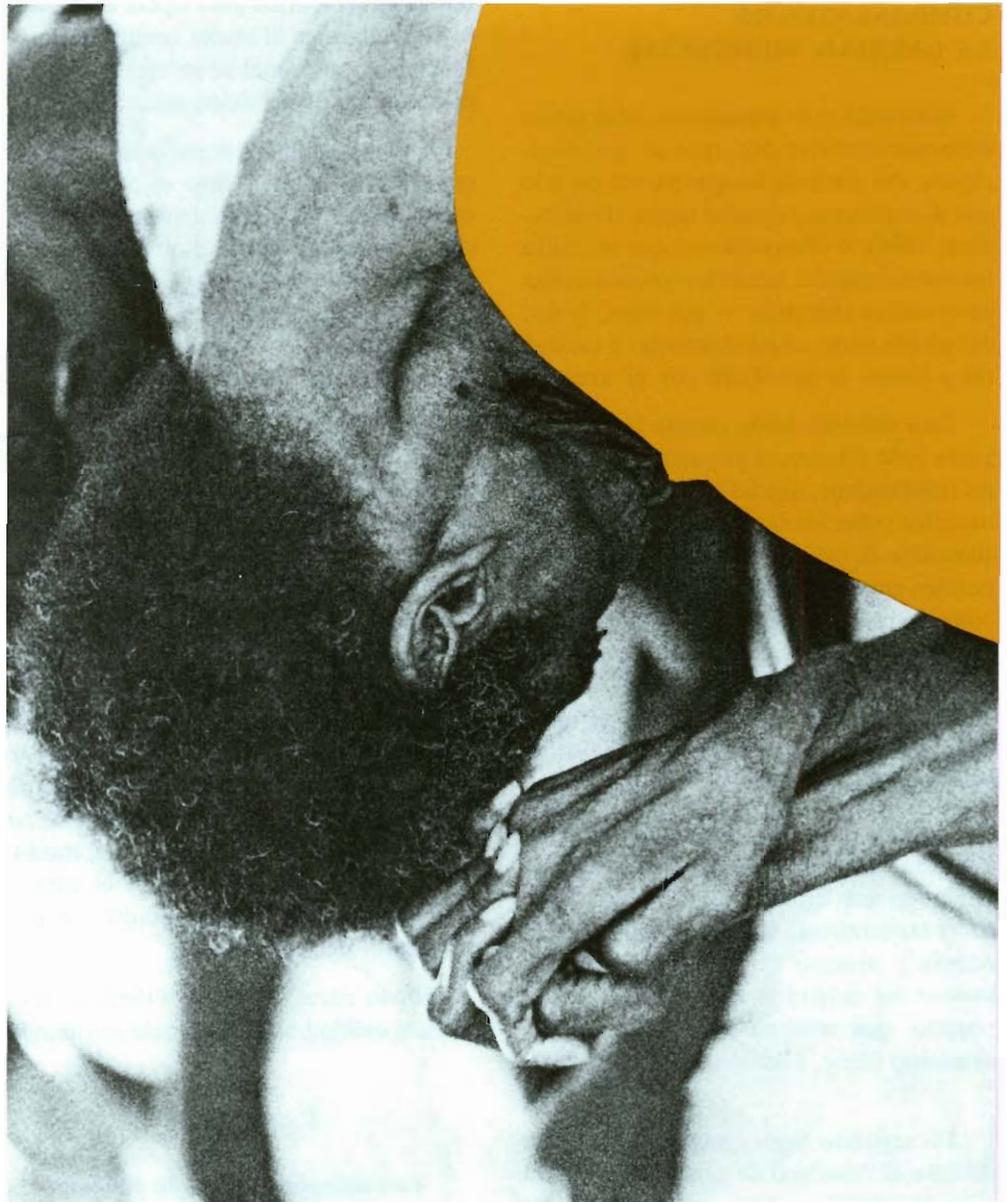
5. Por el empuje de los movimientos de consumidores que desean no sólo una atención, sino que se les garantice que ésta sea la más idónea para cada caso, tanto técnica como socialmente.

Ahora bien, ¿qué entendemos entonces por calidad de la asistencia?

LA DEFINICION DE «CALIDAD ASISTENCIAL»

La American Society for Quality Control (ASQC), define la calidad como *la totalidad de funciones y características de un producto o servicio, que determinan su capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de usuarios.*

Esta es sin duda una definición válida, pero a buen seguro que no satisface a todos los implicados en la prestación de cuidados de salud, dado que resalta especialmente la satisfacción de necesidades del usuario del servicio, lo que en el caso de la salud resulta conflictivo ya que, por ejemplo, no siempre profesionales y usuarios coinciden en su definición de salud o de enfermedad. Pensemos, por un momento, en el caso de un paciente hipocondríaco, un paciente con trastorno en el ciclo sueño-vigilia, o un paciente con dolor somatoforme, en todos los casos es más que probable que paciente y profesional no coincidan en cuál es el problema y qué abordaje terapéutico puede resultar más eficaz.



Por su parte, la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) entiende que la calidad del cuidado es óptima al *lograr el mejor beneficio de salud posible con el mínimo riesgo y la idónea utilización de recursos en forma satisfactoria para el paciente.*

La JCAH define la calidad dentro del contexto específico del campo de la salud de tal modo que intenta —a diferencia de la ASQC— aunar criterios científicos, empírico-económicos, sociales y de satisfacción por parte del usuario.

Avanzando en la definición de la calidad de la asistencia, podríamos afirmar que entendida en sentido amplio incluiría:

a) La conformidad de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores a unos estándares considerados óptimos por la comunidad científica.

b) La percepción por parte del usuario o consumidor de esa atención, de que recibe cuidados de óptima calidad.

c) La continuidad de la mejora de esa asistencia hasta lograr la *excelencia* del cuidado que se presta.

En otros términos diríamos que la calidad de la asistencia debería incluir:

a) Desarrollo de un proceso clínico estandarizado y, como consecuencia, un resultado óptimo de la asistencia (incluiríamos aquí los estudios sobre la eficacia comparada de los tratamientos, los estudios epidemiológicos multicentro, ensayos clínicos, etcétera).

b) El uso eficiente de los recursos (basado en una planificación de los recursos y una gestión adecuada de los mismos).

c) Un mínimo riesgo para el paciente en cuanto a iatrogenia y efectos secundarios de los tratamientos practicados.

d) La satisfacción del paciente con los cuidados recibidos (aspecto en el que especialmente los psicólogos pueden actuar en forma notable).

COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Siguiendo este argumento, podríamos decir que existirían dos tipos de aproximaciones. Por un lado las que darían pie a lo que denominamos *calidad lógica* (Donabedian, 1966): o eficiencia con que se utiliza los conocimientos científico-profesionales en el medio sanitario; y, por otro, la que definimos como *calidad sentida*: o calidad tal y como es percibida por el usuario.

Esta diferenciación resulta interesante sobre todo si tenemos en cuenta, como antes señalábamos, que las expectativas de los usuarios sobre los servicios sanitarios considerados de calidad no siempre se corresponden con lo que los técnicos consideran como servicio sanitario de alta calidad. Las investigaciones sobre *conducta de enfermedad* (Mechanic, 1962) y *modelos de creencias de salud* (Becker y Rosenstock, 1984; Meichenbaum y Turk, 1987) justifican esta diferenciación.

La Psicología de la Salud, como área aplicada y de investigación, ha ido acumulando en los últimos años información sobre expectativas, actitudes, educación sanitaria y proceso de comunicación proveedor de cuidados de salud-paciente/usuario, que resultan pertinentes en esta discusión (Reig, Rodríguez y Mira, 1987).

En segundo lugar, una aproximación distinta al concepto de calidad asistencial es la de aquellos autores que intentan definirla analizando su contenido. A. Donabedian (1966) por ejemplo, considera que al hablar de calidad de la asistencia debemos hacer mención a:

- a) El componente científico-técnico, referido a los medios materiales y a la capacitación de los profesionales.
- b) El componente interpersonal, referido al trato y al proceso de comunicación paciente-proveedor de cuidados de salud.
- c) El componente correspondiente al entorno, referido a las condiciones ambientales en las que se presta el cuidado.

Tradicionalmente se ha venido considerando que si las condiciones científico-técnicas eran adecuadas la calidad del servicio estaba garantizada. De este modo, en nuestro país y en otros de nuestro entorno, la Administración Estatal garantiza unos conocimientos mínimos en los profesionales del campo de la salud, bien mediante la Formación Profesional o la formación universitaria, que homologan los

mínimos necesarios para optar a un puesto de trabajo en el sector sanitario (como facultativo, personal de enfermería, administración o de servicios generales).

Capítulo aparte merece la acreditación estructural, en cuyo caso es bastante común aceptar que la sola dependencia de un centro sanitario de la Administración Pública, sea el criterio que avale las condiciones científico-técnicas de un dispositivo asistencial, tal y como hasta hace bien pocos años sucedía en España.

Sin embargo, en años recientes al surgir un cierto mimetismo de las empresas sanitarias con las empresas de producción de bienes o servicios, hemos podido asistir a un cambio en la concepción de lo que se entiende por calidad, incorporándose el punto de vista del destinatario de los servicios como elemento clave de la valoración de los mismos. Esto supuso una auténtica revolución en la concepción de la prestación sanitaria, retomándose con vigor el tema del *arte de la atención* como otro aspecto importante para determinar la calidad de la asistencia. De este modo, el componente interpersonal y el correspondiente al entorno han pasado a un primer plano de la atención.

Por su parte, H. Vuori (1982) se referirá a la calidad de la asistencia afirmando

FIGURA N.º 1

Los componentes de la calidad de la asistencia

| COMPONENTES DE LA CALIDAD | |
|---------------------------|------------------------------|
| Accesibilidad. | Efectividad. |
| Adecuación. | Eficiencia. |
| Continuidad. | Punto de vista del paciente. |
| Coordinación. | Seguridad. |
| Eficacia. | Oportunidad. |

que debe prestar cuidados que reúnan las siguientes características: accesibles (disponibilidad de recursos para el paciente allá donde los necesita), adecuados (ajustados a las necesidades y expectativas de los pacientes), efectivos (puesto que obtienen resultados ideales), eficientes (porque resultan efectivos a un coste razonable), coordinados entre los diferentes niveles y que provoquen satisfacción en quien los produce y en quien los recibe. Figura número 1.

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE CALIDAD

Ese mimetismo con la empresa de producción de bienes o de servicios al que aludimos, dio lugar a hablar de **control de calidad**. Los estudiosos del tema se plantearon que era necesario incorporar sistemas de vigilancia (en un principio externos a los propios centros) y de evaluación de los actos sanitarios para controlar su calidad. Esta concepción ha tenido en su contra el ser vista como una actitud «policial» hacia los profesionales de la salud y su quehacer sanitario, por lo que pronto fue sustituida por una visión más acorde a los objetivos de participación en la búsqueda de la *excelencia* del cuidado entre todos los profesionales, denominada **garantía de calidad**.

De esta forma, desde una óptica más actual se prefiere hablar de *garantía de calidad* e, incluso más recientemente, de *mejora de la calidad* como dos metodologías de búsqueda constante del ideal de calidad de la asistencia. Las características de cada una de estas aproximaciones son descritas en el cuadro número 1.

Aunque en la práctica muchas veces ambos términos son utilizados indistintamente, existen ciertas diferencias metodo-

CUADRO N.º 1

Garantía vs. Mejora de calidad

| GARANTIA DE CALIDAD | MEJORA DE CALIDAD |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Externa. | Interna. |
| Centrada en la organización. | Centrada en el paciente. |
| Dirigida a unos pocos. | Compete a todos. |
| Focalizada en individuos. | Focalizada en procesos. |
| Centrada en resultados finales. | Relativiza resultados finales. |
| Análisis dividido de la efectividad y de la eficiencia. | Análisis integrado. |

lógicas entre ambos enfoques que se correlacionan con el papel que asignan a los profesionales.

Como fácilmente puede entenderse del resumen recogido en la figura número 1, las acciones de *mejora de calidad* frente a las de *garantía de calidad* se diferencian fundamentalmente en el énfasis que se realiza en las primeras por responsabilizar de la calidad de los cuidados al conjunto de profesionales de un dispositivo, servicio o centro asistencial. De este modo, se entiende que es el propio personal del centro, en relación a los pacientes que trata y como resultado de una responsabilidad colectiva, quien debe ocuparse por la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Las acciones de *mejora* de esta calidad metodológicamente se centran en los procesos de cuidado que se desarrollan en el centro e intenta valorar al unísono la efectividad de los tratamientos y su eficiencia.

Este enfoque de mejora de la calidad como proceso interno y centrado en los procesos más que en los resultados podemos decir que, en la actualidad, está menos desarrollado mientras que las acciones de *garantía de calidad* se vienen implantando progresivamente y vienen reguladas por la propia Ley 14/1986, General de Sanidad y en Ley 8/1987, del Consell de la Generalitat Valenciana, del Servicio Valenciano de Salud.

A modo de resumen y siguiendo a A. Rodríguez (1988) podemos sugerir como principales motores del cambio en el tema de la calidad asistencial (y auténticos revulsivos en su evaluación) los siguientes:

a) El cambio desde una consideración retrospectiva de las actuaciones realizadas a otra de tipo prospectivo. En este sentido la utilización de los Grupos Diagnósticos Relacionados (DGRs) que sustituyen una visión retrospectiva por otra prospectiva, ha representado un enfoque diferente para evaluar el coste de la atención y la calidad de los procesos. Así por ejemplo, en el caso de la hospitalización de pacientes con trastornos mentales, existen datos de una reducción en la estancia media hospitalaria de casi dos días en unidades que se rigen por criterios de tipo prospectivo frente a otras que utilizan el más tradicional de evaluaciones retrospectivas (Frank et al., 1986).

b) La sustitución de una metodología de revisión del caso individual (por ejemplo de los datos recogidos en la historia clínica) por otra centrada en el manejo del caso, en la que se busca la interacción con el proveedor de cuidados de salud, tanto con fines de evaluación, como de consejo y formación.

CALIDAD ASISTENCIAL Y SALUD MENTAL

En el campo concreto de la salud mental son más bien escasas las aproximaciones en torno a la calidad de la asistencia por razones muy dispares como más adelante apuntaremos. No obstante, resulta un tema de creciente interés y que ha merecido la atención de algunos autores. Al lector interesado le recomendaríamos que consultara la obra de G. Striker y A. Rodríguez (1988) y revisara los contenidos de la revista *Hospital and Community Psychiatry*.

Menninger (1977) define la calidad del cuidado en salud mental como *la adecuación entre el problema que requiere atención terapéutica; el resultado deseado (meta o propósito del tratamiento); y el tratamiento usado, tal como es sentido o experimentado por el paciente, cómo es juzgado por el médico y sus colegas y contrastado con estudios empíricos sobre eficacia comparada de los tratamientos*.

En otras palabras, una definición de calidad de los cuidados de salud mental no tiene por qué diferir del concepto arriba enmarcado de calidad asistencial y debe incluir: énfasis científico y profesional del proveedor de cuidados, énfasis en la protección legal del receptor de los cuidados y, tercero, énfasis en el coste de ese servicio de salud.

arrollo idóneo por los profesionales. En este sentido, se podría considerar como una estimación muy acertada de la figura número 2 (Jesse, 1983).

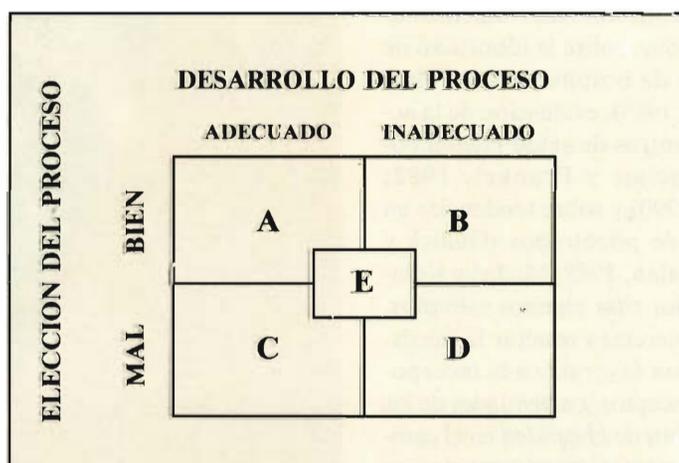
Como fácilmente podemos entender, la opción E en donde existe la presunción de un diagnóstico de forma correcta y un desarrollo del proceso terapéutico ajustado al tipo de información clínica disponible, es la más habitual en cuanto a la elección de los procesos y su desarrollo. El resto de las opciones que se contemplan en la figura número 2 son, con mucho, menos frecuentes en la práctica cotidiana, siendo ideal la opción A, y muy poco deseables las opciones C, D y B.

Las razones de por qué son escasos los estudios sobre calidad de la asistencia en salud mental son variadas y tienen sus raíces fundamentalmente en dos hechos: por un lado la imposibilidad de llegar a un acuerdo entre profesionales de diferentes orientaciones o escuelas; por otro, por la historia de esta prestación asistencial marginada del sistema general de salud sistemáticamente.

En cuanto al primero de los puntos señalados, hemos de decir que en la línea de garantizar la calidad de los cuidados de salud mental, en los últimos años venimos asistiendo a un profundo cambio en la idiosincrasia de esta prestación sanitaria, ob-

FIGURA N.º 2

Elección y desarrollo del proceso terapéutico



Podemos decir que la garantía de la calidad en salud mental (al igual que en otras especialidades) vendría dada por la conjunción entre la elección del proceso terapéutico más óptimo en cada caso y su des-

servándose intentos por definir de forma consensuada los signos, síntomas, conductas patológicas, procesos psicológicos y el grado de severidad de las disfunciones en orden a identificar los niveles de cuidado

necesarios para cada caso (Heinsz, Levine y Etki, 1981; Perlman et al., 1982). El consenso en la utilización del ICD-9 o el DSM-III son una prueba de ello, y aunque las previsiones con el ICD-10 (Sartorius et al., 1988) tiendan en la misma dirección, no sucede en absoluto lo mismo en el caso de las hipótesis etiológicas y el manejo más adecuado de los problemas de salud mental por parte de profesionales de orientaciones diferentes; aún en contradicción con los resultados de los estudios sobre revisiones de la eficacia comparada de los tratamientos (Smith, Glass y Miller, 1980).

En cuanto al segundo de los puntos, es bien cierto que las prestaciones de cuidados en salud mental en nuestro país —y en otros de nuestro entorno— han constituido la «hermana pobre» de las especialidades sanitarias, no siendo incluidas en las partidas presupuestarias las más de las veces, quizás como consecuencia de la estigmatización del enfermo mental, su dependencia de los servicios de beneficencia, la limitada información sobre la eficacia de los procedimientos terapéuticos, el coste de las largas hospitalizaciones, la necesidad de un número de consultas ambulatorias elevadas por proceso, los limitados derechos civiles de los enfermos mentales y, por qué no decirlo, las incongruencias entre modelos de atención dispares.

Pese a todo, el lector no debe entender que el campo de la salud mental no constituya una preocupación la calidad de la asistencia que se presta. Al contrario, son numerosos los autores interesados en esta cuestión y de hecho, aunque no específicamente centrados en la evaluación de la calidad asistencial tal y como la entendemos, en la literatura son relativamente habituales los estudios sobre la idoneidad de las indicaciones de hospitalización (Mezrich y Coffman, 1985), evaluación de la actividad de los centros de salud mental comunitaria (Sinclair y Frankel, 1982; Pollack et al., 1990) y sobre tendencias en la prescripción de psicotropos (Gullick y King, 1979; Catalán, 1988; Michel y Kolakowska, 1981) por citar algunos ejemplos. Sin embargo, queremos resaltar la inexistencia de un clima favorable a la incorporación de los conceptos y actividades de las acciones de *mejora de la calidad* en el campo de la salud mental, precisamente por las razones históricas a las que aludíamos.

En el campo de la salud mental asistimos actualmente a una fuerte controversia, tanto a nivel tecnológico, como en cuanto a la formación del personal, la integración multidisciplinar, la satisfacción de los

pacientes y sus familias (o más bien la insatisfacción de estas últimas con los cuidados que espera recibir) y la propia satisfacción de los profesionales con sus condiciones laborales.

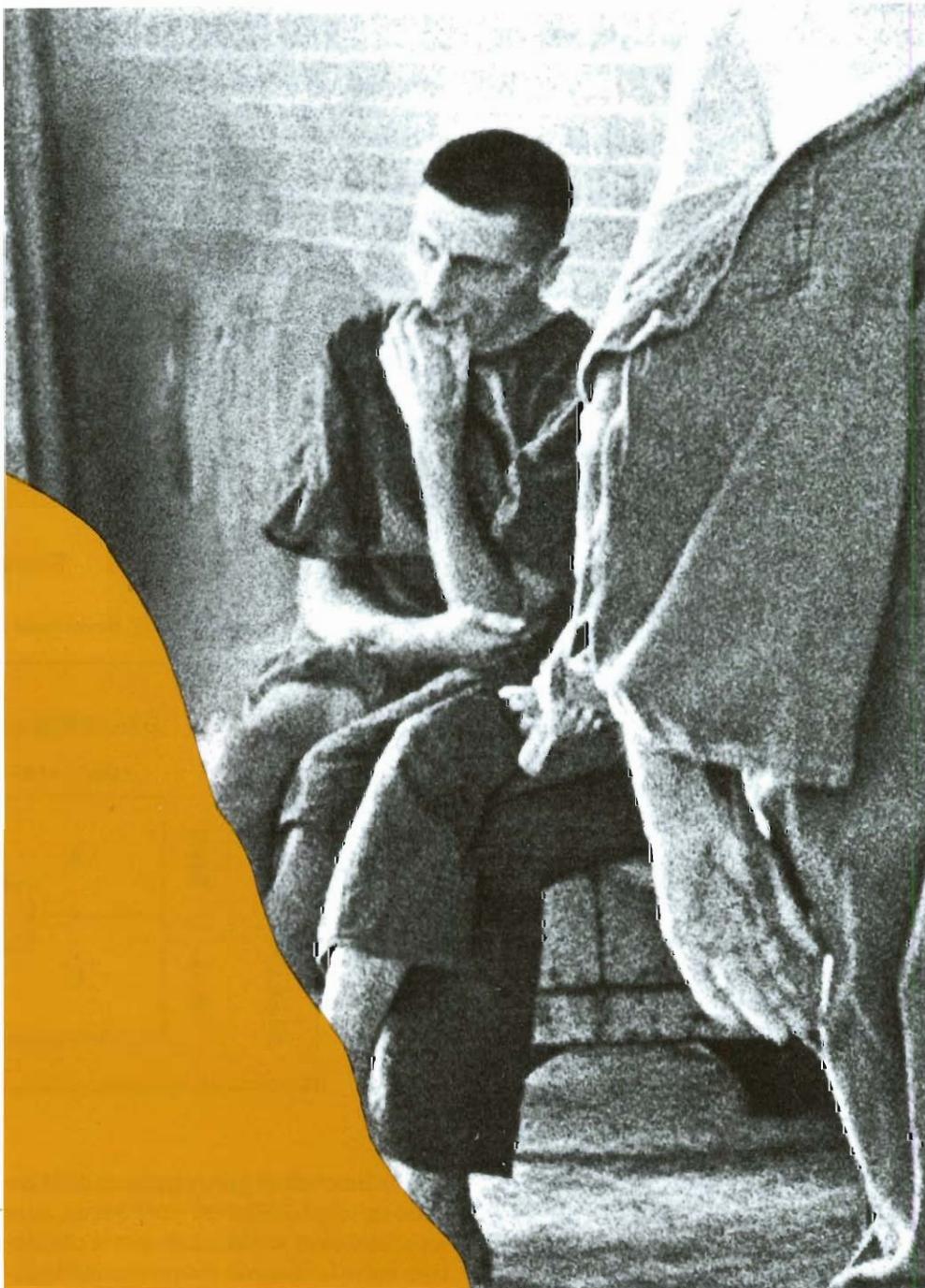
En el campo de la salud mental en particular, si bien intuitivamente todos estaríamos de acuerdo en qué deseamos para el paciente, no sucede lo mismo en la definición de qué entendemos por tratamiento óptimo de cada proceso clínico, no sólo a nivel profesional sino también entre gestores, profesionales, pacientes y las familias de estos últimos.

A la hora de estudiar la calidad de la asistencia en salud mental que se presta merece la pena hablar en términos de: ca-

lidad de la *estructura* para garantizar la idoneidad de los cuidados, la calidad del *proceso* que se sigue con cada paciente y la calidad del *resultado* de cada proceso. En el primer caso hablamos de acreditación, en el segundo de audit y en el tercero de resultados clínicos y de gestión. Cada uno de estos elementos o componentes de la calidad puede evaluarse individualmente y así es como tradicionalmente se viene realizando tal y como veremos a continuación.

ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Un paso inicial lo constituye la definición de qué es un dispositivo sanitario. Esta



definición se realiza típicamente mediante el proceso denominado de *acreditación*.

En términos generales *acreditar* hace referencia a que se prueba la certeza, utilidad o veracidad de algo, haciéndola digna de crédito (merecedora de confianza) a los ojos de un tercero.

La *acreditación* de los servicios sanitarios supone establecer estándares (tanto estructurales como de funcionamiento) en base a normas y procesos consensuados que garanticen los medios para procurar la atención y la existencia de un organismo o institución que realice esa *acreditación*.

La idea que sustenta la necesidad de *acreditación* no es otra que garantizar la calidad de los servicios sanitarios atendiendo a que su estructura, su funcionamiento y sus resultados son los esperados. La *acreditación* debe permitir corregir los fallos y problemas que se detecten, ya que su objetivo no es limitar el número de centros o servicios, sino que éstos reúnan unos mínimos para realizar su trabajo con garantías de éxito.

Haciendo un poco de historia, podemos decir que el tema de la *acreditación* sanitaria —tal y como la entendemos hoy día— surgió en 1912 durante un Congreso del Colegio de Cirujanos en EE. UU. en donde se planteó la necesidad de *acreditación* de sus miembros para el ejercicio de su profesión, contando con el reconocimiento y respaldo de esa organización.

En el caso ideal hablaríamos de que mediante la *acreditación* podemos reunir: profesionales capaces y competentes, que trabajan en un ambiente seguro con recursos adecuados, y que permiten medir la calidad por el resultado. Sin embargo, no siempre coinciden en el tiempo y lugar todas estas condiciones. Tradicionalmente nuestro país ha vivido con bastante retraso la necesidad de *acreditación* de estructura —excepción hecha de los profesionales por la vía de los currículum académicos— aun cuando en la actualidad contamos con decretos y órdenes para este propósito, sobre todo en el caso de los hospitales para que sean considerados como centros docentes, extractores de órganos, o acreditados para trasplantes; en el caso de los centros de planificación familiar; en el caso de los bancos de sangre; y para poder concertar centros privados con la red pública de salud.

El elemento clave de cualquier proceso acreditador es, precisamente, la definición del proceso mediante el cual se llega a la decisión final sobre la *acreditación*, lo que supone: establecer normas o criterios de

acreditación, analizar los servicios sanitarios, cualificar a los agentes acreditadores, auditar y realizar el dictamen de *acreditación*. Normalmente la *acreditación* es obligatoria, si bien para algunas cuestiones (en España por ejemplo para que un centro pueda realizar la formación MIR) puede ser voluntaria, bien entendido que en este último caso para lograr la calificación de centro docente se requiere siempre un dictamen de *acreditación* favorable.

En el caso de los dispositivos de salud mental con la fundación en Valencia en 1409 de la Casa de Inocentes, Enloquecidos y Orates podemos decir que se inicia el proceso de *acreditación* de los servicios de salud mental. Esta iniciativa para el cuidado de las personas con enfermedades mentales supuso un avance decisivo en la consideración de las necesidades terapéuticas que muchas veces ha pasado inadvertido y resulta poco valorado.

Mucho más recientemente la JCHA mantuvo en EE. UU. la implantación de estándares en salud mental para los centros de larga estancia, los dedicados a retrasados mentales, los de hospitalizaciones breves y los dispositivos asistenciales dirigidos a la infancia y a los adolescentes. Actualmente, en nuestra Comunidad contamos con las normas y directrices contempladas en el Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, aprobado por las Cortes el pasado mes de mayo.

Al hablar de *acreditación* en salud mental podemos hacerlo en términos teóricos, descriptivos o de evaluación (Kiesler, 1986). La discusión sobre la política sanitaria en materia de salud mental nos introduce en un debate sobre la planificación y los objetivos del sistema y la realidad actual de esta prestación sanitaria. En este debate tradicionalmente los psicólogos (sobre todo por no estar integrados en el sistema público de salud) han permanecido al margen por razones diversas y controvertidas, pero sin duda su papel en la discusión de las políticas de salud podría enriquecer el contenido de la discusión.

La descripción de qué se hace, a qué coste, con qué cobertura y con qué medios, es otro aspecto que cabe incluir en el apartado de *acreditación* de los servicios. Esta descripción del sistema se ha venido realizando por agentes de las propias instituciones o por agentes externos pero, en cualquier caso, debería incluir la capacidad de transformación y de solución de los problemas estructurales, para evitar la dicotomía entre políticos y gestores sanitarios.

Esta evaluación periódica deberá tener una perspectiva acreditadora del momento en que se realiza, y otra perspectiva de futuro, para guiar las acciones venideras. En este sentido, la *acreditación* no debe entenderse como un proceso meramente de control y de carácter pasivo, sino que en forma activa, las acciones de la agencia, oficina, institución o persona que acredita, deben servir para la planificación futura de los recursos.

La evaluación de los dispositivos y del propio sistema en su conjunto, por otro lado, debe permitir la posibilidad de retirar la *acreditación* a los mismos en caso de que no cumplan los criterios preestablecidos, circunstancia difícil, ya que en nuestro país quien acredita, evalúa, gestiona y es responsable de los servicios es el mismo agente.

La *acreditación* más típica hasta ahora en el campo de la salud mental es la *acreditación* docente para la formación de residentes de psiquiatría. En este caso la Comisión de la Especialidad impone normas y las evalúa periódicamente para garantizar la formación de los futuros médicos-psiquiatras. También existe legislación acerca de la especialidad de enfermería psiquiátrica sin que su desarrollo sea una realidad en el país; y algunos intentos loables sobre la formación vía P. I. R. en el caso de los futuros psicólogos clínicos. A éstas debemos sumar, la *acreditación* estructural de Unidades de Salud Mental en base a los espacios para consulta y terapia, para hospitalización psiquiátrica o en cuanto al número mínimo de profesionales.

En este terreno una de las reivindicaciones tradicionales de los psicólogos es el reconocimiento de la especialidad y *acreditación* de dispositivos para la formación de psicólogos clínicos por la vía del P.I.R., precisamente como método para garantizar la calidad de la actuación profesional. Esta reivindicación del colectivo de psicólogos de nuestro país debería ser una exigencia de la propia Administración Sanitaria que dirige la política sanitaria, planifica los recursos, ostenta la titularidad de la mayoría de los recursos y tutela la salud de los ciudadanos.

LA VALGRACION DE LOS PROCESOS EN SALUD MENTAL

Audits en salud mental

Nos hemos referido a la necesidad de garantizar que los profesionales de la salud estén cualificados y que apliquen las

técnicas que en el momento de su utilización la investigación científica permite considerar como óptimas. En esta línea el estudio y evaluación del proceso desarrollado para con cada paciente cobra importancia como método de evaluación de la calidad de la asistencia. Nos referimos en este caso al *audit* médico o *auditoría* que podrá ser externa al centro o interna (el caso más común en nuestro país).

La finalidad de un *audit* médico consiste en revisar de una forma acreditada las informaciones sobre evaluación, diagnóstico y terapéutica seguidas ante un paciente por un dispositivo asistencial o un elemento de ese dispositivo. Habitualmente se trata de evaluaciones retrospectivas de la calidad asistencial en casos concretos basadas en la información contenida en las historias clínicas. Como parte de las sesiones clínicas, este método de evaluación de la calidad cumple también funciones docentes y de investigación.

El *audit* externo supone un agente independiente a la propia organización, institución, centro o dispositivo que realiza la evaluación de los procesos de atención y cuidado en base a estándares consensuados. Típicamente podemos considerar que este tipo de evaluación suele realizarse en casos en los que se ha suscitado algún problema por mala praxis, a raíz de la presencia de *indicadores centinela*, o como sistema de control en el caso de cobros a terceros (por ejemplo, en el caso de compañías de seguros que deben hacer efectivo el pago de servicios sanitarios de uno de sus asegurados).

Este *audit* externo debe ser realizado por profesionales ajenos al centro, con prestigio profesional, capacitados en la metodología del *audit*, con objetividad, con garantías frente a los usuarios y con sentido de la responsabilidad social de su tarea.

Aun cuando en otras especialidades médicas los *audits* resultan ser una práctica corriente, no sucede lo mismo en el caso de la atención en salud mental. Las razones de ello son muy variadas, aunque las principales radican sobre todo en:

- a) La dificultad para establecer un único diagnóstico.
- b) La no existencia de episodios asistenciales claramente definidos.
- c) La controversia sobre la idoneidad de pruebas diagnósticas complementarias.
- d) El menor control sobre el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los pacientes.



e) La imposibilidad de acuerdo sobre el tipo de intervención (y su duración en sesiones) más idóneo.

f) La escasa predicción sobre el curso probable del proceso de enfermedad del paciente, máxime cuando se ve afectado por condiciones sociales, familiares o económicas adversas.

g) El propio trabajo en equipos multidisciplinarios que añade complejidad a este proceso.

h) La costumbre entre los profesionales «psi» de considerar a los pacientes como «sus pacientes», y valerse de métodos y estilos idiosincráticos de registro.

i) Las múltiples orientaciones o escuelas teóricas.

j) Las resistencias de los profesionales a ser evaluados.

En esta línea, no debemos olvidar los resultados de investigaciones como los de English et al. (1986) quienes observan al intentar describir las variables predictoras de la duración de ingreso hospitalario, que el DGR sólo sirve para explicar el 5'6% de la varianza, mientras que la edad, sexo, raza o tamaño del centro hospitalario llegan a explicar un 10% de la varianza. O resultados como los de Kiesler et al. (1990) que comprueban que los hospitales que no cuentan con unidades de hospitalización psiquiátrica en EE. UU., pero que sí dan facilidades para el ingreso por este tipo de

patologías mentales, son quienes significativamente presentan estancias medias inferiores.

Una de las alternativas más difundidas, especialmente en EE. UU, y los países del norte de Europa son los denominados *peer review* o revisión por pares, una de cuyas características más importantes es su carácter de proceso continuado y dinámico. Sin embargo, hay una diferencia fundamental entre la justificación de los sistemas americanos y europeo, dada que el primero obedece principalmente a un sistema de pago por terceros (compañías de seguros).

Los sistemas de *peer review* se definen como un método de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y consisten en una metodología de valoración y mejora continuada de la calidad del cuidado, donde las personas que prestan atención son evaluadas por otros profesionales de prestigio o por colegas del centro o servicio, de acuerdo a criterios generales aceptables para el conjunto de la profesión. El proceso de evaluación es cíclico y se basa siempre en la información a los evaluados y de éstos al evaluador.

Los primeros programas de revisión por pares nacen en la década de los sesenta. A mediados de la década de los 70 la American Psychiatry Association, y algo más tarde la American Psychological Association, empezaron a plantearse la necesidad de implementar un sistema de garantía de calidad basado en los *peer review*,

incorporándose la American Psychological Association en 1981 al primer programa nacional de *peer review* conocido como Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services o más popularmente CHAMPUS (APA, 1980; APA, 1985).

Aunque ambos programas sean homogéneos, hay que resaltar que mantienen una importante diferenciación en cuanto se refiere a la identificación del programa del paciente. Mientras que el sistema de la American Psychiatry Association se basa en los grupos diagnósticos, el programa de *peer review* de la American Psychological Association se fundamenta en base al acuerdo entre cliente y profesional acerca del tipo de problema que padece y se mediatiza en función de estresores ambientales.

Para que un sistema de *peer review* pueda comenzar a funcionar deben coincidir los siguientes elementos:

- a) Staff motivado adecuadamente hacia la calidad de la asistencia.
- b) Personal con funciones definidas claramente.
- c) Nivel elevado de motivación profesional.
- d) Adecuada actitud hacia la evaluación y al hecho de ser evaluados.
- e) Empleo de historias clínicas u otros registros documentales.

Las acciones de evaluación realizadas deben reunir las siguientes características: objetividad, verificabilidad, uniformidad, especificidad, pertinencia y aceptabilidad.

Las evaluaciones de los programas de *peer review* por los propios profesionales que los conforman han dado hasta la fecha una valoración positiva (Cohen y Helstein, 1982), si bien es conocido que estos programas acarrear problemas en el nivel de motivación (al menos en Europa al poseer otras valoraciones distintas a las económicas (Grol, 1990).

INDICADORES DE RESULTADO EN SALUD MENTAL

Existen ciertos inconvenientes para evaluar las actuaciones y su producto final, como por ejemplo: la descripción precisa de las intervenciones individuales, la escasa homogeneidad de las muestras de población estudiadas, la indicación para tratamiento y la necesidad de clarificar más los objetivos terapéuticos que se espera obtener. La realidad actual es que cuando ha-

Indicadores de resultado clínico-asistenciales en el caso de los trastornos de ansiedad

| NEUROSIS | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adecuado filtraje en atención primaria. Identificación de casos expuestos a riesgo. | Depresión y ansiedad son dos formas de trastorno emocional muy comunes. Se calcula alrededor de un 10-25% de la población adulta afectada por este problema. La mayoría puede ser tratada de manera adecuada en el nivel primario de salud. La detección y diagnóstico precoz es indispensable, sobre todo en depresión y pánico. Gran parte de estos trastornos son secundarios a trastorno físico. Gran influencia de factores sociales, laborales y de personalidad. |
| Disponibilidad de recursos de apoyo alternativos. | |
| Programas para superar el estrés (laboral, familiar, etc.). | |
| Adecuado manejo de la patología en el nivel primario. | |
| Reducción de la cronicidad de la depresión. | |
| Manejo adecuado pacientes hipocondríacos. | |
| Manejo adecuado pacientes con trastorno de neurastenia. | |

blamos de indicadores de resultado nos centramos más en la valoración de los *inputs* al sistema y los recursos invertidos (económicos y personales) que en el propio resultado final, por las dificultades intrínsecas de su evaluación comentadas.

A la hora de hablar de indicadores de resultados podemos referirnos tanto a indicadores de *resultado clínico-asistenciales* como a indicadores de *resultados de gestión*. En cuanto a los primeros, debemos decir que no es abundante la bibliografía en salud mental al respecto, aunque se hayan producido algunos notables intentos. Este es el caso del trabajo de E. Baca en la Clínica Puerta de Hierro en Madrid (comunicación personal) y de Jenkins (1990) en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Los indicadores más habituales son los de: mortalidad, morbilidad, de funcionamiento social, escalas de habilidades sociales o de adaptación al medio, las estancias medias hospitalarias o el índice de rotación.

Siguiendo a R. Jenkins podemos avanzar un tanto en los indicadores tradicionales para sugerir algunos indicadores de resultado clínico-asistencial a evaluar en el futuro. En las figuras 3, 4 y 5 recogemos un criterio personal modificado del de Jenkins, en donde en base a la información clínica disponible en la actualidad (resumida en el cuadro de la derecha) se plantean ciertos objetivos de la actividad de los dispositivos de salud mental como indicadores de resultado (en el caso del cuadro de

la izquierda), como método para evaluar la efectividad de los programas y de las intervenciones en la comunidad y en los pacientes.

Así, por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, habida cuenta de su morbilidad oculta, se plantea como objetivo la identificación correcta en el nivel primario de salud de los casos expuestos a riesgo y de los casos detectados; al mismo tiempo, se hace hincapié en el manejo adecuado de los pacientes hipocondríacos.

En el caso de los trastornos afectivos siguiendo con la misma lógica anterior, los objetivos irían encaminados a lograr un manejo adecuado del tratamiento farmacológico, una evaluación adecuada del riesgo de suicidio, la prevención de embarazos no deseados en pacientes maníacas y un filtraje adecuado de los ingresos hospitalarios.

En el caso de los trastornos esquizofrénicos consideraríamos como objetivos a ser evaluados posteriormente para calibrar la calidad de las prestaciones, por ejemplo: una reducción de la mortalidad prematura, una disminución de la morbilidad de estos pacientes por problemas respiratorios o cardiovasculares y un manejo y apoyo adecuado del medio familiar.

Como indicadores de resultado clínico-asistenciales en el momento actual, existe cierto consenso en que el número de read-

FIGURA N.º 4

Indicadores de resultado clínico-asistencial en el caso de los trastornos afectivos

| PSICOSIS AFECTIVAS | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Importancia de los EAP en el manejo farmacológico. Control responsabilidades legales. Valoración del riesgo de suicidio. Erradicación de riesgos por accidentes en el hogar. Prevención embarazos no deseados. Adecuadas oportunidades de empleo. Ingresos hospitalarios. | Prevalencia aproximada del 1% en población adulta. 15% intentan suicidarse. Preciso adecuado manejo farmacológico. Precisan de oportunidades laborales tras el episodio maniaco. No se observa un significativo deterioro social. |

FIGURA N.º 5

Indicadores de resultado clínico-asistencial en el caso de los trastornos esquizofrénicos

| ESQUIZOFRENIA | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consejo genético. Ingresos hospitalarios. Apoyo familiar. Reducción mortalidad prematura. Prevenir suicidios. Reducir desempleo. Facilidades de tipo social. | Riesgo calculado del 1% en adultos. Etiología probable poligénica. Eficacia del apoyo familiar. Necesidad de servicios de rehabilitación. 10% intentan suicidarse. Elevada morbilidad cardiovascular y trastornos respiratorios. |

CUADRO N.º 2

La calidad de la asistencia sanitaria problemas y medidas a realizar

| PARAMETRO | PROBLEMA | MEDIDA A REALIZAR |
|------------|--------------------------|---------------------------|
| Estructura | Accesibilidad | Encuesta a los pacientes |
| Proceso | Adecuación profesionales | Acreditación currículum |
| | Criterios terapéuticos | Revisión historia clínica |
| | Ingresos hospitalarios | Peer review |
| Resultado | Integración familiar | Encuesta a la familia |

misiones hospitalarias, los días de ingreso en unidades hospitalarias y la duración de la estancia del paciente en la comunidad (Häfner y Van der Heiden, 1989) son buenos indicadores de resultado de la eficacia de los dispositivos ambulatorios. Por su parte, Kalbfleisch y Prentice (1980) y Häfner y Van der Heiden (1989) han sugerido

la aplicación del análisis de supervivencia para evaluar la calidad de los programas, considerando como variable dependiente la duración de la estancia del paciente en la comunidad.

Como indicadores de resultado para la gestión vienen siendo utilizados la relación

primeras visitas/sucesivas, la estancia media hospitalaria, el índice de ocupación, la tasa de ingresos por la vía de urgencias y, mucho más recientemente, las *unidades básicas asistenciales* (UBA) o *unidades de medida asistencial* (UMA) que traducen y homogeneizan (en función de las variables tiempo y carga de trabajo) todo tipo de actividad para servir de pauta y medida entre dispositivos asistenciales diversos.

A título de ejemplo, en el cuadro número 2 indicamos problemas típicos y medidas a realizar para su evaluación dentro de un contexto de *garantía de calidad*.

Por último, no queremos terminar estas reflexiones en torno al tema de la calidad de la asistencia sin referirnos a las condiciones de comodidad, accesibilidad física, horario y trato dado. En la actualidad el sector sanitario es plenamente consciente de la importancia que tiene en el resultado final de la asistencia, tanto la opinión del usuario como las facilidades de atención, trato recibido y condiciones físicas de los centros. Las encuestas de satisfacción y de post-hospitalización, las hojas de sugerencias y reclamaciones, y los Servicios de Atención al Usuario, son todo aspectos de un cambio significativo en la mentalidad tradicional de entender la prestación de cuidados de salud y constituyen un interesante campo de actuación para los psicólogos.

Como todo, nos resulta paradójico un hecho repetido especialmente en el caso de la salud mental: que la persona a la que van destinadas todas estas acciones de cuidado de salud sea, precisamente, quien posee una menor influencia en determinar la estructura y organización del proceso de cuidado. No hay siquiera un consenso sobre cómo referirse a esta persona: paciente, cliente, consumidor, receptor, beneficiario, usuario; si bien, no se puede negar en las sociedades democráticas el poder de la opinión pública y el auge de las asociaciones de consumidores.

En resumen, necesitamos continuar mejorando la eficacia terapéutica de nuestras técnicas, investigar para qué pacientes, en qué condiciones y por qué terapeuta son más eficientes; lograr una mejora de las condiciones de los tratamientos ambulatorios y de las facilidades de hospitalización; debemos incrementar las facilidades de acceso a los servicios a los usuarios; y, urgentemente, garantizar una cobertura de las demandas y necesidades sociales de las personas que ven limitada su vida cotidiana por padecer algún tipo de trastorno mental.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual of psychiatric peer review*. APA, Washington, 1985.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION: *APA/CHAMPUS outpatient psychological peer review manual*. APA, Washington, 1980.

BECKER, M. y ROSENSTOCK, I.: «Compliance with medical advice». En: Steptoe, A. y Mathews, A. (Eds.) *Health care and human behavior*. Academic Press, Nueva York, 1984.

CATALÁN, J. et als.: «General practice patients on Log-term psychotropic drugs». *The British Journal of Psychiatry*, 1988; 152: 399-405.

COHEN, L. y HOLSTEIN, C.: «Characteristic and attitudes of peer reviews and providers in psychology». *Professional Psychology*, 1982; 13: 66-73.

DONABEDIAN, A.: «Evaluating the Quality of Medical Care». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966; 44: 166-203.

DONABEDIAN, A.: «Institutional and professional responsibilities in Quality Assurance». *Quality Assurance in Health Care*, 1989; 1: 3-12.

FRANK, G. et als.: *The impact of medicare's prospective payment system on psychiatric patients treated in scatter beds*. National Bureau of Economic Research, Cambridge Mass, 1986.

GROL, R.: «Peer Review in Primary Care». *Quality Assurance in Health Care*, 1990; 2: 119-126.

GULLICK, E. y KING, L.: «Appropriateness of drugs prescribed by primary care physicians for depressed outpatients». *Journal of Affective Disorders*, 1979; 1: 55-58.

HÄFNER, H. y HEIDEN, W.: «The evaluation of mental health care system». *The British Journal of Psychiatry*, 1989; 155: 12-17.

HEINISZ, J. et als.: «The psychiatric record and quality review». En: Siegel, C. y Fischer, S. (Eds.) *Psychiatric record in mental health care*. Brunner/Mazel, Nueva York, 1981.

JENKINS, R.: «Toward a system of outcome indicators for mental health care». *The British Journal of Psychiatry*, 1990; 157: 500-514.

JESSE, W.: «Assuring the quality of health care: Policy and perspectives». En: Sager, C. y Jain, L. (Eds.) *Policing issues in personal health services*. Aspen, Rockville, 1983.

KALBFLEISCH, J. y PRENTICE, R.: *The statistical analysis of failure time data*. Wiley, Nueva York, 1980.

KIESLER, Ch. et als.: «Predicting length of hos-



pital stay for psychiatric inpatients». *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 149-154.

KIESLER, Ch.: «Psychology and Mental Health Policy». En: Hersen, M.; Kazdin, A. y Bellack, A. (Eds.) *The Clinical Psychology Handbook*. Pergamon, Nueva York, 1986.

MECHANIC, D.: «The concept of illness behaviour». *Journal of Chronic Disease*, 1962; 15: 189-194.

MEICHENABUM, D. y TURK, D., *Facilitating treatment adherence*. Plenum Press, Nueva York, 1987.

MENNINGER, R.: «What is quality care?». *American Journal of Orthopsychiatry*, 1977; 47: 476-475.

MEZZICH, J. y COFFMAN, G.: «Factors influencing length of hospital stay». *Hospital and Community Psychiatry*, 1985; 36: 1.262-1.270.

MICHEL, K. y KOLAKOWSKA, T.: «A survey of prescribing psychotropic drugs in two psychiatric hospitals». *The British Journal of Psychiatry*, 1981; 138: 217-221.

PERLMAN, B. et als.: «Psychiatric records: variations based on discipline and patient characteristics, with implications for quality of care». *American Journal of Psychiatry*, 1982; 139: 1.154-1.157.

POLLACK, D.: «Psychiatric malpractice and supervision issues in community mental health programs». *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 1.350-1.102.

REIG, A.; RODRÍGUEZ, J. y MIRA, J.: «Psicología de la Salud: algunas cuestiones básicas». *Informació Psicològica*, 1987; 30: 14-18.

RODRÍGUEZ, A.: «An Introduction to quality Assurance in Mental Health». En: Stricker, G. y Rodríguez, A. (Eds.) *Handbook of Quality Assurance in Mental Health*. Plenum Press, London, 1988.

SARTORIUS, N. et als.: «Psychiatric classification in an international perspective». *The British Journal of Psychiatry*, 1988; 152 (suplemento 1).

SINCLAIR, C. y FRANKEL, M.: «The effect of quality assurance activities on the quality of mental health services». *Quality Review Bulletin*, 1982; 8: 7-15.

SMITH, M.; GLASS, G. y MILLER, T.: *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Md. John Hopkins University Press, 1980.

STRICKER, G. y RODRÍGUEZ, A.: *Handbook of Quality Assurance in Mental Health*. Plenum Press, London, 1988.

VUORI, H.: *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Masson, Barcelona, 1988 (original de 1982).

WELLS, K. y BROOK, R.: «Historical trends in quality assurance for mental health services». En: Stricker, G. y Rodríguez, A. (Eds.) *Handbook of Quality Assurance in Mental Health*. Plenum Press, London, 1988.