

JOSÉ CARMONA y FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA  
(Coordinadores)

# GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
ESTUDIOS





GESTIÓN CLÍNICA  
EN SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
ESTUDIOS / 43



JOSÉ CARMONA y FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA  
(Coordinadores)

# GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
MADRID  
2009

Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Cádiz, 3-6 de junio de 2009

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009

*Derechos:* Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009

C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725599

ISBN: 978-84-95287-47-2

*Depósito Legal:* VA. 373.-2009

Impreso en España. Unión Europea

*Revisión de pruebas:* M.<sup>a</sup> José Pozo

*Detalle de la sobrecubierta:* Georges Seurat, 1882

*Impresión:* Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid

*Distribución:* LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.  
28500 Arganda del Rey (Madrid)

*Directores de la edición:* Fernando Colina y Mauricio Jalón

## ÍNDICE

Introducción, <i>José Carmona, Francisco del Río</i> . . . . .	9
Los autores . . . . .	13
Parte I. LA GESTIÓN SANITARIA . . . . .	15
La gestión sanitaria en los países de nuestro entorno, <i>Sergio Minué Lorenzo, José Francisco García Gutiérrez</i> . .	17
Los servicios de salud mental en Europa. EE. UU. y Canadá, <i>Manuel Desviat, Ana Moreno Pérez</i> . . . . .	43
Parte II. LA GESTIÓN CLÍNICA . . . . .	61
Introducción, <i>José Carmona, Francisco del Río</i> . . . . .	63
La gestión de la demanda, <i>Manuel Desviat, Ana Moreno Pérez</i> . . . . .	65
La gestión de la demanda en salud mental, <i>Fernando Márquez Gallego</i> . . . . .	99
Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental, <i>Carla Ramos Vida, M.<sup>a</sup> José Marqués Mateu, María Ballester Gil de Pareja, Nieves Rodríguez, Vicent Savall Díez, Candela Santiago Alfaro, Mikel Munárriz Ferrandis</i> . . . . .	137
Gestión de los servicios de salud mental. Perspectiva desde el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES), <i>José M.<sup>a</sup> Sánchez Monge</i> . . . . .	155
La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales?, <i>Manuel Gómez Beneyto</i> . . . . .	161
La organización y los profesionales. Las herramientas técnicas, <i>José Carmona Calvo, Eudoxia Gay Pamos, Francisco del Río Noriega, Amalia Tesoro Amate</i> . . . . .	173
La gestión de los recursos, <i>Francisco Chicharro Lezcano, José J. Uriarte Uriarte</i> . . . . .	235



Parte III. EXPERIENCIAS DE GESTIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL EN EL ESTADO ESPAÑOL . . . . .	271
Gestión clínica y sistemas de calidad en Euskadi, <i>Francisco Chicharro Lezcan, José J. Uriarte Uriarte</i> . . . . .	273
La gestión clínica en Andalucía, <i>José Carmona Calvo, Eudoxia Gay Pamos, Francisco del Río Noriega, Amalia Tesoro Amate</i> . . . . .	291
La gestión clínica de la salud mental en Cataluña, <i>Lluís Lalucat</i> . . . . .	313
Unidad de gestión clínica de salud mental. Área sanitaria de Ferrol (UGCSM.ASF), <i>Antonio Núñez Pérez, Fernando Márquez Gallego</i> . . . . .	321

## INTRODUCCIÓN

«En la historia de la psiquiatría podemos contar con cuatro revoluciones: la primera es la realizada por Pinel, la segunda por la introducción de terapéuticas biológicas y farmacológicas (aunque hay un destiempo entre una y otras), se pueden asimilar en una sola, la tercera por la introducción de la psicoterapia, la cuarta por la preocupación por la administración de los recursos». Estas palabras de José Bleger, conocido psiquiatra y psicoanalista argentino, fueron pronunciadas en una conferencia de Porto Alegre en 1970. Persona comprometida con los problemas de su tiempo, y de quien hay que destacar sus aportaciones en el conocimiento de los grupos, las organizaciones, los profesionales y sus interrelaciones. Pero las traemos en esta oportunidad para recordar que la preocupación por el tema de esta ponencia ha estado siempre presente en numerosos profesionales. Esas palabras, en unos momentos en los que se habían iniciado procesos de reforma de la atención y los servicios de salud mental en varias partes del mundo, resultan adelantadas al contexto que aproximadamente treinta años después tenemos, una vez que los servicios de salud mental son una parte más de los servicios sanitarios. El autor continuaba advirtiendo a los profesionales de la salud mental que: «Sin embargo, por poca propensión que tengamos a ocuparnos del problema de la administración, tenemos que tomar conciencia de que de todos modos tenemos organizada una administración... Quiero decir que, de todas maneras –bien o mal– estamos administrando nuestros recursos y que si no queremos ocuparnos de la administración de los mismos, sepamos que de todos modos tenemos aceptada una administración y que la cumplimos, la dirigimos o nos la imponemos o se nos impone, nos dirige y nos limita».

Por otra parte, en los últimos veinte años aproximadamente se han ensayado diversos modelos de gestión de los servicios sanitarios en los países del primer mundo. Una vez consolidado el derecho a la salud de los ciudadanos en los países en los que se ha desarrollado el estado de bienestar, los sistemas nacionales de salud han alcanzado un gran nivel de crecimiento. Se cubren los problemas de salud más numerosos y complejos, pero como contrapartida el coste en PIB de los presupuestos dedicados a la sanidad ha alcanzado unos niveles en los que es necesario, cuando menos, la racionalización.

Esta situación ha llevado a cuestionar y replantear aspectos tan estructurales en política sanitaria como los sistemas de financiación de las prestaciones sanitarias; los límites del sistema; la relación financiación-prestaciones sanitarias; la organización del sistema sanitario; la

introducción de criterios de calidad asistencial; la organización de los procesos asistenciales y la participación de los profesionales y usuarios en la gestión, entre otros.

En este contexto, los Servicios Sanitarios de atención a la Salud Mental han sufrido profundas reformas al incorporarse más o menos íntegramente a los Sistemas Generales de Salud. En poco tiempo han tenido que adaptarse estructuras asistenciales provenientes del siglo XIX a los nuevos modelos sanitarios. En esta situación los servicios, los profesionales y los gestores de Salud Mental tienen que afrontar numerosos retos: la gestión de una demanda creciente con nuevas necesidades en la esfera *psi*; la atención de personas con trastornos mentales graves en nuevos contextos sociales donde los derechos personales y las necesidades de integración social fuera de instituciones marginadoras adquieren la misma relevancia que el uso de nuevos recursos terapéuticos basados en evidencia científica.

Todos estos factores y circunstancias nos llevan a plantear la necesidad de una reflexión sobre cuáles son las condiciones y las maneras de realizar una nueva gestión de la clínica en Salud Mental.

Cuando propusimos a la Asamblea de socios de la AEN esta ponencia, hace tres años, estábamos recién llegados a la gestión clínica o llevábamos escaso tiempo de experiencia. Aún nos hallábamos bajo el influjo entusiasta de las oportunidades que esta modalidad de gestión nos ofrecía. El tiempo transcurrido ha servido para, además de enfriar ese entusiasmo, adquirir experiencia y reflexionar tranquilamente sobre todos los cambios que supone este nuevo contexto en el que funcionan y se desarrollan los sistemas sanitarios. El resultado de estas reflexiones y la experiencia acumulada es lo que vamos a exponer a lo largo de esta ponencia.

Una consideración previa. El contenido que los autores de la ponencia aportan en cada apartado pone de manifiesto que nos encontramos en un tiempo nuevo para los servicios sanitarios, y también para la Salud Mental. Quedan atrás otros momentos y otras problemáticas. Ya no se cuestiona la responsabilidad del Estado en garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos y se han extendido los servicios sanitarios de manera que pocos problemas de salud quedan al margen. Incluso los modelos sobre los que se organizan los servicios se han ido consolidando. Nadie pone en duda hoy el que la accesibilidad y la equidad tienen que estar garantizados y que la respuesta sanitaria ha de basarse en criterios de calidad y evidencia científica. Por eso, hablar hoy en día de la necesidad de garantizar una Salud Mental Comunitaria, por ejemplo, casi es una tautología. Realmente sus principios, que inspiraron los movimientos de reforma de la Salud Mental desde los años sesenta, forman parte ya de las prestaciones, valores y orientación de los servicios de salud en general. De manera que hablar de Salud Mental Comunitaria y hablar de Salud Mental Pública (Salud Pública) es lo mismo. Entre

otras razones porque sólo un sistema sanitario público es capaz de dar respuesta a las necesidades que los problemas de salud mental más complejos requieren.

No vamos a adelantar ningún contenido más. Sólo comentaremos que el guión sobre el que se ha desarrollado la ponencia ha sufrido variaciones, como era de prever. De todas formas, el esquema general inicial repartía los contenidos separando las características que correspondían a la salud en general o a la salud mental específicamente. Esta distribución se ha mantenido aunque no siempre de manera explícita.

La ponencia viene dividida en tres partes. En la primera hemos querido revisar cuál es la situación de los sistemas sanitarios y su gestión, tanto de una manera general como en lo que afecta a la salud mental en particular. En la segunda parte, dedicada a la gestión clínica, analizamos sus diversos protagonistas, usuarios, organizaciones y profesionales, que intervienen en la gestión clínica, pero también las herramientas de las que se sirven para llevarla a cabo. En el tercer apartado, exponemos algunas experiencias de gestión en distintos lugares del estado español.

Advertir, que el resultado aquí expuesto no es un manual para la Gestión Clínica en Salud Mental. Nunca fue nuestra intención este objetivo. Nuestra propuesta ha sido más bien la de la reflexión sobre esta cuestión siendo conscientes de que el futuro inmediato y, probablemente, a más largo plazo, está condicionado por enfrentar la tarea de la gestión de los servicios de manera ineludible. Y que aspectos sentidos tan próximos al quehacer profesional como la clínica o la investigación van a estar determinados por el modo en el que contribuimos a la administración de nuestros recursos. Lo único que esperamos es que esta ponencia sirva para continuar la reflexión y el debate, puesto que no damos por cerrado ninguno de los temas abordados.

Por último, quisiéramos agradecer a todos los participantes el esfuerzo realizado. Sabemos que han proporcionado todo lo que su experiencia y conocimientos en estos temas les aportan.

José CARMONA y Francisco DEL RÍO



## LOS AUTORES

### *Coordinadores*

José Carmona Calvo. Psiquiatra. Coordinador de la USMC de Jerez. UGC de Salud Mental del Hospital de Jerez (Cádiz).

Francisco del Río Noriega. Psiquiatra. Director de la UGC de Salud Mental del Hospital de Jerez (Cádiz).

### *Participantes*

Sergio Minué Lorenzo. Profesor y Director del Área de Gestión de la Práctica Asistencial de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

José Francisco García Gutiérrez. Profesor del Área de Gestión de la Práctica Asistencial de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster y Doctor en Salud Pública por el Trinity College de Dublín.

Manuel Desviat Muñoz. Psiquiatra, Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

Ana Moreno Pérez. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Manuel Gómez Beneyto. Catedrático de Psiquiatría.

Mikel Munárriz Ferrandis. Psiquiatra. Unidad Docente de Salud Mental de Castellón.

Candela Santiago Alfaro. Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Burela (Lugo).

Vicent Savall Díez. Psicólogo Clínico. Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Castellón (AFDEM).

Carla Ramos Vidal. MIR Psiquiatría. Unidad docente Salud Mental. Castellón.

M.<sup>a</sup> José Marqués Mateu. Psicóloga clínica. Unidad docente Salud Mental. Castellón.

María Ballester Gil de Pareja. PIR Psicóloga clínica. Unidad docente Salud Mental. Castellón.

Nieves Rodríguez. MIR Psiquiatría. Unidad docente Salud Mental. Castellón.

José M.<sup>a</sup> Sánchez Monge. Presidente de FEAFES.

Eudoxia Gay Pamos. Psiquiatra. Directora de la UGC de Salud Mental del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Amalia Tesoro Amate. Psiquiatra. Coordinadora de la UHSM del Área de Salud Mental del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Francisco Chicharro Lezcano. Director Médico Hospital de Zamudio.

José J. Uriarte Uriarte. Psiquiatra. Jefe de Servicio. Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación Hospital de Zamudio. Osakidetza. Bizkaia.

Lluís Lalucat. Psiquiatra. Coordinador del Centre D'Higiene Mental «Les Corts». Barcelona.

Antonio Núñez Pérez. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Ferrol. Sergas. Responsable del Área de Salud Mental.

Fernando Márquez Gallego. Responsable del Programa de Salud Mental. Servicio Gallego de Salud.



Parte I

# LA GESTIÓN SANITARIA





# LA GESTIÓN SANITARIA EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

*Sergio Minué Lorenzo, José Francisco García Gutiérrez*

Vivimos tiempos de cambios continuos. Es cierto que el cambio es consustancial con la vida, pero posiblemente nunca lo haya sido con tal grado de frecuencia e intensidad. En palabras de Zygmunt Bauman (1), profesor emérito de sociología de la Universidad de Leeds en el Reino Unido, «las formas sociales (las estructuras que limitan las elecciones individuales) se descomponen y derriten antes de tener el tiempo necesario para asumirlas; al no tener el tiempo suficiente para solidificarse no pueden servir como marcos de referencia para las acciones humanas y las estrategias a largo plazo». Por esa razón considera que nuestra época es una época de «tiempos líquidos», en que casi todo se derrite antes de que nos dé tiempo a ser conscientes de los cambios.

Las consecuencias que esto tiene en las sociedades modernas no son menores. En palabras de Bauman, entre las principales repercusiones pueden citarse algunas de las siguientes: a) la separación entre la política y el poder, desplazado este último hacia el llamado «espacio global»; b) La gradual reducción e incluso supresión de los seguros públicos que cubrían el fracaso y la mala fortuna individual; c) La «difuminación» de lo comunitario, sustituido por modelos en red más adecuados a la «liquidez»; d) La reducción de la planificación a corto plazo; e) La aparición de nuevos «valores» sociales: el olvido (de lo que ya ha quedado obsoleto), la flexibilidad (cambiar de tácticas o estilos en un momento).

¿Tiene eso algo que ver con la gestión sanitaria en estos momentos? Posiblemente sí. Al menos existe una tendencia en los sistemas sanitarios a intentar permanentemente adecuarse en sus estructuras y formas de funcionamiento a una sociedad cambiante y cada vez más exigente.

## 1. *Contexto, estrategia, organización*

El planteamiento clásico de la gestión empresarial establecía que la alta dirección de la empresa era la competente para diseñar la Estrategia, en función de la cual se diseñaba la Organización (2). Este enfoque era pertinente en épocas mucho más estables que la actual, en las que tenía sentido establecer planes estratégicos a medio y largo plazo. Aunque lógicamente se producían cambios, éstos permitían la adaptación relativamente cómoda de las organizaciones. Sin embargo, en los tiempos actua-

les y previsiblemente en los futuros, el cambio obliga a replantear casi continuamente la estrategia.

John Roberts es un prestigioso economista de Stanford que replanteó los principios de estrategias en entornos dinámicos recientemente. En su libro *La Empresa Moderna (The Modern Firm)* (3), Roberts considera que el desempeño de cualquier organización es consecuencia de la interacción de tres elementos: el contexto, la estrategia y la organización (figura 1). El contexto determina la estrategia más adecuada para darle respuesta, la estrategia (además de responder al contexto), debe «modelar» la organización, pero ésta también condiciona el tipo de estrategia que puede llevarse a cabo: no es posible implantar una estrategia en todas las organizaciones. Éstas actúan, en cierta forma, como «entes vivos», permitiendo determinados cambios e imposibilitando otros.

Roberts introduce también otro elemento de reflexión clave: cuando el entorno cambia muy deprisa, apenas son efectivas estrategias formuladas «desde arriba». Hoy, en las empresas más innovadoras, los detalles de la estrategia suelen ser resultado de muchas decisiones tomadas en distintos niveles de la organización, actuando la dirección estratégica como simple orientador de las grandes líneas generales. La inestabilidad del entorno actual («la vida líquida» de Bauman) obliga a adaptar continuamente la estrategia y la organización.

## 2. *El contexto sanitario en el siglo XXI*

El contexto actual de los sistemas sanitarios en general, y del español en particular se caracteriza por cambios profundos y continuos (Tabla 1) (4), que determinan demandas cada vez más heterogéneas de los ciudadanos. De entre todos ellos cabe destacar cuatro elementos clave:

- Un escenario de crisis y recesión económica a nivel mundial en los próximos años, cuyas repercusiones en los sistemas sanitarios son hoy por hoy imprevisibles. En los últimos meses tanto el *British Medical Journal* (5) como el *New England Journal of Medicine* (6) han dedicado editoriales y artículos a las repercusiones de la crisis en los sistemas sanitarios. Appleby identifica repercusiones a corto plazo (respecto a la financiación de entidades sanitarias privadas y en los fondos privados de uso público, o las consecuencias en las organizaciones sin ánimo de lucro), a medio plazo (estimando en 380 millones de libras la repercusión por cada punto de inflación en el NHS, además de las consecuencias de la posible presión de la renegociación de salarios y la reducción de la financiación de hacienda) y también repercusión a largo plazo (¿es posible mantener crecimiento cero en el sistema sanitario con aumento perma-

- nente de demandas?, ¿qué repercusiones tendrá la crisis sobre la salud?). No existe, por el contrario, ningún análisis científico en España respecto a la repercusión de la crisis en nuestro sistema.
- Un papel cada vez más predominante de las tecnologías en el sistema sanitario: no solo ligadas a los avances de la biología molecular y la genómica, además de los nuevos recursos tecnológicos diagnósticos y terapéuticos, sino a la influencia de Internet a la hora de modificar la relación entre pacientes y profesionales.
  - El predominio de pacientes con múltiples enfermedades (no solo ligado al envejecimiento) generalmente crónicas.
  - Una creciente inestabilidad profesional en una triple dimensión: existencia de movimientos migratorios profesionales significativos (coincidiendo exceso y escasez de profesionales en el mismo país), asimetría en las condiciones laborales según estados y comunidades autónomas, y desmotivación profesional ante un entorno tan complejo.
  - La generación de expectativas por parte de los propios sistemas sanitarios de que éste puede y debe actuar como un proveedor de servicios privados en los que «el objetivo último es satisfacer las necesidades del cliente».
  - Un nuevo papel del ciudadano, cada vez más activo, y con un nivel de exigencia cada vez mayor sobre lo que espera encontrar en su relación con el sistema sanitario.

La ecuación de estos seis factores tiene solución hartó difícil, especialmente con los modelos actuales de organización.

### 3. *La misión y los valores en los sistemas sanitarios*

La tendencia que reflejaba Bauman, respecto a la gradual y sistemática tendencia a la reducción de seguros públicos garantizados por el estado, ha quedado rectificadada en cierta forma tanto por la actual crisis económica, como por el triunfo de nuevos modelos de sociedad en determinadas élites sociales (sirva de ejemplo la victoria de Barak Obama en las elecciones presidenciales americanas y su empeño en modificar el sistema sanitario americano). De su triunfo o derrota podría derivarse una nueva reformulación del papel de los estados en la asistencia sanitaria.

En cualquier caso, la coexistencia de los elementos mencionados previamente, pone en cuestionamiento en cierta forma la triada que caracterizaba el buen gobierno de un sistema sanitario público (Figura 2).

Las mejoras introducidas por la aplicación de los modelos de gestión de calidad total (*Total Quality Management*) a los sistemas sanitarios occidentales, en lo referente a la ordenación de sus procedimientos, así como

en lo relativo a una permanente aspiración a la mejora de la atención prestada, puede tener el efecto adverso de ignorar los principios en los que se establecieron dichas iniciativas de calidad total, y que no son otras que las estrategias desarrolladas por empresas de servicios, generalmente privadas, en entornos muy competitivos, por conseguir una mayor cuota de mercado. En estos entornos, es cierta la premisa de que «el cliente siempre tiene razón», puesto que está dispuesto a pagar el precio que el proveedor de servicios estipule. Uno puede exigir que el producto se adecúe completamente a sus expectativas si acude a un concesionario de Mercedes (no olvidemos que uno de los sectores donde la TQM más se desarrolló fue el de la industria automovilística), si está dispuesto a pagar los 100.000 euros que puede costar un determinado automóvil. Pero la situación es bastante diferente en el caso de un usuario de un sistema sanitario público, en el que la respuesta a las expectativas de un paciente determinado está condicionada inevitablemente por los recursos que ese sistema destine a la asistencia sanitaria. En este caso, la satisfacción del supuesto «cliente» a toda costa, implicaría o bien detraer fondos de la atención a otros «clientes», o bien generar gastos para un sistema sanitario público que difícilmente un estado podría asumir. En este sentido, la penetración en los sistemas sanitarios de términos como *clientes*, *productos*, *cartera de servicios* o *de usuarios*, *contratos*, ha podido generar confusión con respecto a qué tipo de sistema sanitario existía, e inevitablemente convertir la salud en un bien de consumo más y no en un derecho. Las noticias sobre salud existentes en los medios de comunicación alientan considerablemente esta visión (7) (expectativas ilimitadas de vida, presentación de avances increíbles, consideración de que cualquier problema puede tener una solución médica, etc.).

Por ello, tal vez sería conveniente, máxime en un escenario de crisis como el planteado, definir y hacer explícitos tanto la misión como los valores de un sistema sanitario público en el contexto del siglo XXI.

#### 4. *Las organizaciones sanitarias*

La organización no es sólo su fórmula jurídica o su organigrama (lo que Roberts llama «la arquitectura»), sino también sus *rutinas de trabajo*, *las personas* que trabajan en ella, y su *cultura*. Hablar de organización es hablar de la compleja interacción entre estos cuatro elementos. Ningún proceso de construcción o cambio es completo si no se interviene globalmente.

A menudo hacemos sinónimo de «organización» a los elementos normativos o materiales que la constituyen: así pensamos en la organización «hospital tradicional» en oposición al modelo de «hospital de alta resolución», del hospital público tradicional frente a la fundación, la concesión

administrativa o la aseguradora privada. Todos ellos identifican la «arquitectura» organizativa correspondiente. Ésta incluye el sistema de agrupación de tareas, la autoridad jerárquica, la asignación de los derechos de decisión y responsabilidad, las fronteras de la empresa o los sistemas de financiación, propiedad y gobierno. Pero la organización también son sus rutinas o procedimientos de trabajo (que determinan cómo se trabaja, cómo se asignan los recursos, cómo se mide el rendimiento o cómo se toman las decisiones), las personas que trabajan en ella (sus habilidades, motivaciones, temores, actitudes e intereses) y la cultura (el conjunto de valores compartidos, creencias, modelos mentales, y lenguaje).

En relación con los procesos de cambio organizativo, es necesario diferenciar la velocidad de cambio y la capacidad de control que se tiene sobre unos u otros elementos (figura 3). Puede ser relativamente sencillo (si la decisión política así lo decide asumiendo el posible coste social) modificar la fórmula jurídica de una institución, su organigrama o sus responsables. No es tan fácil ni tan rápido modificar sus rutinas (en los que el grado de implicación de los profesionales que lo apliquen tiene mucho que ver); y es mucho más imprevisible e inevitablemente más lento modificar las motivaciones de las personas o la cultura de una organización. Pero si ésta no se modifica (para lo cual se necesita tiempo) ciertos cambios no son posibles (Viñeta 1).

## 5. Modelos organizativos en los sistemas sanitarios

### 5.1. El «Continuo organizativo»

Richard Saltman, en su obra clásica de principios de los noventa (8), definió el «continuo organizativo público-privado de los sistemas sanitarios, en cuyos extremos se encontrarían los dos modelos antagónicos de organización de los sistemas sanitarios: en un lado los modelos totalmente planificados (cuyo casi exclusivo ejemplo lo representaría el modelo sanitario de Cuba), y en el otro los mercados puros, prácticamente inexistentes, pero al cual se aproxima el modelo sanitario de los Estados Unidos de América. Entre medias existiría un abanico de alternativas que comenzando por el extremo de la Planificación completa y terminado en el mercado incluiría la siguiente «gradación»: modelos con planificación adaptativa, mercados planificados, mercados regulados. Taxonomías al margen, si que es cierto que mientras los sistemas sanitarios muy planificados han ido introduciendo, con mayor o menor timidez, instrumentos de mercado, los mercados más liberales se han ido también aproximando al centro, planificando parte de sus intervenciones. Hasta qué punto la esperable reforma americana de Barak Obama podrá modificar sustantivamente el *statu quo* americano es una de las más interesantes incógnitas a

observar en los próximos años. Parece cierto, en cualquier caso, la creciente existencia de modelos híbridos en el futuro.

Dentro de los sistemas con cierto grado de regulación por parte del estado, tradicionalmente se han diferenciados dos grandes modelos de protección de las contingencias en materia de salud y enfermedad: los modelos basados en sistemas de seguridad social, financiados fundamentalmente a través de cotizaciones de los asalariados (llamados «bismarkianos» en honor a su creador, a finales del siglo XIX) y los establecidos mediante la creación de Sistemas Nacionales de salud, financiados mediante impuestos fundamentalmente (llamados también *beveridgianos* en honor a Beveridge, político conservador inglés que fundó en la primera mitad del siglo XX el National Health Service o NHS). Ejemplo del primer grupo serían los sistemas sanitarios de los países centroeuropeos (Alemania, Francia, Bélgica) y de los segundos el Sistema británico citado y nuestro propio Sistema Nacional de Salud. Quedarían al margen de esta clasificación las reformas que se están produciendo en el este de Europa, procedentes del antiguo modelo soviético, el llamado modelo Semashko; se recomienda para una visión de éstas la reciente revisión de Durán (9), enmarcadas en procesos heterogéneos de liberalización de ciertos servicios, y lógicamente el modelo americano.

Modelos bismarkianos y beveridgianos consiguen resultados similares por vías distintas. En general alcanzan resultados de salud aceptables, con niveles de eficiencia similares, y obteniendo el suficiente grado de satisfacción de los ciudadanos como para mantenerlos; sí que es cierto que los modelos de seguridad social alcanzan una mayor satisfacción de sus usuarios (en cuyo resultado la mayor capacidad de elección no puede ser olvidada), pero generalmente a un mayor coste (calculado a través de porcentaje de Producto Interior Bruto dedicado a salud) (10).

## 5.2. Jerarquías, mercados y redes

Utilizando su modelo inicial entre planificación y mercado, Saltman enmarca las reformas realizadas en esta primera década del siglo XXI, en tres grandes grupos (11): los modelos basados en jerarquías (un cierto *aggionarnamiento* del término *Planificación*), los modelos basados en mercados, y los establecidos en red (figura 4). Estos últimos suponen la gran novedad en cuanto a lo existente previamente, derivado de los profundos cambios sociales ya comentados que se producen en la transición entre los siglos XX y XXI. En cualquier caso, es difícil encontrar modelos puros de ellos, siendo lo habitual la existencia de modelos intermedios o, lo que es aún más frecuente, modalidades diferentes de cada uno de dichos arquetipos (jerarquías, mercados y redes) dentro del mismo sistema sanitario.

Otra constante creciente es la del fomento y proliferación de *redes* dentro de organizaciones clásicas, de carácter más o menos formal. Pudiera entenderse como un posicionamiento a considerar éste como el modelo emergente. No es así necesariamente. Las redes son modelos muy utilizados socialmente, pero como cualquier modelo, tienen fortalezas pero también debilidades.

Sea el tipo de organización que sea, el fin último de éstas es transformar una serie de insumos o recursos («inputs») en los productos previstos («outputs»), sean éstos demandados por los clientes que están dispuestos a pagarlos de una manera directa o indirecta (a través de sus impuestos, por ejemplo). Para alcanzar esa transformación se precisa de la adecuada conjunción de dos elementos clave: la coordinación entre las tareas que se han asignado de forma separada, y el adecuado control del proceso (12).

La primera de ellas hace referencia a la necesidad de dividir e integrar posteriormente las tareas, así como a lo relativo al establecimiento de sistemas para la toma de decisiones. De hecho esto último, la adecuada explicitación de los derechos de decisión es uno de los elementos considerados clave para que cualquier estrategia sea efectiva y pueda llevarse a la práctica (13).

El segundo elemento de gobierno, clave en las organizaciones, supone establecer un adecuado sistema de control, que abarca desde el establecimiento del propio poder jerárquico hasta los procedimientos de motivación e incentivación adecuados para conseguir que los profesionales que vayan a llevarla a cabo quieran hacerlo, sin olvidar las normas sociales que indudablemente influyen en todo ello.

Cada «arquetipo» organizativo tiene diferentes mecanismos de coordinación y control (14):

- *Las jerarquías* utilizan para la coordinación la promulgación de leyes, normas y procedimientos, utilizando su autoridad como principal elemento de control sea para el premio (ascenso) como para el castigo (despido).
- *Los mercados* en cambio, coordinan sus relaciones mediante contratos y precios a los que se obligan los actores implicados (financiadores y provisosores, aseguradoras y profesionales...), estableciendo el control a partir del ejercicio de propiedad que les otorga el propio contrato.
- Por último, *las redes* emplean mecanismos de coordinación y control mucho más «blandos»: se coordinan mediante negociaciones, acuerdos y decisiones colectivas, y utilizan como mecanismos de control la confianza entre los actores y la reputación de los mismos. Ello constituye su mayor fortaleza, pero también su mayor debilidad.



### 5.3. La importancia de la coordinación

Si la coordinación representa un elemento principal en cualquier tipo de organización, es especialmente clave en los sistemas sanitarios dada la segmentación de funciones que tradicionalmente se ha producido en éstos. En la mayor parte de los sistemas nacionales de salud, en gran parte de los sistemas de seguridad social e incluso en algunos proveedores de asistencia sanitaria en modelos de mercado, se articula la atención en dos niveles diferenciados: la atención primaria y la atención especializada, siendo el primero «puerta de entrada» en el segundo.

El aumento de los costes, el protagonismo creciente de las enfermedades crónicas en países desarrollados y también en vías de desarrollo, la consiguiente existencia de discapacidades, la aparición de nuevas enfermedades agudas así como el aumento de la interdependencia entre profesionales, obligan a intensificar las medidas destinadas a mejorar la coordinación destinada a garantizar la continuidad asistencial en los sistemas sanitarios (Haggerty) (15) diferencia entre *continuidad*, percepción desde el punto de vista del paciente, que solo puede alcanzarse por una adecuada *coordinación* de las intervenciones de cada uno de los agentes del sistema sanitario).

*Los modelos de organización jerárquica* tienen su principal debilidad en lo referente a la coordinación en el tamaño y número de sus interacciones: cuanto mayor sea el número de interacciones menor será la efectividad de este tipo de organizaciones. Si a esto le unimos la necesidad de disponer de información que debe ser aportada por los mandos intermedios, la dificultad que éstos encuentran de conseguirla (en buena medida debido a su limitado poder), y como consecuencia de todo ello la dificultad de obtener resultados, es esperable que los modelos jerárquicos se encuentren en una difícil situación para dar adecuada respuesta a los retos que actualmente tienen planteados las organizaciones sanitarias.

Por su parte, *los modelos basados en el mercado* comparten con el anterior la dificultad de poder medir de forma fiable resultados (algo consustancial a cualquier organización sanitaria). Y por añadidura, la reciente crisis financiera ha puesto de manifiesto una vez más que «la mano invisible de los mercados» no es el mejor proveedor de recursos: la competencia no es perfecta, existen importantes fallos de las reglas de mercado, en especial la asimetría de la información y las externalidades, y los costes de transacción que generan el controlar tantas interacciones aumentan significativamente.

Por último, las *redes* tienen también sus propias debilidades: pueden diluirse las responsabilidades, existe riesgo de suboptimización (solo se considera lo importante), y es evidente el riesgo del exceso de poder de los que tienen gran reputación (sesgo hacia los grupos de presión). Si el panorama es así, ¿qué alternativas existen? Obviamente es aceptar que

no existe el modelo perfecto y que lo importante tal vez sea ser muy conscientes de las debilidades que tiene el modelo que utilizemos para minimizar sus consecuencias.

## 6. *Tendencias de adecuación de las organizaciones sanitarias a los retos del entorno*

Excede del contenido de esta ponencia exponer en profundidad el catálogo de reformas que actualmente existen en los países desarrollados. Pero tal vez podría ser de utilidad exponer, con el fin de fomentar la discusión respecto a las iniciativas de cambio que el Sistema Nacional de Salud precisa, ciertas líneas generales que parecen predominar en los procesos de cambio actuales.

Entre estas líneas genéricas podrían destacarse las siguientes:

- Tendencia al fortalecimiento de la atención primaria en los sistemas sanitarios. Ya sea en países en vías de desarrollo (16), o en países desarrollados (Saltman y otros) se considera imprescindible para un eficiente funcionamiento de los servicios sanitarios potenciar el papel de la atención primaria (situándola en el asiento del conductor del sistema), pero adecuándola en gran medida a los grandes desafíos que tienen planteados los sistemas sanitarios (potenciando su papel de coordinación, enfatizando el manejo y cuidado de crónicos, atendiendo a pacientes complejos con problemas múltiples, etc.).
- Rediseño de los centros hospitalarios en donde se avecinan cambios sustanciales (17). La concentración en el mismo lugar de recursos, sean tecnológicos y humanos ya no es tan necesaria como antaño, las nuevas técnicas médicas y quirúrgicas permiten recuperar antes al paciente, con lo que el ingreso deja de ser imprescindible, perdiendo el recurso cama buena parte de su necesidad. Las alternativas (18) posiblemente pasen por hospitales de mucho menor tamaño, centrado en la atención intensiva a agudos y la urgencia, apoyado en sistemas y tecnologías de información potentes y externalizando gran parte de los servicios y prestaciones tradicionalmente ubicados en los centros hospitalarios (laboratorios, diagnóstico por imagen, farmacia, hostelería, alojamiento para acompañantes, etc.).
- Progresiva tendencia a delegar la atención de los problemas de salud a niveles menos especializados de ámbito ambulatorio: lo que antes se hacía en los hospitales pasa a realizarse en medio ambulatorio, o en atención primaria; lo que antes realizaban los médicos comienza a realizarlo la enfermería, y lo que realizaba esta última

pasa a ser responsabilidad de otros perfiles profesionales, a menudo nuevos (*physician assistant* o asistentes clínicos).

- «Empoderamiento» de los profesionales sanitarios de la gestión de las instituciones, una vez convencidos los responsables sanitarios de que son los decisores principales del gasto (más del 70% del gasto de los centros sanitarios depende de decisiones tomadas por los profesionales, fundamentalmente médicos, en la práctica diaria). Aunque ello sea a menudo una declaración retórica más que un ejercicio real, posiblemente sea inevitable esta tendencia.
- Participación creciente y heterogénea de los pacientes en las decisiones clínicas sobre su salud individual (unos en mayor medida que otros, en unos momentos en mayor grado que en otros), y en las decisiones relativas a la gestión de las instituciones (incorporación de pacientes, usuarios o ciudadanos a los órganos de gobierno de las instituciones).
- Utilización de las nuevas tecnologías, en especial Internet, como instrumento de trabajo en la gestión de las instituciones y el ejercicio de la práctica clínica.
- Por todo lo anterior, fomento de organizaciones y trabajo en red, posiblemente «a la sombra» de organizaciones clásicas (ya sean basadas en el mercado o en jerarquías).

A continuación se desarrollan brevemente algunos de estos aspectos.

## 7. *Las organizaciones inestables*

Las características del contexto y la necesidad de adaptación de las organizaciones sanitarias están propiciando el ocaso de las organizaciones estancas (llamadas «silos») con escasos puntos de contacto con el resto del sistema. Los tiempos de hospitales cerrados, a la manera de «castillos» en el «feudo» de los sistemas sanitarios están llamados a desaparecer. En otro trabajo (19) definimos las nuevas organizaciones sanitarias como «organizaciones inestables». Los límites de las mismas han dejado de ser nítidos, difuminándose progresivamente (no es claro en muchos casos identificar qué puede considerarse atención primaria o atención especializada), y además los límites cambian con cierta frecuencia, lo que origina su inestabilidad (lo que hoy se realiza en el medio especializado no es seguro que se realizará allí en un futuro cercano). Estos sistemas dinámicos de cuidados (Kvamme) aspiran a adquirir una responsabilidad sobre la población, siendo muy sensibles a las necesidades de los pacientes, se orientan a resultados finales, y utilizan instrumentos de mejora continua de calidad.

En la figura 5 se esquematiza un abanico de innovaciones organizativas existentes en los países occidentales.

Las reformas planteadas se caracterizan por alguna de las siguientes tendencias generales:

- Difuminación progresiva entre niveles asistenciales, diluyendo los términos clásicos de atención primaria y atención especializada (áreas integradas, gerencias únicas, modelos de atención a crónicos). Se tiende a gestionar recursos económicos, tecnológicos y humanos de manera centralizada, bien sea desde atención primaria (como el modelo de las Fundaciones de Atención Primaria o *Primary Care Trust*, o los pilotajes de compra o *Total Purchasing Pilot*) o, lo que suele ser más habitual, centrado en el ámbito hospitalario. Las posibles economías de escala que pudieran producirse de esta forma, y el teórico acercamiento y mejora de la coordinación que pudiera originarse, pueden contrarrestarse con un fortalecimiento de la atención más especializada y tecnificada en sistemas sanitarios tradicionalmente «hospitalocéntricos». Existe aún evidencia escasa respecto a la efectividad de estos modelos.
- Redefinición de perfiles y contenidos profesionales. Tareas y funciones realizadas hasta la fecha por un tipo de profesionales sanitarios pasa a ser realizado por otro, generalmente menos especializado. De esta forma, funciones que hasta la fecha realizaba un especialista pasan a realizarse por un médico de familia (diagnóstico ecográfico, colonoscopias, cirugía menor, etc.), lo que realizaba el médico de familia pasa a ser realizado por enfermería (atención, seguimiento y control de pacientes con enfermedades crónicas, atención domiciliaria, atención a motivos de consulta por problemas menores, asistencia domiciliaria), o bien dispositivos establecidos en la comunidad, como las oficinas de farmacia, comienzan a realizar tareas que se realizaban por parte de la atención primaria (asesoramiento en materia de medicamentos, detección de efectos adversos de los mismos, control de cumplimiento terapéutico). Otro ejemplo de esto son las *walk in clinics* existentes en el Reino Unido, oficinas de atención para problemas menores que se establecen en lugares de tránsito frecuente (centros comerciales, vías públicas en el centro de las ciudades, etc.). La accesibilidad que supuestamente proporcionan se ve limitada por las dificultades de coordinación con el sistema clásico de asistencia (primaria y especializada). Existen evidencias de alta calidad (revisiones sistemáticas) respecto a la efectividad de algunas de estas innovaciones (la sustitución de médicos de familia por enfermeras para problemas menores) (20).

- Finalmente, aparecen también nuevas estructuras organizativas a mitad de camino entre la atención primaria y hospitalaria clásica, en ocasiones con profesionales de ambos niveles. Ejemplo de ello son las llamadas unidades compartidas (*Shared care*) establecidas también en el Reino Unido, en las que una unidad centralizada de información coordina la atención realizada en los dos niveles asistenciales, a través de un continuo seguimiento de los pacientes mediante sistemas de información. Los resultados obtenidos en el manejo de algunas patologías (asma y diabetes) son alentadores (21).

## 8. *La gestión clínica*

El reconocimiento del papel esencial que tienen los profesionales sanitarios (fundamentalmente los médicos) en la gestión sanitaria, debido a la autonomía que poseen a la hora de tomar decisiones con repercusiones económicas significativas (prescripción de medicamentos, uso de tecnologías diagnósticas y presión para su adquisición), puso sobre la mesa desde mitad de los años ochenta del pasado siglo la necesidad de los servicios sanitarios de aumentar la responsabilidad de los mismos en la gestión, a través de un mayor empoderamiento (*empowerment*).

De los tres niveles de la gestión establecidos por Ortún en esa época (la macro gestión o ámbito de la política sanitaria, la mesogestión o gestión sobre los centros sanitarios, y la microgestión, o ámbito de la gestión de la actividad clínica), el foco fue desplazándose de los dos primeros hacia el tercero, al reconocerse que ninguna política podía llevarse a cabo si no existía la voluntad de los clínicos de desarrollarla.

En ese sentido, resulta indiscutible que los médicos llevaban haciendo gestión clínica desde el principio de la profesión (a la manera del personaje de Molière que hablaba en prosa sin saberlo), puesto que siempre tomaron decisiones que tenían una cierta repercusión económica, bien para los pacientes o para el sistema. Sin embargo, lo que cambió fue su reconocimiento como elemento clave en los servicios a la hora de gestionarlos adecuadamente.

Según Ortún (22), la gestión clínica, en cuanto a gestión, implica coordinar y motivar a las personas para alcanzar determinados objetivos; en cuanto a clínica afecta a decisiones diagnósticas y terapéuticas. Este autor (tal vez quien ha estudiado con mayor profundidad las bases teóricas de la gestión clínica en España) considera que la gestión clínica pretende favorecer la evolución de la práctica médica en tres direcciones: hacia un mayor uso de la medicina basada en la evidencia (desarrollada a partir de los trabajos de Sackett y Haynes a principio de los noventa), una

mayor orientación hacia las utilidades del paciente, y una cierta interiorización del coste de oportunidad de las decisiones (el sacrificio de la alternativa que se deja sin hacer).

La gestión clínica entendida por tanto como innovación que pretendía incorporar a los profesionales sanitarios en la gestión de los servicios, debe potenciar dos principios fundamentales: una cierta delegación de la toma de ciertas decisiones en los clínicos, con la necesidad correspondiente de rendir cuentas respecto a sus decisiones (*accountability*). Como bien refiere Ortún, después de cerca de veinte años desde los primeros ejemplos de gestión clínica en España se ha avanzado mucho en los aspectos más «clínicos» del modelo (una mayor utilización del conocimiento científico en la toma de las decisiones clínicas) pero bastante poco en el desarrollo de modelos organizativos para la gestión.

### 8.1. La gestión clínica en los sistemas sanitarios europeos

Las reformas sanitarias en Europa y América compartieron el enfoque sobre la gestión clínica citado aunque recibieran nombres diferentes según los países. Muir Gray, autor del texto clásico de Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (23), identifica con gran claridad las tendencias evolutivas existentes en la gestión sanitaria en países occidentales; así a la preocupación por los costes en los años setenta derivados de la crisis del petróleo (hacer las cosas a un coste menor), le sucedió en los ochenta la época de la calidad (hacer correctamente las cosas), de la mano de la introducción de los principios de la gestión de la calidad total en los sectores industriales americanos. El éxito del concepto de la Medicina Basada en la Evidencia en los años noventa puso el énfasis en no hacer cualquier cosa, sino solamente las cosas correctas. El desafío de este siglo consistiría, en palabras de Muir Gray, en «hacer correctamente las cosas correctas».

Pero al margen de frases más o menos ingeniosas, los modelos de gestión clínica han oscilado en estas dos últimas décadas entre esas tendencias citadas, en gran medida condicionados por la propia historia de cada sistema sanitario: en algunos casos el énfasis se puso en la «eficiencia» cuando no en el racionamiento de costes, mientras que en otros se colocó en la necesidad de mejorar la calidad. Aunque prácticamente todos los modelos de gestión clínica comparten objetivos ligados a la mayor eficiencia y a la mejor calidad, no adquieren un similar grado de importancia en todos los sistemas.

### 8.2. Las referencias americanas

Por la propia naturaleza del sistema sanitario americano, cercano al extremo del «mercado» como se expuso anteriormente, la importancia

otorgada en ese contexto al control de los gastos sanitarios ha estado siempre muy presente. Aunque el desarrollo de los fundamentos de la llamada Medicina Gestionada (*Managed Care*) se inició a mitad del pasado siglo en Estados Unidos, alcanzaron su mayor desarrollo a partir de los años ochenta.

Iggenhart (24) definió la medicina gestionada como el sistema que integra la financiación y la provisión de servicios, lo que implica la utilización de determinados instrumentos:

- Contratos, con un conjunto de hospitales y médicos seleccionados que ofrecen asistencia sanitaria a los afiliados por una prima fija.
- Controles de calidad y utilización aceptados por los proveedores.
- Incentivos financieros a los pacientes para que utilicen determinados proveedores.
- Traslado de riesgo financiero a los médicos.

En definitiva, simplificando mucho el proceso, se establece una «cascada de relaciones contractuales gobernadas por los mismos principios: el financiador (en ocasiones el estado, en otras ciertas entidades privadas) establecen un acuerdo a través del correspondiente contrato con un proveedor de servicios (a menudo una aseguradora), que a su vez establece contratos correspondientes con los profesionales que realizarán la provisión de los servicios. Los contratos establecen determinadas cláusulas y objetivos de obligado cumplimiento en relación con el ajuste a un presupuesto inicial, así como a la consecución de determinados estándares (calidad, satisfacción, utilización de protocolos, volumen de pacientes atendidos, etc.). Los asegurados únicamente reciben los servicios establecidos en sus pólizas. Del grado de cumplimiento del contrato deviene su prorrogación en años sucesivos o no a los proveedores. Del nivel de utilización de los servicios dependerá también la posibilidad de mantener el aseguramiento con esa entidad por parte del usuario.

Las experiencias de Medicina Gestionada son múltiples en el mundo, aunque haya sido el sistema americano el generador e impulsor del modelo. Su implantación no se ha limitado al ámbito privado sino también en el entorno público. De hecho una de las experiencias más importantes de *Managed Care* se produjo en el sistema nacional de salud británico (NHS) durante los gobiernos conservadores de principios de los años noventa, que llegaron a afectar a casi la mitad de los usuarios del sistema. La experiencia británica de los Médicos Generales Gestores de Presupuesto (*General Practitioner Fundholding*) introdujo la capacidad de compra de servicios especializados por parte de los médicos de cabecera, en un intento de aumentar la competencia entre proveedores para mejorar la eficiencia global del sistema (Figura 6).

No hay evidencias sólidas sobre el efecto que han tenido las experiencias de Medicina Gestionada sobre su efecto en resultados en salud; los estudios en relación con el control de costes también presentan resultados contradictorios, y tampoco hay evidencias de aumento en materia de satisfacción de pacientes. Uno de los mayores riesgos potenciales que conlleva es el riesgo de selección adversa de pacientes, es decir la posibilidad de atender únicamente a aquellos pacientes que no sean especialmente gravosos, excluyendo a los aquejados de enfermedades graves, prolongadas y de alto coste para el servicio.

Pese a las escasas evidencias respecto a su efectividad los instrumentos de la medicina gestionada han sido profusamente diseminados en prácticamente cualquier sistema sanitario. En la tabla 2 se identifican los instrumentos más comúnmente utilizados por la medicina gestionada.

### 8.3. La Gestión de Enfermedades (*Disease Management*)

La capacidad que tuvieron algunas experiencias de Medicina Gestionada en Estados Unidos en materia de control de costes, especialmente en lo relativo a costes de prescripción de medicamentos, motivó el desarrollo de otra experiencia de innovación organizativa de gran difusión también, como es el modelo de gestión de enfermedades.

En sus orígenes fue impulsada por determinados grupos farmacéuticos sobre la hipótesis de que «la venta de medicamentos caros podría incrementarse si conseguían demostrar a las aseguradoras sanitarias que los costes globales de la atención sanitaria disminuían» (Boston Consulting Group, 1993). O dicho con otras palabras, tal vez el posible ahorro que pudieran haber obtenido ciertos proveedores de servicios podría verse contrarrestado con los costes hospitalarios derivados de haber tenido que ingresar en centros hospitalarios por no recibir el tratamiento ambulatorio adecuado. En cualquier caso, los primeros modelos de DM estuvieron estrechamente vinculados a determinadas empresas farmacéuticas, interesadas en la promoción de sus líneas clave de producto.

Los modelos de gestión de enfermedades, según el Boston Consulting Group, una de las referencias fundamentales en la materia, pretendían generar un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante: a) La coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud; b) Durante todo el ciclo de vida de la enfermedad; c) Basado en la evidencia científica; d) Orientándolo a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales); e) Buscar el menor coste posible (25).

Los modelos de gestión de enfermedades ponen sobre el papel por vez primera en los sistemas occidentales la importancia de las enfermedades crónicas (responsables aparentemente de entre el 50 y el 75% de



los gastos sanitarios globales según los autores), alertando de las debilidades de sistemas sanitarios organizados en torno a la atención de enfermedades agudas. Asimismo, aspiran a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, así como a actuar frente al incumplimiento por parte de los médicos de las recomendaciones científicas proporcionadas por la evidencia.

La selección de las enfermedades a gestionar se realiza utilizando diferentes criterios. Entre éstos suelen estar presentes los siguientes: a) Enfermedad con alta prevalencia; b) Coste elevado que supone su atención; c) Alta probabilidad de efectos adversos; d) Curso crónico; e) Elevada variabilidad en su manejo; f) Posibilidad de intervenciones eficaces basadas en la evidencia.

Es por ello que las enfermedades que más frecuentemente han sido manejadas mediante este sistema de atención son por ejemplo, el asma, la diabetes mellitas, la insuficiencia cardiaca y coronaria, el SIDA, el cáncer, las enfermedades de salud mental, la insuficiencia Renal Crónica o la hipertensión.

Diferentes modelos de atención desarrollados en España en la última década, como la identificación de los Problemas de Atención Interniveles en SAGESSA (Servei Català de la Salut), o los Procesos Asistenciales Integrados desarrollados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía comparten algunos de estos planteamientos.

Los resultados obtenidos por los modelos de Gestión de Enfermedades son controvertidos. Según las empresas proveedoras de servicios de *Disease Management* en Estados Unidos se ha producido una disminución de ingresos, estancia media, visitas a urgencias y costes generales, habiendo aparentemente mejorado la capacidad funcional, ciertos parámetros clínicos, los conocimientos y habilidades de los pacientes, así como la satisfacción de estos últimos. Sin embargo, la información disponible tiene importantes limitaciones metodológicas (los estudios generalmente no están randomizados y a menudo son publicados en revistas sin *peer review*). En los escasos estudios «serios» se encuentran resultados en general positivos (reducción de costes, mejora de resultados clínicos). Pero no existe, en definitiva, evidencia suficiente sobre la experiencia en un sentido u otro.

En cualquier caso, parecen ser requisitos imprescindibles para su aplicación los siguientes: a) «Una base de conocimiento (existencia de resultados clínicos obtenidos a consecuencia de la implantación del modelo). b) «Un sistema de provisión de cuidados (apoyo a los pacientes y lugares alternativos de atención, énfasis en la adherencia a los estándares de cuidados, diseño óptimo del sistema de provisión de cuidados). c) «Un proceso de mejora continuo, mediante el establecimiento de circuitos de retroalimentación y *feed back* sobre la atención realizada que permitan establecer procedimientos de mejora continua.

#### 8.4. El modelo Kaiser Permanente

Una de las innovaciones organizativas que más expectativas han generado en los últimos años ha sido el modelo desarrollado por la aseguradora privada americana Kaiser Permanente. Kaiser es una organización que atribuye el éxito de su modelo a la aplicación de ciertos elementos clave:

- Integración de la financiación y la provisión.
- Enfoque de salud poblacional.
- Liderazgo clínico.
- Práctica profesional en equipos que colaboran de forma integrada, pertenezcan a un nivel asistencial o a otro.
- Contrato con condiciones de exclusividad de los profesionales.
- Énfasis en la prevención.
- Gestión coordinada de enfermedades crónicas.
- Atención sanitaria basada en la evidencia.
- Acceso de atención primaria a pruebas diagnósticas (26).

Las dos características diferenciales, en relación con otras organizaciones, son el sentido de pertenencia y la integración de cuidados. En Kaiser la atención primaria y la atención especializada están integradas y comparten presupuesto.

La atención a pacientes crónicos se basa en la aplicación del modelo de cuidados crónicos de Wagner y otros, y en la segmentación de pacientes: los pacientes menos graves reciben asesoramiento para promover su autocuidado, los que presentan patologías de cierta complejidad se orientan hacia cuidados basados en modelos de gestión de enfermedades y aplicación de guías de práctica clínica y los pacientes más complejos se incluyen en programas de gestión de casos donde un gestor del caso, generalmente una enfermera, se responsabiliza de hacer el plan de atención personal para el paciente y de coordinar a los profesionales implicados en la atención (27).

Con estos principios, a pesar de una mayor utilización de especialistas, Kaiser consigue aparentemente una atención más eficiente que otras organizaciones sanitarias (28). Fue muy cuestionada en el momento de su publicación la oportunidad de realizar comparaciones entre servicios sanitarios como son el Servicio Nacional de Salud británico (NHS) y una aseguradora americana como Kaiser. En principio se pretendía comparar costes y rendimiento mediante la comparación de costes ajustados y rendimiento en los dos sistemas respecto a insumos (inputs), utilización, acceso a servicios, capacidad de respuesta y algunos indicadores de calidad. Aparentemente Kaiser proveía servicios tan amplios como el NHS, atendía a población similar al NHS, no existían grandes diferencias de salud entre los californianos (usuarios de Kaiser) y los británicos. La

razón fundamental de las diferencias de Kaiser respecto al NHS estribaban en la diferencia en la duración en la estancia media (5 días en el NHS frente a 3.9 en Kaiser; esto determina que los días de utilización de camas de agudos/1000/año fuera de 1000 en el NHS frente a 270 en Kaiser. De esta manera se calculaba que, si NHS se comportase como Kaiser, el ahorro estimado sería del 17% presupuesto del NHS.

Las conclusiones de Ham hacían hincapié en las posibilidades de aplicar los principios básicos en una organización con el NHS de cara a su mejora. Será interesante observar y conocer la evolución de la aplicación de este tipo de modelos en organizaciones enormemente más complejas de aquellas en las que están implantados.

## 8.5. La experiencia británica en materia de calidad.

### El modelo de *Clinical Governance*

En cierta forma como mecanismo de compensación a que había dado lugar el modelo de competencia interna (establecido en el NHS por parte de los gobiernos conservadores), el primer gobierno de Blair estableció la calidad como paradigma dominante en el sistema a partir de 1996. Prueba de ello fue el documento original llamado *First Class Service*, de nuevo intentando replicar los eslóganes de las empresas de servicios (en este caso las líneas aéreas) a los servicios sanitarios. Este modelo aplicó el planteamiento de los círculos de mejora continua de la calidad, el conocido modelo PDCA de Deming (Plan- Do- Control-Act, o planificar la acción, realizarla, controlar su aplicación y ajustar para volver de nuevo a planificar) al conjunto del Servicio Nacional de Salud (figura 7).

Mientras determinadas instituciones de ámbito nacional se responsabilizan de establecer los estándares de la buena práctica profesional (el Instituto Nacional de Excelencia Clínica, NICE o el Nacional Service Framework), y otras de similar ámbito evalúan el grado de cumplimiento (la Comisión para la mejora de la salud, o la encuesta nacional de pacientes y usuarios), la realización de las políticas (el *Do* o el hacer del círculo de calidad), precisa del establecimiento de iniciativas a nivel de las instituciones, pero complementada necesariamente con la intervención de los colegios profesionales (no hay que olvidar que los médicos generales británicos son profesionales independientes, no asalariados del NHS), y de una adecuada política de formación continuada.

En los centros sean de primaria o de hospital, la aplicación real de la mejora de la calidad se realiza a través de la llamada gobernanza clínica (*clinical governance*), la forma británica de desarrollar el apoderamiento profesional en el ámbito de la gestión clínica. La gobernanza clínica se define como «el marco a través del cual el NHS y sus organizaciones se responsabilizarán de la mejora continua de la calidad de los servicios, asegurando la consecución de elevados estándares de cuidados». Incluye las

dos caras de la misma moneda: la calidad y responsabilidad financiera, poniendo una vez más sobre la mesa los dos aspectos clave de la gestión clínica: la necesidad de controlar los costes y de mejorar la calidad de la asistencia. Los elementos integrantes de esa *governanza* incluyen las estrategias dominantes en materia de calidad en los últimos años, tales como la efectividad clínica, el audit clínico, la gestión de riesgos, el desarrollo profesional permanente, la comparación de proveedores y la investigación, pero especialmente la integración de todas ellas en la misma estrategia.

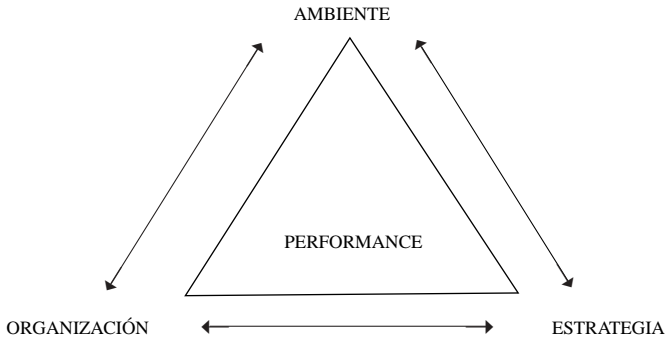
En definitiva, todos los modelos de gestión clínica tienen como fin último una mejora de la efectividad (énfasis en la calidad) y de la eficiencia en el uso de los recursos (énfasis en el control presupuestario). Según el sistema sanitario y el modelo de gestión clínica desarrollado puede predominar uno sobre el otro, aunque todos ellos aspiran a alcanzar ambos fines. Para ello el elemento nuclear de los modelos de gestión clínica deben basarse en el empoderamiento de los profesionales sanitarios, dándoles autonomía respecto a su trabajo y la gestión de los recursos pero demandando a la vez la correspondiente rendición de cuentas sobre ello. En definitiva asumir su responsabilidad en materia de gestión.

## 9. *Conclusión*

Los sistemas sanitarios se enfrentarán en los próximos años a desafíos cada vez más exigentes, algunos conocidos y otros por descubrir. El ritmo de cambio, por otra parte, será previsiblemente muy rápido, obligando a realizar adaptaciones casi continuas de la estrategia. La organización determinará las alternativas factibles de cambio, pero, a su vez, deberá modificarse sustancialmente para poder dar respuesta satisfactoria a los cambios. Deberá adquirir una flexibilidad de la que hoy, por regla general carece. En cualquier caso ninguna reforma tendrá éxito sin reconocer y empoderar a los profesionales. Hasta la fecha, ello ha sido a menudo más una declaración retórica que una realidad.

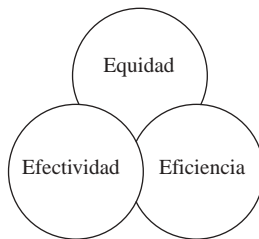
## ANEXOS

Figura 1. *El desempeño (performance) en las empresas*



Fuente: Roberts, J., *The Modern Firm*, 2004.

Figura 2. *Las tres esferas de racionalidad*



Fuente: Willems, J. *Med. Ethics*, 2001.

Figura 3. *Control y velocidad del cambio en las organizaciones*

	Certeza	Rapidez
Arquitectura	+++	+++
Rutinas	++	++
Personas	+	+
Cultura	+	+

Fuente: Modificado de Roberts J., *The Modern Firm*, 2004.

Figura 4

Mercados	Redes	Jerarquías
MGGP (GPFH) Experiencia compra total (TPP)	Grupos de AP (PCG) Fundaciones de AP (PCT) Redes cooperativas	1. AP como filtro  2. Integración vertical y horizontal de proveedores
Menor copago en AP Incentivos económicos a nuevas tareas Elegir prestar o contratar	Contratación de MG como coordinadores de hospitales  Integración a tiempo parcial de otros profesionales en AP  Cuidados compartidos	Protocolos
Sistema pago		
Transferencia de recursos de otros niveles Redefinición de perfiles profesionales Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)		

Fuente: Modificado de Saltman, Rico, Boerma, 2006.

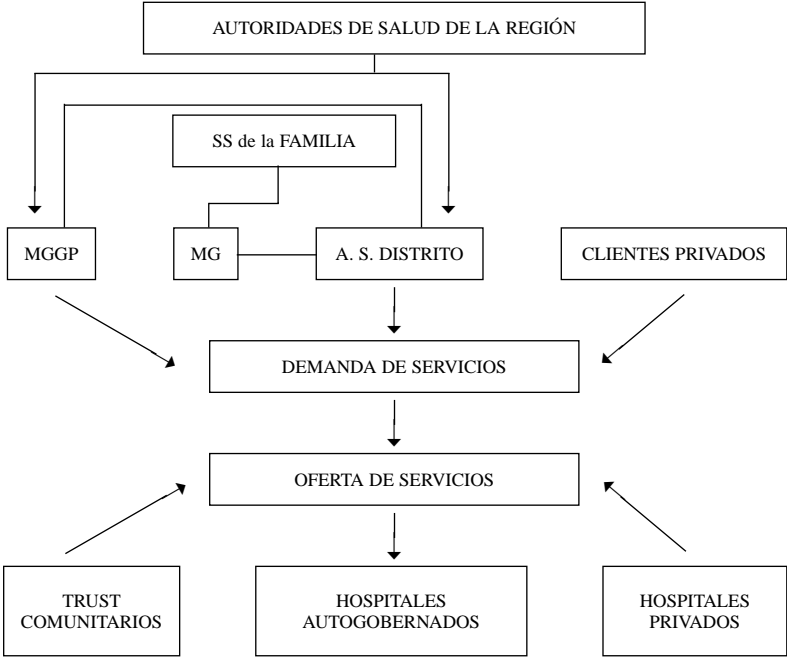
AP: Atención Primaria • MGGP: Médicos generales gestores de presupuesto • GPFH: General Practitioner Fundholding • PCG: Primary Care Group • PCT: Primary Care Trust • TPP: Total Purchasing Pilot

Figura 5. *Los modelos de Organización Inestable*

Comunidad	At. Primaria	At. Especializada
Organizaciones Sanitarias de Cuidados Integrados (OSCI) Modelo Kaiser Permanente		
Modelos de Atención a pacientes crónicos (Chronic Care Model)		
Grupos o Fundaciones de AP (Primary Care Groups / Trust)		
Gestión de enfermedades (Disease Management). La gestión de casos. Procesos Asistenciales Integrados		
1. Toma de decisiones compartidas (Sociedad Médico-Paciente) 2. Atención farmacéutica	1. Redefinición de la Atención primaria (Bodenheimer) 2. Médicos generales con intereses especiales (GPwSI) 3. Redefinición papeles médicos-enfermeras	1. AP en hospital 2. Especialistas en AP 3. Provisión de servicios Especializados en AP 4. «Liaison officers» (profesionales de enlace) 5. Unidades intermedias 6. Cuidados compartidos (Shared Care) 7. CAREs, CHAREs

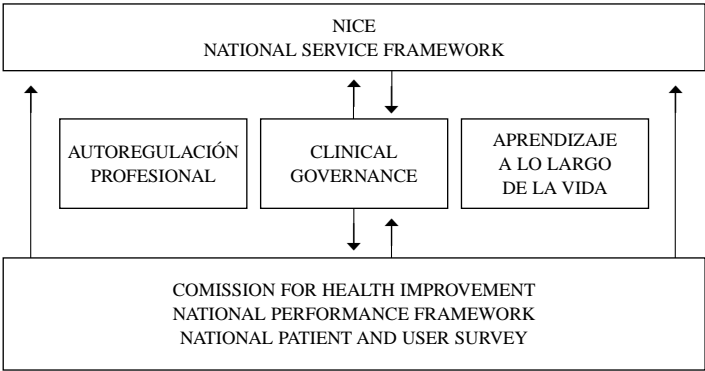
Fuente: Mod. De Minue, S.; de Manuel, E.; Solas, O., Informe SESPAS 2002.

Figura 6. *La experiencia de los médicos generales gestores del presupuesto*



Fuente: Mod de Warren, Durose. 1995.

Figura 7. «Un servicio de primera clase» (First Class Service)



Fuente: First Class Service. NHS 1997.

Tabla 1. *Los retos actuales de los sistemas sanitarios*

- 
- *Cambios demográficos*: en los próximos años es previsible la existencia de poblaciones muy heterogéneas en España, formadas por individuos de diversas edades, culturas, creencias, idiomas y expectativas respecto al sistema sanitario.
  - *Cambios epidemiológicos*: la aparición de nuevas enfermedades junto al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas; las enfermedades más prevalentes en el siglo XXI serán la comorbilidad y la iatrogenia (29).
  - *La sacralización social de la ciencia*, derivada de la continua promesa de incorporación de los últimos avances en investigación biomédica (en ocasiones más teóricos que reales) a las prestaciones del sistema sanitario (19). En este sentido, aumenta la preocupación sobre la creciente medicalización de la sociedad (30), en la que cualquier problema vital parece tener un remedio médico (31).
  - *El acceso ilimitado de cualquier persona a información biomédica*, a través de las nuevas tecnologías, lo que no solo puede modificar los procedimientos de diagnóstico por los profesionales (32), sino también la relación entre pacientes y médicos.
  - La utilización de las *nuevas tecnologías para el proceso de atención sanitaria* (telefonía móvil, Internet, telemedicina...), con las oportunidades que representan, pero también con las amenazas respecto a la seguridad, confidencialidad y repercusión legal de lo realizado en la red.
  - La aparición de la *genómica*, y sus posibles aplicaciones de medicina individualizada, como condicionante en la toma de decisiones no solo de los especialistas sino también de los médicos de cabecera (33).
  - *El nuevo y variable papel del paciente*, que alterna papeles activos y pasivos en función de la situación y de sus propias características personales y culturales (34).
  - *La priorización en la agenda política de la satisfacción del ciudadano* sobre otras dimensiones (salud, equidad, eficiencia), con el riesgo de transformar la salud en una bien de consumo más (35).
  - El mantenimiento de la permanente e inevitable *limitación de la financiación* destinada a sanidad, frente al crecimiento ilimitado de los costes.
- 

Fuente: Minué S. Eidon, 2007.

Tabla 2. *Instrumentos utilizados por la medicina gestionada*

- 
- 1. Manejo de la demanda:
    - Capitación
    - Papel de filtro
    - Copago
    - Educación del Consumidor
  - 2. Gestión clínica
    - Revisión de utilización
    - Certificado de preadmisión
    - Gestión de enfermedades
    - Uso de protocolos
  - 3. Prestación de Servicios
    - Telemedicina
    - Participación de paramédicos
- 

Fuente: Mod. de Smith R. 2007.



En la década de los noventa del pasado siglo, el modelo emergente de organización sanitaria tenía como principal referencia las innovaciones introducidas por el gobierno conservador de Margaret Thatcher en el Reino Unido. En 1989 se había producido la caída del muro de Berlín, considerado por algunos historiadores como el «fin de la historia» con la victoria del capitalismo como modelo de sociedad. La reforma británica de principios de los noventa (Working for Patient) introducía novedosamente mecanismos de competencia de mercado en un sistema nacional de salud, permitiendo a los médicos generales ingleses gestionar presupuesto y elegir quiénes serían sus proveedores de servicios especializados. La influencia de ese modelo se dejó notar también en España, con algunas de las recomendaciones incluidas en el Informe Abril de 1991.

En 1997 se crea la primera Entidad de Base Asociativa en España en el equipo de atención primaria (EAP) de Vic en Cataluña. Los profesionales de un EAP inicialmente adscritos al Institut Català de la Salut podían solicitar su excedencia temporal del ICS para constituir una cooperativa de médicos que prestaban asistencia sanitaria a una población determinada. El modelo de las llamadas EBAs se amplió a otros equipos de atención primaria en Cataluña. En un estudio Delphi publicado a finales de los noventa (36) (*Cuadernos de gestión para el profesional de Atención primaria*) más del 85% de los encuestados (profesionales de atención primaria de todo el territorio nacional) se manifestaron a favor de la creación de sociedades profesionales y de la competencia entre centros.

Diez años después de ese estudio únicamente se han introducido EBAs en Cataluña. El desarrollo de un modelo de esas características precisa de la existencia de una mutua en la que la iniciativa, la capacidad de ser emprendedor y de asumir riesgos sea significativa. Tradicionalmente esos han sido valores muy enraizados en la sociedad catalana. Pero posiblemente no tanto en las profesiones sanitarias de otras comunidades autónomas. Una reforma orientada a la creación de entidades profesionales en cooperativa debería tener en cuenta cuál es la cultura al respecto.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Barman, Z., *Tiempos líquidos*, Barcelona, Tusquets, 2007.
- (2) Chandler, A., *Strategy and Structure*, Cambridge MA, Mit Press, 1962.
- (3) Roberts, J., *The Modern Firm. Organizational Design for Performance and Growth*, Oxford, Oxford University Press, 2004.
- (4) Minué, S., Perspectivas organizativas de la Atención Primaria: ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes?, *Eidon*, 2007, 25: 12-8.
- (5) Appleby, J., «The Credir Crisis and Health Care», *BMJ*, 2008, 337: 1022.
- (6) Catalana, R., «Health, Medical Care and Economic Crisis», *NEJM*, 2009, 360: 749-51.
- (7) *El País*, «La medicina que viene», Suplemento Salud Extra, 31-XI-06.
- (8) Saltman, R. B.; von Otter, C., *Mercados planificados y competencia pública*, Madrid, ENS. SG editores, 1994.
- (9) Durán, A.; Gervas, J., «Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias», *Gac. Sanit.*, 2006, 20 (6): 503-9.
- (10) Starfield, B., «Is primary care essential? », *Lancet*, 1994, 344: 1.129-1.133.
- (11) Saltman, R.; Rico, A.; Boerma, W., *Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care*, Maidenhead, Open University Press, 2006.

- (12) Scharpf, F., «Coordination in Hierarquies and Networks», en Sharpf, F. (ed.), *Games in Hierarquies and Networks*, Frankfurt, Campus, 1993.
- (13) Neilson, G. L.; Martin, K. L.; Powers, E., «The Secrets to Successful Strategy Execution», *Harv. Buss. Rev.*, 2008, junio: 61-9.
- (14) Smith-Ring, S. P.; Ven de Ven, A. H., «Structuring Cooperative Relationship between Organizations», *Strategic Management Journal*, 1992, 13: 483-98.
- (15) Haggerty, J. L., y otros, «Continuity of Care: a Multidisciplinary Review», *BMJ*, 2003, 327: 1219-1221.
- (16) Organización Mundial de la Salud, *La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca*, Ginebra, 2008.
- (17) Durán, A., *Los hospitales del futuro*, Eidon (en prensa).
- (18) *Health Care at the Crossroads: Guiding Principles for the Development of the Hospital of Future*. www.jointcommission.org.
- (19) Minué, S.; de Manuel, E.; Solas, O., «Situación actual y futuro de la Atención Primaria», en Cabasés, J. M., y otros (eds.), *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública, Informe SESPAS 2002*, Conselleria de Sanitat Subsecretaria per à L'Agència Valenciana de la Salut, EVES, Valencia, 2002.
- (20) Horrocks, S.; Anderson, E.; Salisbury, C., «Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctors», *BMJ*, 2002, 324: 819-823.
- (21) VV. AA., «The Diabetes Integrated Care Evaluation Team. Integrated Care for Diabetes: Clinical, Psychosocial, and Economic Evaluation», *BMJ*, 1994, 308: 1.208-1.212.
- (22) Ortún, V., *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Elsevier-Masson, Barcelona, 2003.
- (23) Muir Gray, J. A., *Asistencia sanitaria basada en la evidencia: cómo tomar decisiones en materia de gestión política sanitaria*, Churchill Livingstone, Madrid, 1997.
- (24) Igglenhart, J. K., «The American Health Care System: Medicare», *NEJM*, 1992, 327:1467-72.
- (25) Terol, E.; Hamby, E. F.; Minué, S., «Gestión de enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios», *MEDFAM*, febrero, 2001 (11): 47-54.
- (26) Nuño Silinís, R., «Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente», *Rev. Adm. Sanit.*, 2007, 5: 283-292.
- (27) Gérvas, J., y otros, «Paradojas en la derivación de primaria a especializada», *Aten. Primaria*, 2008, 40 (5): 253-5.
- (28) Ham, C., y otros, «Hospital bed Utilisation in the NHS, Kaiser Permanent, and the US Medicare Programme: Analysis of Routine Data», *BMJ*, 2003, 327: 1.257-1.260.
- (29) Starfield, B., «New Paradigms for Quality in Primary Care», *Br. J. Gen. Pract.*, 2001, 51: 303-9.
- (30) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2003, 5: 47-53.
- (31) Smith, R., «In Search of no Disease», *Br. Med. J.*, 2002, 324: 883-5.
- (32) Tang, H., y otros, «Googling for a Diagnosis: Use of Google as a Diagnostic Aid: Internet Based Study», *Br. Med. J.*, 2006, 333: 1143-5.
- (33) Emery, J.; Hayflick, S., «The Challenge of Integrating Genetic Medicine into Primary Care», *Br. Med. J.*, 2001, 322: 1027-30.
- (34) Towle, A.; Godolphin, W., «Framework for Teaching and Learning Informed Shared Decision Making», *Br. Med. J.*, 1999, 319: 753-6.
- (35) De Gaulejac, V., *La société malade de la gestion*, París, Le Seuil, 2005.
- (36) Artells, J. J., «Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI», *Cuadernos de gestión para el profesional de Atención primaria*, 1999, 5: supl. 1.



## LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EUROPA, EE. UU. Y CANADÁ

*Manuel Desviat y Ana Moreno Pérez*

Las características de los sistemas sanitarios van a condicionar el modelo de atención a la salud mental, sobre todo en los países donde los procesos de reforma psiquiátrica han conseguido una mayor integración en la sanidad general (1). En el capítulo anterior se han expuesto los diferentes sistemas de salud, aquí tan solo vamos a señalar algunas particularidades de especial interés para la atención psiquiátrica, como son el tipo de cobertura y de financiación, pues junto con el papel dado al hospital psiquiátrico condicionan en gran medida el modelo de asistencia a la salud mental. No será lo mismo una política *garantista*, en un Estado que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como Europa y Canadá) que un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado, neoliberal como EE. UU.); sobre todo, en la atención a unos enfermos que suelen requerir amplias, diversas y continuadas prestaciones sanitarias y sociales y tienen grandes dificultades en el mercado del trabajo<sup>1</sup>. Como va a ser importante la forma de asignar los recursos que financian la sanidad: empresas aseguradoras (como EE. UU.), un seguro de enfermedad o una mutua (como Holanda, Bélgica o Alemania) o una zona geográfica en un Sistema Nacional de Salud (como en Suecia, Reino Unido o España).

La otra característica que señalábamos, el papel dado al hospital psiquiátrico en los procesos de reforma iniciados tras la Segunda Guerra Mundial, va a diferenciar modelos que, considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen, sin embargo, el hospital psiquiátrico, humanizado y transformado (*el sector*, países francófonos, o dentro del estado español: países como el catalán o el vasco) de otros que consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias (*desinstitucionalización*, como en Reino Unido, EE. UU., España, Italia).

En cuanto a la gestión clínica, reseñamos las dificultades halladas en las búsquedas bibliográficas por la tremenda ambigüedad del concepto, más aún si nos referimos a la gestión clínica en salud mental. Entendida como medicina gestionada vamos a encontrar un amplio abanico de programas que buscan organizar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la práctica clínica: una herramienta de la microgestión sanita-

---

<sup>1</sup> Sobre este tema, Desviat, M., *De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental*, 2008 (2).

ria cuyo valor social estará determinado por el objetivo último a alcanzar: sea la cuenta de resultados, la reducción del coste de los servicios o la reducción de la mortalidad y la calidad de vida ganada. En cuanto instrumento, lo mismo puede servir para integrar servicios que inciden sobre una población natural o un colectivo de pacientes con características comunes (por patologías, por severidad...); ser una herramienta en la mejora de la gestión pública de la organización sanitaria, a través de Institutos y Unidades y contratos de gestión entre financiadores públicos y proveedores públicos, que para los fines lucrativos de las empresas de medicina gestionada.

De hecho, en estas empresas está el origen de Medicina Gestionada (*Managed Care*) como un procedimiento de controlar los costes del imparable crecimiento del gasto sanitario estadounidense. Rechazada la propuesta de reforma sanitaria de la administración Clinton (1993-1994) que pretendía acabar con el pago por servicio y crear un Servicio Nacional de Salud que garantizara la asistencia a todos los ciudadanos<sup>2</sup>, se buscó la salvación en el mercado, en un sistema basado en iniciativas empresariales privadas, compañías de Medicina Gestionada que racionalizaran la asistencia. A corto plazo, el ánimo de lucro (encarecimiento de las primas de los seguros, incremento del co-pago...) desplazó los programas poco rentables, aumentando las personas sin seguro (más de 40 millones a comienzos de siglo). A la asistencia psiquiátrica, escribe Talbott, le fue especialmente mal, teniendo dificultades especiales para asegurarse. A menudo, las compañías de Medicina Gestionada subcontratan el negocio correspondiente a la salud mental, limitando mucho las prestaciones. Pero a pesar de las limitaciones de las prestaciones, el gasto sanitario sigue creciendo. En parte, según Talbott, por los desmesurados sueldos de sus ejecutivos (los beneficios de algunas compañías superan el 30%, a repartir entre accionistas y ejecutivos) (7). Por lo general, las aseguradoras limitan las prestaciones a un tiempo establecido por patología de hospitalización y un tiempo limitado de consultas ambulatorias, centrando las actuaciones en un modelo médico-biológico, que deja fuera la psicoterapia (o se la contrata con psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales más baratos que los médicos) y los programas comunitarios que suelen recaer en organizaciones no gubernamentales. El poder de decisión pasa a la compañía de seguros en menoscabo del profesional sanitario y del pacien-

---

<sup>2</sup> Vicenç Navarro fue asesor de Hilary Clinton en este intento fracasado por la oposición de las compañías de seguros americanas, de gran influencia sobre el Congreso de Estados Unidos (3). Son de interés sobre el tema que nos ocupa otros trabajos de este autor (4-6). La Agencia General Contable de Estados Unidos calculó por entonces que el ahorro en los gastos administrativos de las aseguradoras podría financiar la cobertura universal de un Sistema Nacional de Salud.

te. En el Sistema de Psiquiatría Gestionada (*Managed Mental Health Care*), las reglas de juego las establecen las compañías de seguros americanas, al contar con redes completas de atención, de «producción», que controlan desde las indicaciones de ingreso a la medicación. Con capital, publicidad y beneficios, las compañías lucrativas se impusieron. Pero este afán de lucro trajo consigo ciertas dificultades, como hoy vemos en otras áreas de negocio en el mundo entero. Las compañías Columbia HCA y Oxford son dos claros ejemplos de esta evolución. Columbia se convirtió en la red estadounidense de hospitales más amplia. Hace unos años, más de 700 agentes federales registraban sus instalaciones y las demandas judiciales todavía están en curso –nos cuentan dos profesores de psiquiatría de la Universidad de Nueva York (7)– y continúan: «Oxford contaba con dos millones de asegurados en el área de Nueva York, con primas bajas y usuarios satisfechos. No hace mucho, la Sociedad Médica de Nueva York tramita un expediente por 140 millones de dólares que Oxford adeuda a los médicos. Hoy día, las primas que pagan los asegurados a las compañías de Medicina gestionada se incrementan en un 13% anualmente; y sin embargo, el 40% de las compañías se encuentran con pérdidas. Pérdidas que parecen deberse sobre todo a los altos costos administrativos, marketing y altos salarios de los ejecutivos, préstamos y reparto de beneficios.

«Al leer esto», escribe Talbott en su capítulo sobre EE. UU. antes mencionado, «uno puede pensar que estamos hablando de un mal sueño o de otra moda americana más, algo que nunca ocurrirá. Pero yo les prevengo de lo que está ocurriendo en EE. UU., para que tomen nota y tomen medidas. La moda americana de hoy se convertirá mañana en un mal sueño para el resto del mundo» (7).

No sabemos cuándo escribiría Talbott su profecía (el libro es de 2003), pero, en cualquier caso, ya llegaba tarde. La Medicina gestionada o, sería mejor denominarla, la competencia gestionada, es trasplantada de EE. UU. al Reino Unido por Margaret Thatcher a diversos sectores de los servicios sanitarios y sociales, como instrumento para su privatización, siguiendo la política que establece el banco Mundial a finales de los ochenta del pasado siglo<sup>3</sup>. (El Banco Mundial da la señal de partida con un informe sobre la gestión sanitaria (1987), que, entre otras medidas plantea introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones<sup>4</sup>. Introducen el mercado regulado y la competencia

---

<sup>3</sup> Esta seducción por el mercado, como elemento regulador, se introduce en España por los años noventa del pasado siglo, con el Informe Abril, con las nuevas formas de gestión, con las empresas públicas sujetas a derecho privado, y más recientemente con la gestión mixta de los nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid.

<sup>4</sup> Informe sobre Financiación de los Servicios Sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas (8).

gestionada). Es un intento de coordinar la Planificación y el Mercado, buscando en éste un motor de emulación de los servicios.

En el nuevo modelo de gestión que se implanta en el Reino Unido, las autoridades sanitarias y la Atención Primaria de cada Distrito, compran los servicios de hospitales, centros sanitarios especializados, estableciendo competencia (mercado interno) entre proveedores que pueden ser públicos o privados. El modelo se expande con la fuerza de atracción que tiene por una parte la sanidad inglesa, por otra la necesidad de reformar los sistemas de salud europeos, haciéndolos más eficientes. El informe *Trabajando para los Pacientes* (9) que da cuenta del modelo, es lectura obligada en todos los centros de gestión sanitaria. No obstante, tras poco más de una década de existencia, fracasa, en el Reino Unido por el altísimo incremento de los costes, al tiempo que el aumento de la insatisfacción ciudadana<sup>5</sup>, y tiene escasa presencia en el resto de países europeos. Wolfgang Gaebel, Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Düsseldorf, al analizar las ventajas e inconvenientes del sistema de Medicina Gestionada en su intento de implantarse en Alemania, nos dice que: «entre las ventajas, se encuentran la gestión de calidad, la continuidad de cuidados, la rehabilitación precoz y la transparencia del sistema. Como inconveniente, cabe señalar la reducción de la calidad del servicio» (12) (13). Si no es una errata, es curiosa una gestión de calidad, y la implementación de los demás programas, que reducen la calidad.

De lo que no hay duda, y de ahí las resistencias de colegios y asociaciones profesionales, es que las Compañías de Medicina Gestionada restringen la libertad de decisión de médicos y usuarios, aparte de encarecer la asistencia y en su momento, en caso de quiebra, obligan a los gobiernos a intervenir asumiendo las pérdidas para garantizar el aseguramiento de los ciudadanos.

En sus formas de mercado, regulado o no, la experiencia en los países donde se ha puesto en funcionamiento, significativamente en el Reino Unido, ha sido negativa. La competencia sólo ha funcionado cuando había dinero incrementalista, «tarta que repartir», dice uno de los analistas del proceso, y siempre se ha resentido la equidad<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Son muchos los estudios que cuestionan la eficiencia del mercado regulado. Destacaré dos artículos publicados en 1998 en dos números de la *Revista de Administración Sanitaria*, donde José Ramón Repullo realizaba un trabajo basado en 20 entrevistas con responsables y gestores británicos: *Compra de servicios y contratos: balance del experimento de mercado interno británico* (10;11).

<sup>6</sup> Ante estas insuficiencias, en el Reino Unido el Servicio Nacional de Salud, propone en 1998 la modernización de los servicios de salud mental a través del *Care Programme Approach* (14), que contempla mejoras en la continuidad de cuidados y la complementariedad con servicios sociales, por medio de unidades de gestión clínica que desarrollen procesos clínicos y administrativos (15).

No podemos olvidar que la salud mental comunitaria se desarrolla en el marco de la Carta Social Europea (1961), que consolida el derecho de todos los ciudadanos a la salud, inscribiéndose en el proceso de reordenación de las políticas sociales iniciadas tras la II Guerra Mundial, cuando se busca combatir las desigualdades sociales a través de la mejora de las prestaciones públicas<sup>7</sup>.

Las principales críticas que se le han hecho son:

1. Discriminación negativa: selección de riesgos (marginar los procesos más costosos, limitación de prestaciones).
2. La competencia impide la colaboración: traspaso de riesgos y costes de unos centros a otros.
3. Fragmentación de la red sanitaria pública en multiplicidad de micro-empresas.
4. Incentivos perversos: el ahorro como incentivo en los acuerdos de cooperación entre los médicos y las autoridades sanitarias (nuestros contratos programas), se premia un menor consumo de pruebas diagnósticas y farmacia, lo que en principio está bien, pero puede conducir a racionamientos, y al tiempo se permite la incentivación de la industria farmacéutica directamente a los prescriptores.
5. Se abre el mercado sanitario a todos los proveedores, públicos y privados (se sabe que los modelos mixtos favorecen el crecimiento del sector privado, y por tanto el incremento del gasto: la empresa privada busca lógicamente beneficios).
6. Incremento de los costes de gestión.
7. Se abandona los objetivos de salud, marginando la prevención y la promoción a favor de una atención meramente asistencial.

La crítica a la Medicina Gestionada concebida como negocio no supone que no estemos de acuerdo en la necesidad de buscar alternativas a la gestión clínica pública que mejoren su eficiencia, que permitan compatibilizar control de costes con solidaridad y siempre que respeten la universalidad y la equidad. No hay ninguna razón para pensar que desde los servicios públicos, o el aseguramiento universal, puedan desarrollarse servicios que administre tanto la clínica como la gestión, con guías y procesos, en organizaciones sanitarias horizontales y democráti-

---

<sup>7</sup> Tiempos de la Nueva Salud Pública (1974), con su énfasis en la prevención y en los factores sociales; de la mítica Conferencia de Alma Ata (1979) que promueve el desplazamiento del eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, de los objetivos de la OMS «Salud para todos en el año 2000», que en Europa se reflejan en 38 objetivos (el 12 es prevenir las enfermedades mentales y el suicidio), con el trasfondo de la definición de salud que diera la OMS en 1946.



cas, con real participación comunitaria, que superen el burocratismo de los sistemas y, en ocasiones, en países con déficit democrático en los servicios públicos, la perversa e ineficiente dependencia de los partidos políticos de turno<sup>8</sup>. De hecho hay experiencias que avalan esta posibilidad, como podemos ver en otros capítulos de esta ponencia.

Mas hagamos un alto en el tema de la gestión clínica, para repasar brevemente la situación de los servicios de salud mental tras el comienzo de las reformas sanitarias y psiquiátricas que se producen en los países occidentales en la segunda mitad del siglo pasado. Para ello dividiremos en dos períodos la evolución de estos procesos que corresponden a dos ideas dominantes en el mundo respecto al tipo de Estado, como señalábamos inicialmente, y, por tanto a dos tipos de sistemas sanitarios.

### *En el horizonte del Estado del bienestar (de los años cincuenta a los noventa)*

En Europa Occidental y Canadá el proceso de reforma, desinstitucionalización y creación de recursos comunitarios, impulsaron un importante desarrollo de servicios, aunque muy desigual por países y regiones, y un cambio sustancial en la orientación de éstos. Un avance que se puede objetivar en el incremento del número de profesionales y dispositivos asistenciales, en una organización de los servicios más territorial, más cercana a la población, así como en el desarrollo de programas de rehabilitación, en la pérdida de hegemonía del hospital psiquiátrico y en la mayor integración en la sanidad general, en medidas para salvaguardar los derechos de los pacientes y un mayor peso de éstos y de sus familiares en la organización de los servicios y en los tratamientos.

Hay un estudio de OMS, realizado entre los años 1972-1982, «10 años de Servicios de Salud Mental en Europa» (18), que recoge este avance y cambio de orientación, utilizando indicadores, que traducen los principios de la reforma

- 1) Reducción de número de HP con más de 1000 camas.
- 2) Incremento de las Unidades en H. Generales.
- 3) Cuidados lo más cercanos a la población que fuera posible.
- 4) Incremento del número de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales.

---

<sup>8</sup> Un ejemplo reciente en nuestro país es la política sanitaria en la Comunidad de Madrid del gobierno de Esperanza Aguirre, donde la gestión se confunde con la fidelidad política en función de una privatización a través de empresas de medicina gestionada (Iniciativas de Financiación Privada). A este respecto ver Repullo J. M. (16) y respecto a la salud mental (2;17).

- 5) Cambios en la legislación.
- 6) Cambios en el tipo de servicios.
- 7) Atención comunitaria.

El cuadro 1 está elaborado con el mapa de recursos que ha realizado la OMS con los datos aportados por los países de la zona Europea. Datos que para nuestro país no coinciden con los proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En cualquier caso, utilizando las estimaciones más ventajosas, España queda por debajo de la media de los países de la UE. Lo que no es de extrañar si consideramos el gasto sanitario general, pues el de salud mental se desconoce (Cuadro 1).

La reducción de camas en hospitales psiquiátricos es desigual por países y aún dentro de éstos. En algunos países el proceso de desinstitutionalización ha sido muy rápido a partir de los años setenta del pasado siglo (Italia, Ley 180 que en 1978 suprime el hospital psiquiátrico; Finlandia, donde se desplaza la asistencia a los hospitales generales y recursos comunitarios por decreto; Dinamarca, en donde el número de camas se reduce en un 43% entre 1980 y 1991 mientras que el número de consultas en psiquiátrica ambulatoria aumenta en un 74% (19). En los cuadros 1, 2 y 3 y en la figura 1 podemos ver cómo en la práctica totalidad de países europeos, el proceso de desmantelamiento de hospitales psiquiátricos y creación de recursos en los hospitales generales y la comunidad ha sido continuo, con la excepción de Holanda, que se distingue entre las naciones de la UE, por el aumento de sus camas asilares, debido a un gran incremento en psicogeriátricos y la reducción de la financiación a los recursos comunitarios o en Austria donde, en psiquiatría, al igual que en la mayoría de las áreas de la medicina, hay un alto grado de utilización de la atención hospitalaria, a pesar de algunos prometedores experimentos en torno a la psiquiatría social en Viena (20). Mucho tiene que ver con esto la gran importancia del sector privado en Austria, como demuestra el aumento de un 450 % en el número de psicoterapeutas con práctica privada en los años 1991-2000 (19). También podemos ver que en los países de la Europa del Este hay un incremento de las camas asilares, salvo en unos pocos, como Hungría.

Datos de camas y otros recursos, como el de número de profesionales, que nos aproximan a la situación de la atención a la salud mental, pero que habría que completar con otros indicadores que midieran el uso de los servicios, la distribución del personal, el papel dado a la Atención Primaria y a los Servicios Sociales y, en general, el tipo de organización de la salud mental y la asistencia sanitaria en general. Una comparación entre los servicios italiano y español, muestra que en las regiones estudiadas existe una gran variación en el uso de camas, siendo mucho mayor en Italia (21). En general, las variaciones locales en uso de los servicios de salud mental parece estar asociada sólo en parte con variaciones en la necesidad (22; 23).

Cuadro 1. *Recursos en camas y profesionales en salud mental en Europa*  
 Tabla elaborada con datos del Atlas. *Country Profiles on Mental Health Resources, 2001. WHO*

	Camas psiquiátricas por 10.000 habitantes	Camas H.P	Camas HG	Psiquiátras por 100.000 habitantes	Psicólogos por 100.000 habitantes	Enfermeros psiquiátricos por 100.000 habitantes	T. Sociales por 100.000 habitantes
Bélgica	25	16,4	2,4	18			
Checa, República	11,3	9,7	1,4	12	4,9	33	
Dinamarca	15,1	3,97	3,6	16	85	59	7
<i>España</i>	<i>4,4</i>	<i>3,7</i>	<i>0,6</i>	<i>3,6/5,2 MS</i>	<i>1,9/2,64</i>	<i>4,2/5,8</i>	<i>1,3</i>
Finlandia	11,6	0	10,4	16	76	176	165
Francia	12,06	7,73	2,26	20/22 LB			
Alemania	7,6	4,8	0,3	7,3		52	
Grecia	8,7	4,3	0,3	6	14	3	56
Islandia	4,2	0	4,2	25	55	43	104
Irlanda	11,49	9,79	1,62	5,22	9,7	86,5	36,9
Italia	1,7	0	0,8	9	3	26	2,7
Luxemburgo	10,5	7,5	3	12	28	35	35
Holanda	18,7	15,4	1	9	28	99	176
Noruega	13			20	68	42	
Portugal	7,7	2,1	1,2	5	2,8	4,6	7,2
Rusia	11,8	10,3	0,5	11	1	54	0,6
Suecia	6,7			20	76	32	
Suiza	13,2	13,2	0	22/24	40,8		
Reino Unido	5,8			11	9	104	58
Yugoslavia	5,2	4,1	0,3	5,4	1,2	19	0,5
<i>Media</i>	<i>4,36</i>			<i>3,96</i>	<i>6,93</i>	<i>12,63</i>	<i>8,64</i>

Camas.—*La media mundial de camas psiquiátricas es de 4,36 por 10.000 habitantes (Desviación estándar 5,47, mediana 1,6). Varía en las regiones de 0,57 por 10.000 habitantes en la Región de Asia Sudoriental, frente a 8,93 por 10.000 habitantes en la Región Europea. 1,85 millones de camas en el mundo, de las que el 65% están en Hospitales psiquiátricos.*

Psiquiátras.—*La media mundial de psiquiátras es 3,96 (DE 5,94, mediana 1,0). El 52,7% de los países que representan el 69,2% de la población mundial, tienen acceso a menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes.*

Psicólogos.—*La media mundial de psicólogos en el área de salud mental es de 6,93 (DE 16,29, mediana 0,4). Más del 68% de los países, que representan más del 78% de la población mundial, tienen acceso a menos de un psicólogo por 100.000 habitantes.*

Cuadro 2. *Porcentaje de camas en hospitales psiquiátricos del total de camas psiquiátricas: UE y Estados candidatos, 1972-2001*

	1972	1982	2001
UE-15			
Austria	96	94	90
Bélgica	98	96	66
Dinamarca	89	80	26
Finlandia	90	–	0
Francia	80	76	64
Alemania	–	92	63
Grecia	98	99	49
Irlanda	99	93	85
Italia	–	96	0
Luxemburgo	88	87	71
Holanda	70	54	82
Portugal	96	100	27
España	99	92	84
Suecia	75	58	–
Reino Unido	95	86	–
ESTADOS CANDIDATOS (en 2001)			
Bulgaria	39	–	49
República Checa	49	44	86
Estonia	–	–	78
Hungría	15	15	24
Letonia	–	–	97
Lituania	–	–	91
Malta	83	89	99
Polonia	79	74	79
Rumania	65	77	77
Eslovaquia	–	–	66
Eslovenia	–	–	57

*World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies\**

\* Tomado de World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Fuentes: para 1972 y 1982 data: Freeman et al. (1985: 32–5, Tablas 1–2); para 2001 data: WHO Atlas (2001).

NB: All 2001 figures calculated from the rates given in the source (N public psychiatric hospital beds per 10,000 population/N total psychiatric hospital beds/10,000 population); 1972 and 1982 figures calculated from absolute numbers of beds. No 2001 data are available for Sweden or United Kingdom. 'Other-psychiatric' beds, aside from public mental hospitals, will include psychiatry wards in general hospitals, psychogeriatric institutions, charitable psychiatric hospitals and private psychiatric hospitals, among other institutions.

Cuadro 3. *Camas psiquiátricas en la región europea de 1986 a 2001 por 100.000 habitantes*

Country	1986	1991	1995	1996	1997	1999	2000
Albania	...	39.85	30.07	29.76	28.22	27.72	29.38
Armenia	80.05	63.13	55.45	46.38	46.36	47.23	42.21
Austria	101.83	95.71	80.69	74.17	71.54	62.75	61.27
Belgium	215.04	179.31	165.47	164.26	164.04	186.99	186.36
Bulgaria	86.37	87.94	88.96	87.79	88.69	64.85	63.93
Croatia	140.96	117.05	100.73	105.93	103.29	100.22	104.19
Czech Republic	148.11	132.79	113.87	113.22	112.13	110.86	113.01
Denmark	170.75	91.81	80.42	80	78.74	77.98	...
Estonia	188.32	184.14	106.29	99.82	97.25	82	79.08
Finland	318.35	216.21	126.24	120.34	113.82	106.07	103.45
France	199.91	154.2	128.82	120.02	119.54	111.59	107.07
Germany	...	153.82	131.64	127.94	126.95	127.03	127.68
Greece	120.3	113.93	110.29	106.96	107.02	92.12	90
Hungary	127.12	128.47	48.9	48.39	47.87	44.35	43.42
Iceland	180.51	142.25	117.85	...	...	...	...
Ireland	326.46	216.64	161.39	149.11	136.56	123.21	122.82
Israel	178.42	144.07	122.42	118.08	108.19	98.04	88.87
Italy	100	62.79	42.34	38.68	28.65	16.16	14.14
Kazakhstan	77.39	88.03	78.57	76.04	68.85	65.61	66.05
Kyrgyzstan	89.14	84.83	66.83	66.03	62.98	55.41	56.49
Latvia	210.39	191.47	198.91	177.88	179.38	166.83	168.65
Lithuania	186.65	159.82	133.83	133.47	128.78	127.04	127.73
Luxembourg	272.88	205.89	101.05	99.62	98.34	...	...
Netherlands	167.52	176.56	170.88	171.76	170.76	158	155.68
Norway	123.48	81.35	68.5	68.18	67.78	66.14	66.31
Poland	95.45	88.96	80.04	79.31	76.9	68.65	67.44
Portugal	90.75	86.74	72.52	73.73	71.56	...	...
Republic of Moldova	94.03	101.25	94.73	93.88	91.64	73.86	69.24
Romania	81.27	79.4	76.53	76.1	76.12	75.23	75.89
Russian Federation	133.66	132.19	126.86	124.82	123.23	119.5	119.3
Slovakia	90.74	99.63	91.65	91.57	92.42	90.15	89.43
Slovenia	81.29	80.74	80.38	80.3	79.95	77.77	77.13
Spain	85.64	67.65	60.29	58.75	56.65	...	...
Sweden	229.26	150.46	94.85	82.3	70.84	65.32	62.72
Switzerland	185.04	161.08	137.57	128.62	113.44	113.75	115.56
The former Yugoslav Republic of Macedonia	66.85	84.78	77.57	75.13	70.61	72.83	70.77
Turkey	10.93	14.96	13.34	13.04	13.07	12.8	12.65
Ukraine	131.82	132.17	120.99	110.78	100.8	98.2	97.72
United Kingdom	235.1	164.03	88.5	84.76	81.87	...	...

Cuadro 4. Camas y profesionales en la Unión Europea de los 25

	Total psychiatric beds	Psychiatric beds in mental hospitals	Psychiatric beds in general hospitals	Psychiatric beds in other settings	Number of psychiatrists	Number of social workers	National mental health programme	Latest mental health legislation	Total health budget for mental health care (%)
	Per 10,000 population				Per 100,000 population				
Austria	5.2	4.7	0.1	-	10	181	No	1997	-
Belgium	25.0	16.4	2.4	6.8	18	-	Yes	2000	6.0
Cyprus	5.2	4.7	0.6	0.8	5	25	Yes	1997	7.0
Czech Republic	11.1	9.7	1.4	0.2	12	-	Yes	1996	3.0
Denmark	15.1	4.9	3.6	7.5	16	7	Yes	1998	-
Estonia	18.2	6.9	2.1	0.9	11	0	Yes	1997	-
Finland	11.6	0.9	19.4	1.2	16	165	Yes	1990	-
France	12.1	7.1	2.1	2.2	20	-	Yes	1990	5.0
Germany	7.6	6.8	-	-	7	-	Yes	1999	-
Greece	8.7	4.1	0.1	4.1	6	16	Yes	1996	-
Hungary	9.6	2.1	7.2	0.1	9	1	Yes	1997	8.0
Ireland	11.5	10.8	1.6	0.8	5	37	Yes	1991	7.7
Italy	1.7	0.8	0.8	0.8	9	3	Yes	1998	-
Latvia	15.5	15.1	0.4	-	10	0.6	Yes	1997	5.0
Lithuania	11.8	10.8	0.7	0.1	11	-	Yes	1995	7.0
Luxembourg	18.1	7.5	3.0	0.8	12	35	Yes	2000	13.4
Malta	18.9	18.8	0.1	0.8	5	2	No	1981	8.0
Netherlands	18.7	11.4	3.0	2.1	9	176	Yes	1994	7.0
Poland	7.5	3.9	3.0	0.6	6	1	Yes	1994	-
Portugal	7.7	2.1	1.2	4.4	3	7	Yes	2000	-
Slovakia	9.0	6.9	3.0	0.8	10	-	No	1994	2.0
Slovenia	11.9	6.8	3.1	4.0	8	-	No	1999	-
Spain	4.4	3.7	0.6	0.1	4	-	No	1996	-
Sweden	8.7	-	-	3.2	20	-	No	2000	11.0
United Kingdom	5.8	-	-	-	11	58	Yes	1981	18.0

Source: WHO (2001a)

Figura 1. Total de camas psiquiátricas y de camas en hospital psiquiátrico por 10.000 habitantes en la Unión Europea de los 25

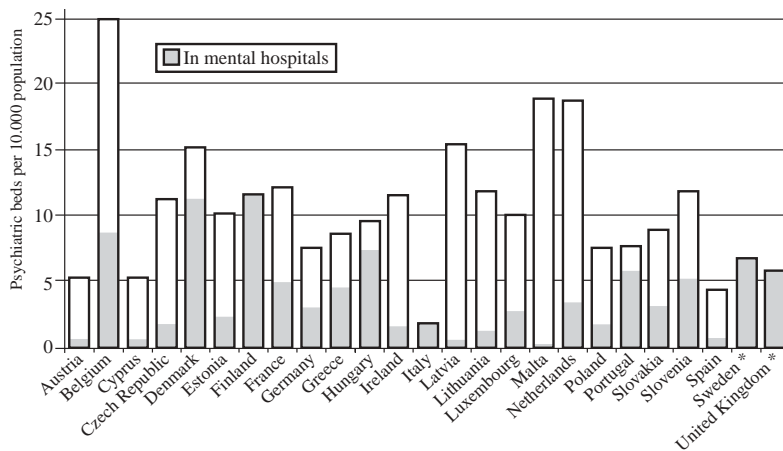
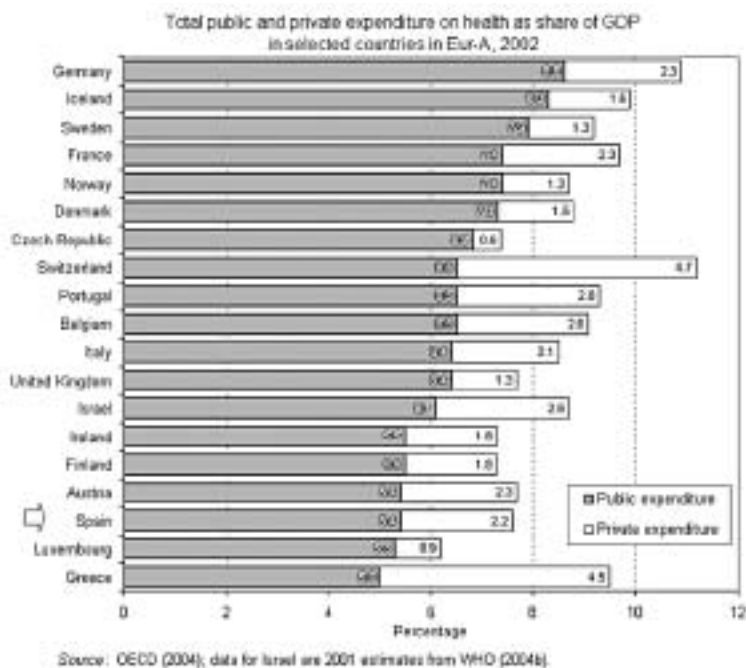


Figura 2. Gasto en salud, público y privado en Europa, 2002



En cuanto a la calidad de la asistencia, como señala Paulo Fagundes en su tesis doctoral (24), son muchos los estudios sobre la situación clínica y social de los pacientes en los lugares donde han existido reformas, pero pocos los que superan las dificultades metodológicas: escaso tiempo de seguimiento, muestras pequeñas y heterogéneas, no inclusión de los factores esenciales para poder medir resultados, como aspectos clínicos, sociales, económicos y de utilización de recursos (entre éstos: el realizado en Vermont, EE. UU.: acompañamiento durante 32 años del proceso de desinstitucionalización (25-27). El quizás más conocido, el proyecto realizado en el norte de Londres: el *Team for Assessment of Psychiatric Services* (TAPS): una serie de estudios prospectivos de evaluación de los resultados de sustituir los hospitales psiquiátricos (Friern e Claybury) por servicios comunitarios, comparando los pacientes que salían de los hospitales con los que quedan en ellos a través de diversos índices. Los resultados estadísticamente significativos eran favorables a los pacientes que vivían en la comunidad; en especial en relaciones sociales y autonomía.

En general todos los estudios señalan que los pacientes preferían vivir fuera, mejor calidad de vida, y una mejora de la sintomatología negativa (24; 28-32).

En relación a la financiación de la atención psiquiátrica hay acuerdo en todos los informes sobre su insuficiencia. La mayoría de los países de Europa consagran menos del 3% de su presupuesto sanitario a la salud mental. (La sanidad consume un 8,4% [media europea] del producto interior bruto, siendo la segunda prestación económica del Estado de Bienestar Europeo), mientras que las consecuencias de las enfermedades mentales pueden representar entre un tercio y la mitad del gasto sanitario (33;34)<sup>9</sup>. Esta distribución del presupuesto es muy desigual: del 2% al 14% según el *Libro verde* de la UE (35).

El coste real de la factura asistencial en salud mental es difícil de conocer, entre otras razones por la fragmentación en diversas dependencias, fundamentalmente entre servicios sanitarios y sociales.

### *La década del cerebro: el predominio neocon*

Los procesos de reforma en Europa y Canadá continúan inscritos en principios de desinstitucionalización y psiquiatría comunitaria hasta finales de los años ochenta. En la década de los noventa (no es casual que se la denomine la Década del cerebro), el proceso no solo se enlentece sino que a instancias de las nuevas políticas liberalizadoras de las que hablábamos al inicio, empieza a cuestionarse su eficiencia y utilidad (36). Hay un cambio de modelo que se corresponde con el predominio neoconservador, con la globalización neoliberal y el desplazamiento a la biología y a la genética de fracturas éticas y sociales de la organización política de la sociedad. Esta afirmación queda clara si examinamos rápidamente la evolución de la psiquiatría comunitaria y su situación en la actualidad a través de su evolución en algunos países (37).

Uno de los extremos lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EE. UU., que queda fielmente reflejada en la última edición de un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de predicamento mundial, como es la Sinopsis de Kaplan & Sadock

---

<sup>9</sup> España, según un informe difundido hace unos días por la OCDE, es el penúltimo país de la UE en gasto de salud por habitante (1.600 dólares frente a los 2.808 de Alemania o los 2.501 de Francia), con un porcentaje del PIB de 7,5%, por debajo de Grecia (9,4) y Portugal (9,2) y con una población empleada en el sector público del 2%, sensiblemente inferior a la media europea. Por otra parte, el gasto público que es la principal fuente de financiación de los países europeos, está disminuyendo en España, según Vicente Navarro<sup>10</sup>, a fin de competir con éxito en la economía globalizada.



(2003; 38). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir de los pobres. Tarea irresoluble se plantea por falta de fondos. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de Guerra a la pobreza (*War on Poverty* y *Great Society*), y de los Centros de Salud Mental Comunitaria<sup>10</sup>.

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Québec, asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: «Las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas». Compromiso que explicita en documento gubernamental, de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones: que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos: «En el 2002, el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. Tienen prioridad los servicios de acceso al alojamiento y las necesidades de subsistencia, la posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; las actividades de soporte a las familias y a los próximos. Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga».

Además, la política del Ministerio instituye, la presencia de usuarios al consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organizaciones públicas, y la existencia de «un mediador en asuntos de interés público» (*ombudsperson*) al interior de cada hospital. Después de la Segunda Guerra Mundial, Québec había iniciado un plan para paliar las desigualdades existentes en la estructura misma de su sociedad que comprendía la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura ante la enfermedad. El modelo sanitario de Québec, un sistema de financiación mayoritariamente pública (aunque conserva elementos semipúblicos y privados; por ejemplo, los médicos tienen un estatuto profesional autónomo, no son asalariados y la mayoría de sus honorarios se pagan por acto realizado, facturando a la administración por acuerdos entre su sindicato

---

<sup>10</sup> En EE. UU., tras la etapa Kennedy, los programas continuaron débilmente con Lyndon Johnson, y fueron suprimidos en el viraje conservador de los pasados años setenta. Tampoco está de más recordar que la Ley de 1963 de creación de los Centros de salud Mental Comunitaria hubo de ser previamente diluida, en base a los compromisos políticos necesarios para su aprobación, debido a la oposición de la Asociación Médica Americana, que creyó socavaba el modelo de práctica privada y de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos por miedo a la pérdida de sus puestos de trabajo.

profesional y el Ministerio de Sanidad). Un sistema descentralizado en los Departamentos de Salud Comunitaria (DSC) y en los servicios de atención primaria, los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC). El desarrollo del sistema sanitario ha implicado a amplios sectores de la sociedad civil en la gestión de las prestaciones, permitiendo avances muy importantes en la salud pública de Québec. En salud mental el sistema tiene en cuenta la gratuidad, universalidad y accesibilidad, el desarrollo de servicios complementarios de rehabilitación y prevención. El objetivo es una cobertura total por cada equipo de sector. Es una psiquiatría de orientación comunitaria, que se sitúa entre el sector francés, y la tecnología de EE.UU. Un elemento original es la amplitud del crecimiento de pacientes acogidos en familias: 2.013 en 1970 y más de 6.000 en 1985. En él la mayoría de los gobiernos provinciales –la salud y los servicios sociales en Canadá son de responsabilidad provincial– tienen un aseguramiento universal y desarrollan servicios del tipo de Québec, priorizando la atención a los pacientes mentales más graves. El Ministerio Federal de Salud publicó en 1997 la *Best Practices in Reforming Mental Health Services in Canada*, que promueve directrices en este sentido.

### *De las declaraciones a los hechos: otra gestión clínica es posible*

Por último, hay cambios importantes que van a condicionar la atención a la salud mental en las próximas décadas; fundamentalmente cambios en la demanda, en la expresión de las necesidades por la población (que tratamos en otro capítulo) y otros que probablemente ocasionará la reestructuración socioeconómica que salga de la crisis financiera actual, que si no creemos que vaya a revolucionar el sistema actual, sí que lo modificará en su política financiera y de prestaciones de los gobiernos. Esperemos que para bien.

En cualquier caso, la respuesta a la situación de la salud mental en Europa, mucho más si consideramos el conjunto de los países de la región, se ha convertido ya en uno de los desafíos más importantes para la salud y el bienestar de su población. Según el último informe de la salud en Europa, la incidencia de problemas de salud mental está aumentando de forma sensible, por el incremento de la desigualdad social y otros factores adversos: estilo de vida, violencia, aumento de la pobreza, cambios acelerados en la familia, envejecimiento de la población. Las enfermedades mentales figuran entre las principales causas de enfermedad e incapacidad (de las diez principales causas de incapacidad, cinco corresponden a patologías mentales), y representan el 30% de las consultas de los médicos generales en Europa (39).

Una situación a la que no ayuda el momento actual de la psiquiatría, atenzada, como señala *El Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa* (edi-

tado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país) (40), entre un reductor positivismo médico y unas nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, factores a los que se añade la demanda proteica de unas poblaciones medicalizadas (en lo que tiene mucho que ver la poderosa industria farmacéutica) (2).

Algo se está moviendo en el escenario internacional, lo demuestran recientes declaraciones y acuerdos de las autoridades europeas que muestran su preocupación por la magnitud del problema y marcan estrategias a los gobiernos. (Ahí están *Los acuerdos de Helsinki* (2005) sobre salud mental suscritos por los 52 Estados participantes; o el *Libro verde* (promovido por la Unión Europea) y más recientemente la Conferencia de la UE organizada por la Comisaría europea de la Salud, *Pacto por la Salud mental y el bienestar*, Androulla Vassiliou, en cooperación con el Comisario de Empleo, Asuntos Sociales y de la Igualdad Vladimír Špidla y representantes de la sociedad civil (41). En nuestro país, *La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, aprobada, en 2007, por el Consejo Interterritorial.

El modelo sanitario está vinculado al de sociedad. No parece que en Europa sea posible desmantelar por completo el Estado del bienestar, la universalidad en el aseguramiento social y sanitario. El conflicto no está entre la solidaridad y el control de costes en los sistemas sanitarios. No está en cuestión la necesidad de mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, de una mejor gestión clínica, alejada de motivaciones espurias, sea en la lógica del beneficio económico o del político. Una gestión clínica, democrática y participativa, regida por procesos y guías de calidad, pueda afrontar los muchos desafíos de los que nos avisan todos los informes epidemiológicos, proporcionando tratamiento a todas aquellas personas que lo necesiten.

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desviat, M., *La reforma psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994.
- (2) Desviat, M., «De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental», *Norte de Salud Mental*, 2008, VII (31): 45-51.
- (3) Navarro, V., *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*, Barcelona, Anagrama, 2002.
- (4) Navarro, V., *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Crítica, 1978.
- (5) Navarro, V.; Bernarch, J., «Desigualdades sociales de salud en España», *Rev. Esp. de Salud Pública*, 1996, 70 (5-6): 505-636.
- (6) Navarro, V., «La reforma del Sistema Fiscal (IRPF), el aseguramiento privado y la experiencia liberal anglosajona», *Revista de Administración Sanitaria*, 1998, II (8): 563-82.
- (7) Taintor, Z.; Cancro, R., «La medicina gestionada con ánimo de lucro en los EE.UU.», en Guimón Sota, E.; Sartorius, N. (eds.), *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2003.

(8) Akin, J., *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*, 1997, Washington, D. C., World Bank.

(9) «Secretary of State for Health. Working for Patients, 169», 1989, Londres, HMSO.

(10) Repullo Labrador, J. R., «Compra de servicios y contratos: balance del experimento de mercado interno británico (1.ª parte)», *Revista de Administración Sanitaria*, 1998, II (6).

(11) Repullo Labrador, J. R., «Compra de servicios y contratos: balance del experimento de mercado interno británico (2.ª parte)», *Revista de Administración Sanitaria*, 1998, II (7): 413-35.

(12) Guimón, J.; Sota, E.; Sartorius, N., *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2003.

(13) Selbmann, H. K., «Basic Principles of Quality Management in Public Health Service», *Gesundheitswesen*, 1996, nov., 58 (11): 583-7.

(14) Freeman, H., «Psychiatry in the National Health Service. 1948-1998», *Br. J. Psychiatry*, 1999, julio, 175: 3-11.

(15) Schreter, R. K., «Reorganizing Departments of Psychiatry, Hospitals, and Medical Centers for the 21st century», *Psychiatr. Serv.*, 1998, nov., 49 (11): 1.429-33.

(16) Repullo, J. R., «Activos tóxicos en la sanidad madrileña», *El País*, 2008, 15-X-2008: 35.

(17) Chicharro, F., «Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés», *Norte de Salud Mental*, 2008, VII (34): 6-10.

(18) Freeman, H. L., «FTHJ. Mental Health Services in Europe: 10 Years on Copenhagen», *WHO*, 1985.

(19) «European Observatory on Health Care Systems. European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)», *Health Care Systems in Transition: Denmark*, Copenhagen, WHO, 2001.

(20) Knapp, M., y otros, «Mental Health Policy and Practice Across Europe: The Future Direction of Mental Health Care», Ginebra, *World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 2007.

(21) Salvador-Carulla, L., y otros, «La salud mental en España. Informe Sespas, 2001», en Cabases, J., y otros (eds.), *Informe SESPAS, 2001*, 2005.

(22) Bindman, J., y otros, «Expenditure on Mental Health Care by English Health Authorities: a Potential Cause of Inequity», *Br. J. Psychiatry*, 2000, sep., 177: 267-74.

(23) Bindman, J., y otros, «Evaluating Mental Health Policy in England. Care Programme Approach and Supervision Registers», *Br. J. Psychiatry*, 1999, oct., 175: 327-30.

(24) Fagundes da Silva, P., *Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica*, Río de Janeiro, Escuela Nacional de Saúde Pública, 2005.

(25) Harding, C. J.; McVey, F. K., «Interview Method Affects Incidence of Postoperative Sore Throat», *Anaesthesia*, 1987, octubre, 42 (10): 1.104-7.

(26) Harding, C. M., y otros, «The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, II: Long-term Outcome of Subjects who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 1987, junio, 144 (6):727-35.

(27) Harding, C. M., y otros, «The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness, I: Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 Years Later», *Am. J. Psychiatry*, 1987, junio, 144 (6): 718-26.

(28) Gélinas, D., «Le suivi communautaire 1880», *Santé Mentale au Québec*, 1998, XXII, 2.

(29) Leff, J., y otros, «Les réalités de la réinsertion sociale», *L'Information Psychiatrique*, 1997, 73: 8.

- (30) Abelha, L., y otros, «Evaluation of Social Disablement, Psychiatric Symptomts and Autonomy in Long-Stay Psychiatric Patients/Avaliação do comportamento social, dos sintomas psiquiátricos e da autonomia em pacientes psiquiátricos de longa permanência», *Psiquiatria Clínica*, 2006, 33 (1): 10-7.
- (31) Ruiz de Velasco, M. E., *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2006.
- (32) Weingarten, R., *O movimento de usuários em saúde mental nos estados Unidos*, Río de Janeiro, Instituto Franco Basaglia, 2001.
- (33) *Rapport sur la Santé en Europe*, Copenhague, OMS, 2002.
- (34) Knapp, M., «MD Financing and Funding Mental Health Care Services», en Knapp, M. (ed.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe: The Future Direction of Mental Health Care*, Ginebra, WHO, 2007: 60-99.
- (35) Livre Vert, «Améliorer la santé mentale de la population: vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne», Bruselas, Communauté Européenne, 2005.
- (36) Henderson, J., «La santé mentale en Europe», Editorial, *Bulletin du CREFMSM*, 1996: 12.
- (37) Desviat, M., «Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica», *Rev. GPU*, 2007, 3 (1): 88.
- (38) Kaplan-Sadoc, *Sinopsis de Psiquiatria. Ciencias de la conducta/psiquiatria clínica*, Buenos Aires, AWW, 2004, 9.ª ed. cast.
- (39) OMS, *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*, Copenhague, 2006.
- (40) Fédération Française de Psychiatrie, «Livre blanc de la psychiatrie», 2003, París, J. L. John Libbey Eurotext.
- (41) [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/mental\\_health\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_fr.htm) (1 sur 2) 24/06/2008 12:12:02 Français. 2008.

Parte II

# LA GESTIÓN CLÍNICA



# INTRODUCCIÓN

«No importa lo que haga una persona, todos juntos somos más inteligentes que cualquiera de nosotros».

KINNER, J.<sup>1</sup>

Es decir, todos juntos, en colaboración, alcanzaremos retos mucho mayores que cada uno por su lado. La forma de trabajar en la institución sanitaria está cambiando radicalmente respecto a siglos pasados. El acceso a la información y el conocimiento; la cooperación en red, favorecida por la posibilidad de espacios virtuales; la disponibilidad de amplias bases de datos etc., hacen posible una interacción más fructífera entre todos los actores del nuevo paisaje sanitario. Una referencia citada por varios de nosotros en diversos apartados de esta ponencia es la de Claves para la Gestión Clínica. Su autora, Lola Ruiz, define la Gestión Clínica como «el conjunto de prácticas de gestión dirigidas a establecer el marco organizativo óptimo que permita asegurar la calidad de los servicios sanitarios para los pacientes, a través del desarrollo de buenas prácticas profesionales». Y continúa diciendo «estas prácticas están fundamentadas en los principios de un buen gobierno: responsabilización social, transparencia, calidad de los servicios, satisfacción de las necesidades de los pacientes y generación y difusión del conocimiento y las buenas prácticas».

Se requiere pues para un buen gobierno clínico la integración de las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión. Quiere esto decir que gestores y clínicos tienen que acercarse entre ambos para generar unas prestaciones de calidad a los pacientes. No se trata de que los clínicos se conviertan en gestores. Sin embargo, éstos deben ocuparse de gestionar responsablemente sus propios recursos y, por otro lado, asumir que forman parte de una organización, con unos objetivos estratégicos y unas finalidades operativas, a las que deben sumarse. Por el contrario, los gestores deben responsablemente gestionar las organizaciones de manera que se orienten para favorecer el ejercicio de las buenas prácticas clínicas. Para llegar a esta situación se requiere una modernización de nuestras organizaciones sanitarias, pero también de los profesionales incluidos en ellas.

---

<sup>1</sup> Presidente de la multinacional farmacéutica Pfizer a principios de este siglo. Equipos Virtuales. El trabajo de las personas en las fronteras de la tecnología. Diciembre 2001. <http://www.infoservi.com/>



Unido al concepto anterior y necesario para la puesta en práctica de la Gestión Clínica se encuentra el concepto de Gestión del Conocimiento. Según se expone en la obra citada anteriormente: «el conocimiento es el principal activo en los servicios sanitarios y, evidentemente, la calidad y eficiencia del servicio están directamente relacionadas con la buena gestión de este activo... Se debe gestionar el capital humano (conocimiento de los profesionales), el capital estructural (información que se produce y que circula por la organización) y el capital del cliente (percepciones, expectativas y satisfacción)». Es decir, el elemento clave de la Gestión Clínica va a ser la capacidad para extraer todo ese capital, todo ese valor implícito en todos y cada uno de los actores presentes en el ámbito de las organizaciones sanitarias: los usuarios, la organización y los profesionales. Por consiguiente, en esta parte de la ponencia nos vamos a dedicar a la reflexión y el análisis de cada uno de estos actores y a las herramientas necesarias para su gestión.

En primer lugar, hablaremos de los usuarios. Analizaremos las características de su demanda en la actualidad, sus condicionantes, cómo lo expresan, cuál es su papel y su posición ante las organizaciones sanitarias y con qué métodos. Todos estos aspectos están recogidos a través de varias aportaciones, incluidas las de los propios usuarios.

En segundo lugar, hablamos de las organizaciones y de los profesionales. Sus características y sus vicisitudes. También sus retos presentes y del próximo futuro, así como de sus herramientas técnicas para llevar a cabo sus objetivos con la mayor calidad posible.

En tercer lugar, nos referimos a la propia gestión de los recursos sanitarios. Incluimos aquí los aspectos de financiación y de provisión de servicios, así como aquellas herramientas imprescindibles para orientarlos: los que miden la calidad y los que miden sus resultados.

José CARMONA y Francisco DEL RÍO

# LA GESTIÓN DE LA DEMANDA

*Manuel Desviat, Ana Moreno Pérez*

Se dice que nos encontramos ante un cambio de paradigma en los sistemas de salud: del modelo autoritario, molecular y químico que caracterizó al siglo XX, estamos pasando a un modelo basado en la toma de decisión compartida entre el paciente y el médico. La mayor información, el mayor conocimiento y peso político (la influencia en el voto) de consumidores, ciudadanos y sus asociaciones (en competencia entre ellas) van a condicionar decisivamente los servicios de salud en las próximas décadas (la cartera de prestaciones y sobre todo los propios servicios). En este fenómeno concurren el auge de la información por Internet –y la venta de productos, cuando no de terapias–, la comercialización de la práctica médica (clínicas de la impotencia, cirugía cosmética...) y la invasión del mercado con remedios para todo por parte de las empresas farmacéuticas. La participación empoderada, indispensable para una planificación y una gestión clínica, va a condicionar la expresión de la necesidad, la demanda. En esta situación hay que tener en cuenta determinados factores que pueden influir negativamente en los servicios en sociedades con déficit democrático como las que estudiamos. Entre otros: el declinar del sentido *comunitarista*, de los valores colectivos y la proliferación de comunidades diversas que fragmentan la respuesta colectiva (fragmentación de asociaciones, fragmentación de recursos...).

«El antiguo modelo de relación paternalista entre médico y paciente<sup>1</sup> parece estar entrando en crisis. Al menos, eso se desprende de un nuevo perfil de usuario con el que trata el personal sanitario: un paciente más informado y que espera participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. De su existencia dan fe proyectos como la Universidad de los Pacientes y otras iniciativas de capacitación ('empowerment') de los pacientes». Así comienza una noticia aparecida en el periódico *Diagonal*, del 6 de febrero de 2008 sobre *El nuevo paciente inteligente*. Según declaraciones del jefe del Servicio de Oncología del Hospital del Mar de Barcelona, Joaquim Bellmunt, durante la última Conferencia Europea del Cáncer, «no es extraño ver a pacientes entrar en la consulta con una carpeta bajo el brazo con información proceden-

---

<sup>1</sup> Utilizamos el término «relación médico-paciente» únicamente cuando corresponde a una cita textual de algún autor. En el resto de casos, preferimos emplear el más adecuado «relación terapéutica» para designar el encuentro entre profesional sanitario y paciente.

te de Internet». Es cierto que no siempre el paciente sabe obtener la información de las fuentes más fiables ni cómo interpretarla adecuadamente. Pero también es cierto que, aunque son una minoría, hay otros pacientes que se han documentado correctamente, conocen al dedillo su patología y demandan compartir la toma de decisiones sobre su salud con su especialista. Esta posibilidad de decidir adquiere una mayor importancia en patologías graves o crónicas (1).

Junto a este aumento en la capacitación de los pacientes para ejercer su autonomía, también es noticia el aumento de los márgenes de lo que se considera enfermedad y la mayor dependencia, a mayor nivel de desarrollo, de los sistemas de salud de la población: «El progreso de la medicina sigue produciendo efectos positivos indiscutibles en la salud de la población y aumenta la esperanza de vida. Sin embargo, esta elevación del nivel de salud parece haber traído consigo la disminución de la tolerancia ante molestias y enfermedades menores. Se consulta a los médicos con más frecuencia y por un espectro de problemas banales más amplio. Esta expansión de la medicina, que ahora abarca muchos problemas que antes no tenían entidad médica, es lo que se denomina medicalización» (En *Hoy*, 13-VI-2008). Cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria mejores son sus indicadores de salud, mayor es la probabilidad de que sus ciudadanos se consideren enfermos. Esta actitud propia de los países desarrollados también se da en las regiones sociocultural y económicamente más avanzadas de las naciones en desarrollo, como ha demostrado el Nobel de economía Amartya Sen, comparando indicadores de salud entre distintas regiones de la India. Así, en el estado de Kerala, con un nivel de alfabetización, empleo, riqueza y esperanza de vida tan alto como el de EE. UU., sus habitantes se sienten más enfermos que sus vecinos de Bihar, con peores niveles de educación y esperanza de vida. Las expectativas excesivas de los ciudadanos conllevan un ansia de salud perfecta que paradójicamente provoca el sentimiento de tener mala salud (2).

## 1. DE PACIENTES A CLIENTES. EXPECTATIVAS. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Son diversos los factores que pueden ayudarnos a entender cómo se ha ido configurando la demanda tal y como la conocemos en la actualidad: pacientes más informados, pero con una mayor sensación de vulnerabilidad, que reclaman tomar parte de las decisiones al mismo tiempo que consultan por problemas que hace años no se considerarían dentro del ámbito sanitario, en una sociedad en la que la información (y la información interesada) llega a todos, en la que la salud ha dejado de ser sólo un bien público para convertirse también en objeto de consumo. Veremos algunos de estos factores:

## 1. *Cambios legislativos*

El derecho a la protección de la salud está recogido en el artículo 43 de la Constitución de 1978 y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a la que completa la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Esta última refuerza el derecho a la autonomía del paciente, e incluye la regulación sobre instrucciones previas, de acuerdo con el criterio del Convenio de Oviedo. Establece los derechos del paciente o usuario a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la Ley, habiendo de constar su negativa por escrito. En cuanto al profesional –que interviene en la actividad asistencial– está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente (3).

Sin embargo, un vistazo a las consultas y los hospitales de nuestro entorno nos hacen dudar de la aplicación legislativa:

Haz la prueba, vete a un hospital y busca llegar a traumatología o a neonatología o rayos, da igual. A la entrada verás un directorio y probablemente encuentres el destino deseado y una flechita que indica el pasillo por donde llegarás. Sigues por él y a poco comenzarás a cruzar otros pasillos. Tu ansiedad aumentará con cada curva o cruce (imagínate estar enfermo y te sentirás peor) por fin te ves perdido y ya no sabrás si estás en un hospital de hoy o en el zoco de Marrakech. Buscarás una bata blanca como tabla de salvación para que te indique tu ruta, puede que necesites repetir esta operación una o dos veces más... En nuestra sanidad pública la tecnología médica ha avanzado de manera importante, mientras que la relación médico-paciente brilla por su ausencia, salvo honrosas excepciones que surgen de la iniciativa personal de los médicos. Las interfases entre el personal médico y de enfermería y los pacientes son de tipo vertical y autoritario donde la información real es suplantada por pseudo-información. Tómese estas dos pastillas rojas y la blanca. El médico vendrá luego [en una hora o en dos o en cuatro]. Espere a que salga la señorita. Espere. En un hospital no es fácil preguntar. En los sistemas autoritarios –ejércitos, iglesias, nuestra sanidad– las preguntas pocas veces son bienvenidas. Aún estamos más cerca del «trágala» de antaño que de un moderno concepto de calidad de servicio. Estas situaciones que se apoyan y en cierta manera fomentan la ignorancia del paciente atentan contra la eficiencia del sistema, para lo cual habría que referirse a conceptos y sistemas bastante estudiados y verificados en empresas de servicios. Un hospital es una empresa de servicios. En las empresas de servicios la relación entre em-

pleado y cliente tiende a ser cada vez más horizontal e interactiva. En tal sentido la relación médico-paciente debería ser la de un equipo asociado para resolver un problema de salud. Es evidente que eso no se arregla con una sonrisa, un apretón de manos y el dirigirse al paciente por su nombre: pseudocambios para que nada cambie en el sistema jerárquico (4).

## 2. *Cambios en la relación terapéutica*

El auge del principio de autonomía ha tenido su reflejo tanto en el ámbito jurídico como en el social, instalándose como uno de los elementos centrales del sistema. La relación médico-paciente constituye un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos que se producen durante los encuentros clínicos, y que ha probado su influencia en el resultado de éstos. Como consecuencia de los cambios que se han producido con respecto a los derechos de los pacientes y a los límites y el acceso al saber médico, el modelo ha ido evolucionando desde el vetusto modelo paternalista. El conocimiento especializado se está democratizando, y empieza a reconocerse que los pacientes pueden valorar de manera fiable sus experiencias en salud y en la asistencia sanitaria. Charles y otros distinguen, aparte del ya mencionado modelo paternalista, en el que el médico determina la situación clínica del paciente basándose en su conocimiento y establece el diagnóstico y el tratamiento adecuados sin la participación del paciente, otros dos posibles modelos de toma de decisiones en el tratamiento: el informado y el modelo de decisiones compartidas, aunque reconocen que pueden producirse situaciones intermedias entre ellos. El modelo informado concede importancia a incorporar las preferencias de los pacientes en el proceso, aunque asume que sólo el médico tiene el conocimiento suficiente para tomar la decisión. En la toma de decisiones compartidas el objetivo es tomar parte tanto en el proceso de decisión como en el resultado (tratamiento). En este modelo los dos (médico y paciente) deben implicarse en el proceso de decisión; compartiendo información, explicitando sus preferencias sobre el tratamiento y que, una vez tomada, la decisión será compartida por ambos. Pero en la asistencia no sólo interviene el médico; hemos de tener en cuenta al resto del personal sanitario (enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares, trabajadores sociales, etc.). La relación ha dejado de ser de dos, pues en ella también intervienen las llamadas terceras partes: familia, amigos, relaciones laborales, administración del hospital, trabajadores sociales, psicólogos, incluso la propia sociedad, personificada por el juez en caso de conflicto. La irrupción de este tipo de pacientes viene acompañada de un cambio de patrón de enfermedad, con una prevalencia de trastornos crónicos cada vez más elevada, que también influye en el conocimiento del paciente. En una situación idónea estaríamos ante un paciente con acceso a informa-

ción sanitaria, que la utiliza en beneficio propio y de la comunidad, para afrontar eficazmente procesos de enfermedad, haciendo un uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles (3).

### 3. *Cambios en la sociedad civil*

Para Albert Novell (5) los valores asociados en la actualidad a las decisiones políticas plantean una reforma del Estado del bienestar que promueva una mayor equidad en la distribución de los recursos públicos, una mejora de la eficiencia en su gestión y, sobre todo, un incremento de la participación de la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones relativos a la distribución y gestión de los mismos. Esta reforma debe introducir el concepto de contrato social para definir la necesidad de transformar el modelo actual de Estado del bienestar hacia un modelo de sociedad del bienestar. El concepto de contrato social determina los principios que definen el conjunto de valores éticos básicos de la sociedad. Estos principios constituirían la expresión de la voluntad moral de la colectividad y delimitarían los derechos y las obligaciones de la ciudadanía, así como anticiparían los mecanismos de respuesta ante contextos y situaciones de cambio social. Los principios del contrato social expresarían y ordenarían los valores de la ciudadanía respecto a la resolución de los problemas asociados a la determinación de prioridades en sanidad. Un contrato social para la sanidad debería tener en cuenta los principios de solidaridad intrageneracional e intergeneracional, subsidiariedad pública y privada, igualdad y responsabilidad colectiva e individual profesional y del ciudadano. El contrato social surge de la negociación de los conflictos morales latentes derivados de los diferentes valores de los grupos sociales que compiten por los recursos existentes, sin necesidad que ello suponga menoscabar la cohesión social. El modelo de contrato social constituye un buen punto de partida para redefinir las relaciones entre medicina y sociedad en el contexto actual de cambio social y, así, poder confrontar la tensión existente entre equidad, buena calidad asistencial, exceso de posibilidades asistenciales y recursos disponibles finitos (5). En este contexto, la participación de los pacientes en todos los momentos de la asistencia sanitaria (en la planificación, ejecución y evaluación) es fundamental y novedosa por lo que resultan de especial interés los movimientos de pacientes que contribuyen a promover este nuevo rol en la ciudadanía, a valorar al paciente como experto en la enfermedad y dar a conocer sus expectativas como la Universidad de Pacientes ([www.universidadpacientes.org/about/](http://www.universidadpacientes.org/about/)). Así, reproducimos a continuación la Declaración de Barcelona (6), resultado de una reunión que tuvo lugar los días 20 y 21 de mayo de 2003 en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el Estado

español. El objetivo de la reunión era la obtención de información sobre la visión y vivencias de los pacientes o sus representados en seis temas de interés sobre los que se había hecho un trabajo de preparación previo.

### 1. *Necesidades de información*

Conductor: Albert J. Jovell – Relator: Enric Pineda

Los participantes en este Seminario: plantearon las siguientes conclusiones:

- 1) Existe una necesidad de información que cumpla estas características:
  - a. Proporcionada por los profesionales, fundamentalmente los médicos.
  - b. Sea inteligible para los pacientes (evitando tecnicismos que desinformen).
  - c. Adaptada a las necesidades del paciente y a su capacidad para asumir las consecuencias de la misma.
  - d. Dentro de un modelo de provisión secuencial (ir dando la información ajustada a la evolución pronóstica y capacidad de entendimiento del paciente).
  - e. Evitando que la información cause más daño que bien.
  - f. Que constituya un pronóstico adecuadamente informado y que permita a los pacientes ser conscientes de los riesgos asociados al hecho de estar enfermos.
  - g. Que sea de buena calidad y esté acreditada en la evidencia científica y en el mejor juicio clínico.
  - h. Que incluya el conocimiento que se tiene sobre las ventajas y riesgos de las nuevas pruebas diagnósticas y los nuevos tratamientos.
  
- 2) Se deben prever los siguientes riesgos:
  - a. El riesgo de no pedir información por parte de los pacientes por miedo a la estigmatización asociada a la enfermedad, que en algunos casos puede llevar a la negación de la misma por parte del paciente y su entorno o a poner etiquetas negativas y discriminatorias.
  - b. Los riesgos asociados al seguimiento de itinerarios inapropiados de la información, que pueden conducir a tratamientos inadecuados, como por ejemplo acceder bajo engaño a terapias no acreditadas de forma científica.
  - c. El riesgo de marginar en el acceso a información de calidad contrastada sobre la salud a:
    - Habitantes zonas rurales.
    - Familiares de los enfermos y/o cuidadores que actúan como agentes de salud del enfermo.
    - Inmigrantes.
    - Afectados por enfermedades raras o poco prevalentes.

- 3) Hay que reivindicar la información como un hecho normal en la sociedad actual.
- 4) Se definen los diversos roles de informador asociados a los profesionales de la salud y el respeto a la pluralidad de las diferentes fuentes o agentes de información:
  - a. El especialista es el centro de información y el coordinador de la misma.
  - b. El médico de atención primaria debe coordinar la información sobre la atención integral del paciente.
  - c. Las asociaciones de pacientes y familiares son un elemento clave en la cadena de información, apoyo y ayuda.
  - d. La enfermería debería especializarse en desarrollar habilidades informacionales hacia los pacientes y sus familiares.
  - e. El farmacéutico debe informar, cuando sea oportuno, sobre los posibles problemas potenciales relacionados con el uso de los fármacos, especialmente los riesgos asociados a las interacciones farmacológicas, el cumplimiento inapropiado y los efectos secundarios.
  - f. Las administraciones públicas tienen que proporcionar aquella información que permita una atención integral a los pacientes, incluyendo aspectos relacionados con la atención socio-sanitaria, la integración al mundo laboral y el apoyo psicológico.
  - g. Los medios de comunicación tienen la responsabilidad de contrastar la veracidad y calidad de la información que difunden, evitando crear falsas expectativas o generar situaciones de alarma social. Asimismo, deberían profesionalizar mediante la especialización la información y comunicación sobre temas de salud.
  - h. La información proporcionada por Internet debería estar acreditada según criterios de calidad basados en códigos éticos.
  - i. La información producida desde las industrias farmacéuticas es contemplada de forma dispar, existiendo valoraciones a favor y en contra de su difusión libre.
- 5) Una información sanitaria de calidad tiene que cumplir estos criterios básicos:
  1. Veracidad.
  2. Basada en la evidencia científica.
  3. Transparencia en la fuente de información (identificación explícita de quién la produce y de cómo se produce).
  4. Claridad.
  5. Acceso rápido, fácil y universal.
  6. Adecuación a la capacidad de comprensión del paciente y a la evolución de la enfermedad.
  7. Acreditación externa.



## 2. *Implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas*

Conductor: Ricard Meneu – Relatora: Eulalia Hernández

Los participantes de este Seminario plantearon las siguientes conclusiones:

- 1) El criterio que debe prevalecer en una decisión sobre salud es el médico fundamentado en:
  - a. Conocimientos científicos.
  - b. Calidad de vida del paciente.
  - c. Respeto a la autonomía (voluntad de decisión) del paciente.
- 2) La autonomía de los pacientes o capacidad de autodeterminación abarca desde la elección prioritaria o rechazo de la opción terapéutica indicada hasta la expresión de preferencias y valores con respecto a la probable evolución de la enfermedad que permitan guiar la decisión del profesional.
- 3) La implicación de los pacientes en la toma de decisiones queda más justificada si:
  - a. Existen diferentes alternativas u opciones de tratamiento debidamente informadas entre las que poder elegir.
  - b. Pueden entender la naturaleza de la enfermedad y, así, expresar sus valores y preferencias, una vez han sido adecuadamente informados, sobre que opción de manejo clínico eligen.
  - c. Se prevén los resultados previsibles de las diferentes intervenciones terapéuticas disponibles.
- 4) La implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas tiene que enfrentarse a obstáculos concretos:
  - a. Tiempo de comunicación limitado por parte de los profesionales en la relación con los pacientes.
  - b. Formación o capacidad de entendimiento limitada por parte de los pacientes.
  - c. Escasa formación en comunicación por parte de los médicos, tanto en la formación de pregrado como en la formación médica continuada.
  - d. Duración escasa de la visita médica.
  - e. Accesibilidad limitada a las fuentes de información de calidad sobre temas de salud.
  - f. Enfermos afectados de enfermedades que implican un deterioro cognitivo que dificulta su capacidad de comprensión y decisión.
- 5) Se proponen medidas para facilitar una mayor implicación de los pacientes, entre las que se incluyen:

- a. Mayor colaboración entre profesionales.
- b. Mejorar la capacidad de diálogo con los médicos, en los aspectos relacionados con la comunicación y la información.
- c. Mejorar la coordinación entre asociaciones de pacientes y sociedades científicas en la realización de materiales de información e instrumentos que sirvan de ayuda y apoyo para la promoción de la toma de decisiones compartidas.
- d. Evitar informaciones tendenciosas o generadoras de alarma social.
- e. Desarrollar estrategias específicas para atender los casos en que la enfermedad lleva asociado un impacto psicológico importante en los pacientes, como es el caso del cáncer; cuando existe un elevado deterioro cognitivo o cuando los pacientes tienen limitada su capacidad de comprensión.

### 3. *Comunicación y relación médico-paciente*

Conductora: María D. Navarro – Relatora: Laura Fernández

Los participantes en este seminario plantean las siguientes conclusiones:

- 1) Se debería buscar una alternativa mejor al término PACIENTE que refleje mejor el establecimiento de un modelo de relación más simétrico entre médicos y pacientes.
- 2) La relación médico-paciente es muy importante y debería basarse en los siguientes criterios:
  - a. La confianza debe ser mutua.
  - b. El médico debe tener más tiempo para la atención del paciente.
  - c. El médico debe mantener una posición de escucha más activa de los pacientes.
  - d. Debe estar orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes.
- 3) Los aspectos que deberían mejorarse en la relación médico-paciente serían:
  - a. Escuchar al paciente de forma más activa por parte del médico.
  - b. Una relación personal basada en la confianza mutua y el respeto.
  - c. Los valores humanos deben ser contemplados e incorporados en esta relación.
  - d. La calidad de la relación debería ser medida y contemplada en los procesos de mejora continua de la calidad asistencial.
  - e. Mejorar la formación profesional, en cuanto a aptitud y actitud, de los profesionales que garantice una buena atención en los aspectos personales y de trato humano.
  - f. Aumentar el tiempo dedicado al enfermo.

- g. Mejorar la accesibilidad y la puntualidad.
  - h. Reducir los tiempos de espera del enfermo.
- 4) Respecto a la relación del paciente con el médico en Atención primaria/especializada se valora:
    - a. Puede existir una diferenciación, en el contenido y el contexto, pero no el trato recibido por los pacientes.
    - b. Sería necesaria una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
  - 5) Se requiere una preparación y entrenamiento específico del médico ante un paciente informado y autónomo que querrá participar de forma más activa en los procesos de toma de decisiones que afectan a su salud.
  - 6) La mejora de la relación y comunicación médico-paciente puede promoverse desde la sociedad siguiendo estas estrategias:
    - a. Desarrollo de un código ético, publicitado en los centros de atención primaria y centros hospitalarios.
    - b. Estimular la participación comunitaria al máximo, a través de las asociaciones de pacientes y/o el voluntariado.
    - c. Fomentar mecanismos que impliquen a los ciudadanos en la definición de las políticas sanitarias.
    - d. Implementar obligatoriamente en los planes de salud de cada una de las CC. AA. estrategias de mejora de la comunicación médico-paciente.
    - e. Fomentar estructuras organizativas que fomenten el desarrollo de una mayor confianza entre médicos y pacientes.

#### 4. *Accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria*

Conductor: Francisco Cárceles – Relator: Enric Pineda

Los participantes de este seminario presentaron las siguientes conclusiones:

- 1) Se identifican limitaciones al acceso a los servicios sanitarios que se manifiestan de la siguiente forma:
  - a. Existencia de listas de espera.
  - b. Ausencia o acceso restringido a determinadas prestaciones, incluida la alta tecnología y nuevos fármacos.
  - c. Cartera de servicios limitadas en la provisión en zonas rurales y / o periféricas.
  - d. Acceso de poblaciones inmigrantes.
  - e. Acceso al conocimiento y a la información relevante.

- f. Cobertura económica insuficiente en determinadas patologías, en especial los costes ocultos asociados a la enfermedad y al hecho de estar enfermo.
- 2) Se prevén como limitaciones futuras en el acceso a los servicios sanitarios:
    - a. Asignación económica a la asistencia sanitaria reducida con una menor relación del presupuesto disponible con respecto a las necesidades a satisfacer.
    - b. El envejecimiento de la población produce nuevas necesidades.
  - 3) Las administraciones públicas deberían determinar, de forma compartida con los ciudadanos mediante mecanismos de participación activa, cuáles son las prioridades a financiar.
  - 4) Los beneficios de potenciar la participación del paciente en decisiones políticas sanitarias son:
    - a. Un mayor conocimiento intrínseco de la patología.
    - b. Mejoría del grado y calidad del servicio obtenido.
    - c. Disminución de los costes innecesarios.
    - d. Implementación de necesidades expresadas por los pacientes en las políticas públicas.
  - 5) Los inconvenientes de potenciar la participación del paciente en decisiones políticas sanitarias son:
    - a. Riesgo de personalización de las políticas sanitarias.
    - b. Efecto *lobby* o grupo de presión de determinadas asociaciones de pacientes con respecto a otras menos organizadas.
  - 6) Con respecto al copago de la asistencia sanitaria por los pacientes se valora que éste es asumible en el momento en que se ajusta al nivel de renta, y no limita el acceso de determinadas personas a prestaciones sanitarias consideradas esenciales.

##### 5. *Participación de los pacientes en las políticas sanitarias*

Conductor: Ricard Tresserras – Relatora: Eulalia Hernández

Los representantes del Seminario plantean las siguientes conclusiones:

- 1) Se debe reflexionar sobre las circunstancias que limitan la implicación de los pacientes en la definición de las políticas públicas para ello se sugiere:
  - a. Dejar de ver a la administración como un enemigo.
  - b. Que la administración deje de ver a las asociaciones como enemigos.

- c. Contemplar las asociaciones como agentes sociales cuya colaboración es necesaria.
- 2) Se realizan las siguientes propuestas para mejorar la participación de los ciudadanos en las políticas públicas:
- a. Fomentar la formación de asociaciones de pacientes y crear federaciones entre las mismas.
  - b. Crear un foro de participación de las asociaciones.
  - c. Que el Consejo de Salud Social incorpore a representantes de las federaciones y que éstos sean de carácter rotativo.
  - d. Tener en cuenta los puntos de vista del foro de asociaciones de pacientes en la aplicación de la Ley de Cohesión y Calidad, y la Ley de Autonomía del Paciente.
  - e. Que la Ley especifique de forma explícita el número de representantes de las asociaciones y su rol en el desarrollo de la misma.
  - f. Aumentar la formación (tanto de médicos como de pacientes) para incentivar la concienciación y participación de los mismos en la definición de las políticas públicas.
  - g. Buscar mecanismos que favorezcan la participación de pacientes que no formen parte de asociaciones específicas.
- 3) Con respecto a la recién aprobada Ley de Cohesión y Calidad se expresan las siguientes puntualizaciones:
- a. No se han tenido en cuenta a las asociaciones de pacientes en la redacción de la Ley.
  - b. Se mencionan aspectos sobre cómo garantizar la participación en el sistema sanitario de salud pero no se desarrollan los mecanismos para poder participar.
  - c. Existe un desequilibrio en la representatividad en el Consejo Social Salud.
  - d. La Ley debería incluir en su contenido aspectos psicosociales relacionados con el bienestar individual y social.

## 6. *Derechos de los pacientes*

Conductora: Margarita Retuerto – Relatora: Laura Fernández

Los participantes de este Seminario presentaron las siguientes conclusiones:

- 1) Los pacientes desconocen en gran parte sus derechos básicos como pacientes.
- 2) Una cartera de derechos básicos de los pacientes debería incluir los siguientes derechos:

- a. Rapidez en la atención para la resolución de los problemas de salud.
  - b. Acceso a las pruebas que son necesarias.
  - c. Certeza de recibir el mejor tratamiento disponible.
  - d. Libre elección del médico de atención primaria y de cambio de especialista.
  - e. Acceso a los informes escritos completos que forman parte de la historia clínica del paciente.
  - f. Información sobre el diagnóstico, los riesgos, prevención y tratamientos disponibles.
  - g. Tratamiento médico gratuito en las enfermedades crónicas.
  - h. Derecho de información sobre la organización y funcionamiento del sistema sanitario.
  - i. Consentimiento informado en un lenguaje claro y entendible.
  - j. Recibir un trato digno y humano.
  - k. Acceso a tratamiento quirúrgico en un tiempo razonable.
  - l. Acceso a segunda opinión médica.
  - m. Existencia de documentos de voluntades anticipadas.
  - n. Confidencialidad/intimidad del acto médico.
  - o. Derecho a no ser informado si así se solicita.
- 2) Los aspectos que deberían mejorar en relación a los derechos de los pacientes son:
- a. Desarrollo de una carta específica de derechos básicos.
  - b. Programas educacionales formativos.
  - c. Identificación del personal sanitario.
  - d. Acercar el conocimiento y cumplimiento de los derechos a médicos y profesionales.
  - e. Incluir como elemento de evaluación de la calidad de la asistencia el grado de cumplimiento de los derechos.
  - f. Mejorar la información al paciente y garantizar el uso de un lenguaje más inteligible en el informe médico.
  - g. Divulgación y difusión de las cartas de derechos y deberes tanto a los profesionales como a los pacientes.
  - h. Guías y servicios de acogida de orientación e información a los pacientes, como servicio integrado a los servicios específicos, y de tipo multidisciplinario.
  - i. Facilitar la accesibilidad a la información sobre derechos a los pacientes en su recepción al centro.
  - j. Información adecuada y apoyo psicológico a los pacientes con continuidad en el curso de su enfermedad.
  - k. Aclarar la terminología a los pacientes sobre dispositivos asistencias y tecnologías sanitarias: centro asistencial/centro sanitario.

- l.- Facilitar la atención especializada en enfermedades multisistémicas, creando modelos asistenciales que sirvan como referente, y facilitando la coordinación entre dispositivos-servicios asistenciales.
- 3) Para conseguir una correcta implantación de una política de derechos de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud se proponen las siguientes acciones:
  - A) Corto plazo:
    - a. Campaña de divulgación de los derechos de los pacientes y su garantía de la evaluación de su cumplimiento.
    - b. Mejora de los instrumentos de reclamación.
    - c. Creación de las figuras de defensor del paciente en las CC. AA.
    - d. Utilizar las reclamaciones como medida de evaluación y acreditación de la calidad asistencial del centro.
  - B) Medio plazo:
    - a. Valorar la calidad asistencial en función del nivel de atención que se presta a los derechos de los pacientes.
    - b. Desarrollo urgente del Observatorio (incluido en la Ley de Cohesión y Calidad).
  - C) Largo plazo:
    - a. Integración en las redes europeas de derechos a los pacientes.
    - b. Desarrollo y adopción del modelo europeo basado en la carta de los derechos fundamentales de los pacientes (Carta de Niza).
- 4) La información sobre los derechos de los pacientes a los pacientes es responsabilidad de:
  - a. La Administración sanitaria: a nivel central, autonómico y local.
  - b. El médico responsable de coordinar la asistencia al enfermo.
  - c. Las organizaciones y asociaciones de pacientes.
  - d. Unidades o servicios especializados de atención al paciente o al usuario.
  - e. Medios de comunicación bien estructurados e informados (en base a criterios de calidad y con respeto a los temas que se están tratando).
- 5) La garantía de implementación de los derechos de los pacientes debe venir avalada por:
  - A) Nivel Interno.
    - Los propios profesionales sanitarios.
    - Unidades específicas de atención al paciente (reclamaciones y quejas) que actúen con eficacia en los centros sanitarios.
    - Servicios de inspección o acreditación.

- B) Nivel Externo.
- Asociaciones de pacientes.
  - Defensor del paciente.
  - Jueces.

La Fundació Biblioteca Josep Laporte lleva realizando diferentes estudios cualitativos con pacientes y población españoles desde el año 2000 que exploran diferentes aspectos relacionados con el hecho de sentirse enfermo y el contexto sanitario, tanto en el contexto nacional como europeo. Utilizando estos datos y otros procedentes de diferentes estudios cuantitativos realizados en el mismo ámbito y período de referencia han publicado resultados sobre el conocimiento que el paciente tiene del sistema sanitario y su participación en él (7). Respecto al conocimiento del Sistema Nacional de Salud, destacan las siguientes paradojas:

- La mayor parte de los ciudadanos españoles desconocen cómo está financiado y organizado el Sistema Nacional de Salud.
- Los ciudadanos prevén un escenario de racionamiento y dificultades, aunque tienen depositadas grandes expectativas en torno a la efectividad de la atención sanitaria pública que reciben.
- A pesar del gran número de leyes de protección de los derechos de los pacientes, hay un desconocimiento sobre su existencia.
- Los ciudadanos identifican carencias financieras pero no están dispuestos a aumentar su contribución económica a la sanidad.
- Los ciudadanos sostienen que el presupuesto global permite realizar transferencias hacia la sanidad.
- La percepción de posibles carencias en el sistema sanitario y de la necesidad de cambios va asociada a una gran confianza en las instituciones sanitarias públicas y en sus profesionales, y en una menor confianza en la política.
- A pesar de la existencia de asociaciones de pacientes, algunas autoridades sanitarias y parlamentos no tienen en cuenta sus opiniones.

Estos resultados les permiten realizar una serie de recomendaciones en cuanto a política sanitaria:

- La mayor parte de los ciudadanos españoles deberían conocer cómo funcionan los servicios sanitarios a los que acuden como pacientes.
- Los ciudadanos deberían conocer sus derechos y obligaciones como pacientes.
- Las leyes aprobadas por los Parlamentos y las políticas públicas deberían ir acompañadas de un calendario de ejecución y una sistemática de evaluación.



- Las cuentas de la sanidad, en términos de resultados clínicos y financieros, deberían hacerse públicas para identificar la efectividad y las necesidades que necesitan ser cubiertas.
- Los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias tienen un elevado capital social en forma de confianza que debería aprovecharse para favorecer la participación de los pacientes en la gerencia de la sanidad.
- La democratización de las organizaciones sanitarias pasa por fomentar estrategias de análisis de necesidades, de formación y de información acreditadas por instituciones universitarias, así como por la promoción de la democracia deliberativa.

## 2. LA SALUD, OBJETO DE CONSUMO

«En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante».

Ivan ILLICH

«La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano».

Aldous HUXLEY

En 1993, en un informe con una fuerte carga ideológica de libre mercado, el Banco Mundial igualaba los servicios de salud a otros bienes de consumo, rechazando la idea de la salud como necesidad básica que debe ser cubierta de forma universal por el sistema público. Las reformas privatizadoras parten y persiguen objetivos económicos de rentabilidad como un fin en sí mismo (8). Por otra parte, la distancia entre la definición normativa de salud y su percepción aumenta con el desarrollo. Está documentado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales y la salud objetiva percibida por los individuos. Cuanto mayor es la oferta de *salud*, más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades (9). Entendemos por medicalización este proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos en términos de enfermedad o trastorno (9). Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales pero que se sitúan en un área nebulosa difícil de distinguir de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser personas (10). Se puede considerar «no enfermedad» a un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera

considerado y tratado así (11). Para esto se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad.

La medicalización puede adoptar tres grandes modos:

1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la «mirada médica» como entidades patológicas abiertas a la intervención médica.

2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican.

3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte (11).

Hace un cuarto de siglo la crítica de la medicalización hizo su aparición en los debates sanitarios. Aunque algunos de los elementos de esta crítica gozaban de una larga tradición, confluían en ella visiones muy distintas e interpretaciones divergentes (Foucault, Illich, Navarro, Mendelsohn, Skrabanek, etc.). En el imaginario colectivo la crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra *Némesis Médica*, pese a que este trabajo no escogía la medicina como tema, sino como ejemplo. Desde los años ochenta las críticas a la medicalización se han ido confinando en los territorios de la sociología, los movimientos alternativos o aquellos ámbitos sanitarios poco satisfechos con ciertos rumbos de su historia, como la psiquiatría o el salubrismo. Sin embargo, algunos de los aspectos que motivaban dichas críticas han ido cargándose de argumentos durante este tiempo. Así, ha aumentado la conciencia de que muchas intervenciones sanitarias se sitúan en la «parte plana de la curva» –aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen– sin que las corrientes mayoritarias del pensamiento médico relacionen este fenómeno con ninguna forma de iatrogenia social. Iván de la Mata y Alberto Ortiz (12) consideran que los factores que contribuyen al fenómeno creciente de la medicalización son diversos y complejos: entendiendo la enfermedad mental como un proceso de construcción social de una estructura conceptual que legitima la intervención técnica sanitaria, consideran que el proceso de medicalización se explica mejor analizando el conjunto de factores sociales, políticos, asistenciales y fuerzas normalizadoras que han ido conformando cada momento histórico. Tomando como punto de partida el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, época en la que se desarrollan los estados sociales o del

bienestar y los sistemas públicos de asistencia en los países occidentales, distinguen dos etapas ideológicas en el proceso de medicalización (si bien se centran en la atención a la salud mental, el ejemplo es extensible al resto de la medicina):

- El estado del bienestar y la ampliación del objeto de la atención en salud mental (1950-1980): En el inicio de las políticas del bienestar, derivadas del consenso social y del compromiso de clases, la salud aparece como un bien social y como un derecho conquistado que necesita una nueva organización asistencial dentro del aparato burocrático del estado moderno, los sistemas públicos de atención médica, cuyo máximo exponente son los sistemas nacionales de salud. La salud es un bien social, colectivo, y el concepto de enfermedad tiene que superar la visión individual de riesgo, centrándose en un sentido positivo de conseguir la salud. En este contexto ideológico aparece la definición de salud de la OMS de 1948 como el estado de bienestar físico, psíquico y social. El nuevo paradigma de práctica de la medicina junto con los desarrollos de los sistemas asistenciales (se especulaba con que bien el avance de la terapéutica, bien la transformación de las condiciones de vida de la población producirían una disminución en la morbilidad de las poblaciones) implica un cambio radical: el enfermo y la enfermedad son buscados activamente en la comunidad, incluso antes de su existencia. Si la enfermedad existe antes que el médico la diagnostique, los límites se difuminan. Esta expansión del estado del bienestar no dejó de tener sus críticos ya en los primeros momentos, desde un lugar diferente al que se le critica en la actualidad: algunos lo consideraban una nueva forma de control social, más refinada que no primaba la autonomía del individuo ni la crítica al sistema capitalista. En cualquier caso, en este periodo se produce una ampliación del objeto de atención junto con la tecnificación, especialización y una búsqueda activa y positiva promovida por un estado garante del derecho social a la salud.
- La transformación de la demanda en tiempos de mercado: a partir de los años ochenta del siglo XX, en el contexto de las transformaciones sociales del nuevo capitalismo postindustrial, la demanda experimenta un aumento cuantitativo y una transformación cualitativa. Los cambios sociales que se producen en el nuevo contexto económico apuntalan una nueva cultura en la que las exigencias del individualismo y del mercado libre priman sobre consideraciones sociales o necesidades colectivas (13). Al mismo tiempo que se desarticulan redes sociales tradicionales, se cuestionan las instituciones del estado que promueven la solidaridad social (seguros de desempleo, ayudas sociales...). La crisis del estado del bienestar

trae consigo la puesta en marcha de reformas diversas que se han denominado neoliberales y que son la expresión inmediata de la reacción ideológica que frente a las crisis sociales y económicas de los años setenta protagonizó la nueva derecha. Los valores y creencias sobre los que se sustenta la comunidad como agente social dejan de tener continuidad en un mundo en el que prima la elección individual. Este nuevo «estilo de vida» crea incertidumbres propias en los ámbitos familiar, social y laboral que se entienden ahora como responsabilidad exclusiva del individuo y se ven transformadas en objetos de demanda al sistema sanitario<sup>2</sup>. Si en los años de extensión del estado del bienestar la crítica a la medicalización radicaba en la intromisión del estado en el individuo a través del poder normalizador de la clase médica, en los años del neoliberalismo el estado da paso al mercado como uno de los protagonistas principales de la medicalización: la salud no se escapa a la centralidad que el mercado adquiere en la vida social, bien al contrario, es un campo donde ampliar horizontes económicos y se convierte, en los países desarrollados, en una de las actividades más lucrativas. Una de las estrategias para poder alcanzar mayores beneficios es ampliar la oferta asistencial con la creación de nueva demanda.

Isabel del Cura y Alberto López (14) presentan múltiples ejemplos de las «no enfermedades» que son motivos de consulta en atención primaria y el «top 20» de las principales no enfermedades que resultaron de una votación entre los lectores del *British Medical Journal* en 2002 (tabla 1). Entre los factores implicados en este proceso señalan algunos de los ya comentados y de los actores involucrados en el mismo enumeran el modelo de atención de salud y sus profesionales, que ofertan una serie de servicios, los potenciales pacientes, esto es, la población en sus conjunto que los demanda, y otros agentes sociales como los representados por la industria farmacéutica, los medios de comunicación o la administración. Respecto a la responsabilidad de la industria farmacéutica en la medicalización de la vida y la creación de no enfermedades, utilizando como ejemplo la osteoporosis, la menopausia y las enfermedades cardiovasculares, dibujan el sendero de la «cultura del riesgo» por el que el riesgo epidemiológico –la asociación estadística entre un factor de riesgo y una enfermedad– se convierte en enfermedad o en causa necesaria y suficiente de la misma. El riesgo pasa así a ser una enfer-

---

<sup>2</sup> Lo que supuso este proceso para la transformación de la asistencia a la salud mental y la «epidemia de patología del malestar» actual puede leerse extensamente en: De la Mata Ruiz, I., Ortiz Lobo, A., «La colonización psiquiátrica de la vida», *Archipiélago, Cuadernos crítica de la cultura*, 2007, 76: 39-50.

medad prevalente susceptible de recibir tratamiento, habitualmente farmacológico. Para muchos, por ejemplo, sobran razones comerciales y faltan razones científicas en el enfoque de asuntos como la osteoporosis, uno de los problemas de salud que generan mayor gasto sanitario. Se debe tener en cuenta que la prevención puede provocar iatrogenia tanto por las actividades diagnósticas como por la instauración de tratamientos. Este entorno excesivamente intervencionista ha llevado a acuñar términos como «prevención cuaternaria», entendida como las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables. Para de la Mata y Ortiz (12), la industria farmacéutica transformó su estrategia de marketing pasando de la venta de fármacos a la venta de enfermedades. El recorte de las ayudas

Tabla 1. *TOP 20 de no-enfermedades en orden descendente de «no enfermedad» (votación lectores BMJ)\**

1	Envejecimiento
2	Trabajo
3	Aburrimiento
4	Bolsas en los ojos
5	Ignorancia
6	Calvicie
7	Pecas
8	Orejas grandes
9	Canas, pelo gris
10	Fealdad
11	Parto
12	Alergia al siglo XXI
13	Jet lag
14	Infelicidad
15	Celulitis
16	Resaca
17	Ansiedad por el tamaño del pene
18	Embarazo
19	Cabreo al volante
20	Soledad

\* Smith, R., «In Search of non Disease», *BMJ*, 2002, 324: 883-885.

públicas a la investigación farmacológica ha hecho que las compañías privadas controlen en mayor medida este sector (jugando un papel importante en qué se investiga y qué no; qué resultados se publican y cuáles no, etc.). La investigación se orienta así en función de la rentabilidad del mercado y no de las necesidades sanitarias de la población y la industria farmacéutica conquista una buena parte del control del conocimiento a través de la formación de los médicos y la propaganda en distintos medios de comunicación, especializados y generales. También en el Informe SESPAS 2008 se alerta sobre los riesgos de la extensión del «entusiasmo por la salud» a las pruebas diagnósticas. Lumbreras y Hernández Aguado (16) señalan que a la progresiva medicalización de la vida se está añadiendo en los últimos años un desmedido interés por la salud que se convierte en una finalidad de la existencia y no en un medio. Esta nueva concepción de la salud como fin, ha motivado el crecimiento del llamado mercado secundario de la salud y que se hable de la «sociedad de la salud» al igual que se habla de la sociedad del conocimiento. Entre los «productos» sanitarios más populares se encuentran las pruebas diagnósticas; de ahí el entusiasmo surgido por los programas de cribado o por las nuevas tecnologías genéticas, sobre todo en detección y pronóstico de cáncer. El fenómeno afecta a la salud pública por la capacidad iatrogénica de las pruebas diagnósticas y por la carga asistencial prescindible que su uso exagerado provoca. Es recomendable propiciar una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre la práctica de pruebas diagnósticas y de cribado. Debe incentivarse la investigación diagnóstica que proporcione resultados en términos de impacto diagnóstico, terapéutico y de salud, que permitan una toma de decisiones más fundamentada sobre el uso de pruebas diagnósticas y de cribado. También en el ámbito de las propuestas para no medicalizar más, del Cura y López García Franco señalan la contribución imprescindible de la investigación desde los profesionales de la atención primaria: la necesidad de plantearse preguntas de investigación pertinentes. Siguiendo a Luis Carlos Silva (17) consideran que la investigación en atención primaria puede jugar un papel fundamental porque, por ejemplo, existen actividades sanitarias cotidianas cuya pertinencia ofrece dudas y otras que deben ser rigurosamente examinadas antes de implantarse. Por ello las preguntas a plantearse deben ser pertinentes y relevantes, orientadas a la salud pública, con un método para contestarlas que trascienda el «valor p» y combine las evidencias subjetivamente acumuladas con la información concreta obtenida de un experimento u observación particular (métodos bayesianos) junto con la honestidad en la interpretación de los resultados. En el proceso de medicalización del riesgo, y por tanto de la prevención, los médicos no son los únicos actores implicados por lo que las estrategias para racionalizar la situación deberían ser multidisciplinares: no se puede negar el papel de las com-

pañías farmacéuticas que, apoyadas en ocasiones por los medios de comunicación, contribuyen a generar necesidades en una población receptiva que después comprará remedios, ni el de la administración, responsable de la evaluación y adquisición de nuevos fármacos y tecnologías que autoriza su uso aunque después presione al profesional para que no lo prescriba.

Como se empezaba a apuntar más arriba, la medicalización, la construcción de la salud como objeto de consumo no es un proceso inocuo ni gratuito. Lleva consigo un proceso de aculturación en el que el dolor y el sufrimiento son descontextualizados de la biografía del individuo, del entorno social en el que se desenvuelven y recodificados como problemas a los que les corresponde una respuesta técnica sanitaria (12). La pérdida de la salud en cualquiera de sus ámbitos, más si cabe en salud mental, se convierte en la respuesta individualizada frente a situaciones sociales injustas, respaldando el debilitamiento de redes tradicionales de contención o llenando el vacío de la falta de sistemas de solidaridad social. A nivel individual, además del riesgo que comportan las asistencias sanitarias, enmarcar en lo psicológico y lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público puede colocar al individuo como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida, puede invalidar su capacidad de afrontamiento y fomentar la desresponsabilización de sus conductas y emociones. A nivel social, la medicalización es uno de los elementos clave para entender la crisis que atraviesan los sistemas públicos de atención sanitaria. No hay sistema sanitario en el mundo que pueda satisfacer todas las demandas porque éstas no tienen límite. La complejidad del fenómeno de la medicalización y su aparición en un contexto económico, social y cultural determinado hace que el propio sistema sanitario sea incapaz de plantear él solo las soluciones. Señalan de la Mata y Ortiz que sin un replanteamiento radical del contrato social entre la población y el sistema sanitario, la viabilidad está comprometida, no sólo por razones económicas sino por la magnitud de los conflictos de intereses y la carencia de valores que permitan enfrentarlos con probabilidades de éxito.

### 3. LA EDUCACIÓN SANITARIA Y LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

En los tiempos de la segunda revolución epidemiológica, nadie duda de la importancia de la educación sanitaria para modificar hábitos y estilos de vida, responsables, al menos en parte, de las enfermedades crónicas, degenerativas y los accidentes, prevalentes en la actualidad como en el pasado lo fueron las enfermedades infecciosas (18). En su artículo «Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria» (19), Roberto Briceño, a propósito del control de las enfermedades parasitarias, considera que con frecuencia el gran olvidado es el factor huma-

no y la educación sanitaria; si se quiere conseguir que los individuos se impliquen activamente en las acciones necesarias para el control de la enfermedad, se debe conocer al ser humano (sus creencias, sus hábitos y roles, sus circunstancias) y contar con el ser humano. Parte de la idea de que *nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo*. Esto quiere decir que las personas deben actuar para poder garantizarse su propia salud, que los programas no pueden ser impuestos a la comunidad, que la comunidad debe compartir el tipo de programa de salud que se va a llevar a cabo. Todo ello por un principio ético y un principio de eficacia y sostenibilidad de las acciones. Intentando tender puentes entre las teorías situacionales de la acción humana y las basadas en valores (ambas pretenden explicar qué mueve a los individuos a actuar) propone siete tesis sobre la relación entre educación sanitaria y participación en salud:

- La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.
- La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado.
- No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
- La educación debe ser dialógica y participativa.
- La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.
- La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro.
- La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

Consideramos que estos principios generales bien podrían resumir las bases de una buena práctica en educación sanitaria.

En la sociedad actual, el acceso a la información médica y la información sanitaria ha dejado de ser patrimonio de los profesionales sanitarios. Se han multiplicado exponencialmente las fuentes de información, facilitando el acceso de la ciudadanía a la misma. La calidad de esta información, el uso que se puede hacer de la misma, la responsabilidad de los medios, la creación de expectativas, cómo pueden hacer los investigadores y las sociedades científicas para divulgar los conocimientos de forma comprensible y adaptada a cada sector de la ciudadanía... ha generado un amplio debate en la sociedad científica del que destacamos el seminario realizado en la Universidad Menéndez Pelayo en 1999 «Salud y Opinión Pública», cuyas conclusiones están publicadas en la revista *Quark, Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura* (20).

Existen numerosas fuentes de información: muchos periódicos incluyen columnas dedicadas a cuestiones de salud y publican noticias médi-



cas de interés periodístico, las revistas incluyen artículos sobre atención sanitaria, casi todas las emisoras de radio y televisión informan sobre estas cuestiones, hay un marcado incremento de los libros médicos destinados al gran público y por último, no se puede olvidar la presencia de Internet. Para Josep María Borràs (21), la proliferación de información médica fácilmente accesible plantea varias preguntas: ¿afectará a la relación médico/paciente?, ¿afectará a la salud pública? La respuesta, en ambos casos, es un sí. Otra cuestión es si todo ello repercutirá de manera favorable o desfavorable. La respuesta para él es obvia: de ambas maneras. Habrá buena y mala información y se hará de ella un uso adecuado o inadecuado. Hay pocos datos concretos y lo que existe hace pensar que las repercusiones son variables, en función de múltiples factores:

- *Repercusiones en la relación médico/paciente.* No existe una única relación. Ésta será distinta en cada caso, e incluso variará con el mismo médico y paciente en diferentes situaciones. Las relaciones presentan un amplio margen de variación. A menudo presenciamos aquellas en las que el médico está en posesión de todo el poder y la autoridad, pero cada vez hay más casos en los que médico y paciente colaboran en condiciones de igualdad. Hoy día, cada vez es más elevado el número de pacientes que intentan gestionar su propia salud, con la ayuda de grupos formales de autoayuda, grupos de amigos y familiares. Un extremo de esta última tendencia es la auto-terapia, con poca o ninguna relación con el médico. El cambio en las relaciones médico/paciente apunta en la dirección en la que los médicos opten por compartir la responsabilidad de la información, ayudando al paciente a distinguir entre informaciones buenas y malas, y consiguiendo una relación aún mejor con sus pacientes, sobre todo con los que padecen enfermedades crónicas y trastornos poco comunes.
- *Repercusiones en la salud pública.* Internet es un campo abonado para los profanos que buscan información médica. Los mensajes relacionados con salud pública incluidos en revistas, periódicos, radio y televisión son el pan nuestro de cada día. Todas estas fuentes de información poseen motivos que pueden interferir en una comunicación constructiva y beneficiosa. Pero los medios informativos se enfrentan a una dura competencia, plazos urgentes y la necesidad de captar audiencia. Esto explica que busquen el sensacionalismo y presenten una tendencia a la exageración. Y lo que es peor, cada uno de los médicos, investigadores y revistas médicas que les proporcionan información tienen sus propias motivaciones y objetivos. En principio, es necesario mostrar una actitud crítica frente a todas estas fuentes de información, algunas de ellas especialmente poderosas (20).

1. *Internet*. El interés que despierta la información de salud en Internet es obvio. Algunas pruebas de este interés están en el aumento de portales de salud con información para usuarios, así como las numerosas páginas web de salud de distinto tipo: asociaciones de pacientes, organismos oficiales, páginas personales de pacientes y familiares afectados por determinadas dolencias. En la actualidad, Internet facilita el acceso a cantidades incalculables de información. La presentación de la información relacionada con la salud en páginas web es cada vez más sofisticada, con avances manifiestos en la mejora de los contenidos, en la calidad y la fiabilidad de la información así como en la identificación de la autoría de los documentos. Pero al lado de estas mejoras se ponen sobre la mesa otros conceptos, como la «alfabetización en salud» (*health literacy*) y la legibilidad (*readability*) de los documentos de Internet, especialmente los dirigidos a los consumidores y población general. El concepto de alfabetización en salud se utiliza por primera vez en el año 1974 en un informe de los Estados Unidos de Norteamérica acerca de la educación en salud como política social. De las múltiples definiciones que surgen Azucena Blanco y Uxía Gutiérrez (22) utilizan, para su estudio la de la *American Medical Association*, «el grado por el cual los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender información básica de salud y los servicios que necesitan para tomar decisiones apropiadas en salud». La legibilidad o la relativa dificultad de descifrar las palabras es uno de los factores requeridos para que la información escrita sea fácilmente comprensible para lectores de cualquier nivel. En el mundo anglosajón el concepto está relacionado directamente con la educación en salud, la promoción de la salud y la prevención primaria. Un análisis de la *National Adult Literacy Survey* estadounidense de 1992 señala que alrededor de 90 millones de adultos americanos son analfabetos funcionales o marginalmente funcionales, teniendo dificultades para entender la información sobre los cuidados de salud que necesitan y reciben. Los análisis del Departamento de Salud de Canadá ponen de manifiesto que el 53% de los adultos mayores de 65 años tienen un nivel 1 de alfabetización en salud, lo que supone que son incapaces de reconocer en los folletos de medicamentos la dosis de medicina para suministrar a un niño. Otro estudio revela que la capacidad de lectura y comprensión de los pacientes presentan grandes diferencias, pero, en general, es inferior al nivel de escolarización que poseen. Otro de los aspectos que reflejan indirectamente los conceptos de legibilidad y alfabetización en salud se ha puesto de manifiesto en estudios americanos que revelan el coste económico de la escasa o baja alfabetización en salud existente en EE. UU. Por ejemplo, estancias hospitalarias más altas debido a la falta de comprensión de los planes de tratamiento y a la toma inadecuada de medicación que, según el estudio, suponen un gasto adicional de 73 billones de dólares en 1998. Además, se producen más visitas a los

centros de salud y un mayor uso de los recursos hospitalarios especializados (22). La investigación de Blanco y Gutiérrez tiene como objetivo medir el grado de legibilidad de la información para pacientes accesible en Internet en lengua española para lo que seleccionan 112 documentos acerca de 7 enfermedades crónicas, recuperan, de las estadísticas de legibilidad de Microsoft Word, los datos de número de sílabas y de oraciones en las 100 primeras palabras de cada documento y, para calcular la legibilidad, aplican una adaptación de la fórmula de grado de Flesch para el idioma español realizada por Fernández Huerta. Concluyen que los índices de legibilidad que muestran los documentos analizados, aunque buenos, no son los óptimos para los pacientes y usuarios que buscan información de salud en Internet. La elaboración de documentos de información para los pacientes adaptados a su nivel de legibilidad es fundamental. Se necesitan estudios que valoren las consecuencias que la baja alfabetización en salud así como el uso incorrecto de los medicamentos, errores en la preparación para las exploraciones diagnósticas e incremento de los costes de los servicios de salud (22).

2. *Los medios de comunicación:* Como señala Vladimir de Semir (23), los medios de comunicación informan amplia y constantemente al público de novedades relacionadas con la salud, pero una gran mayoría del público tiene dificultades para reconocer lo que debe o no debe hacer para mejorar su salud. Tras una amplia encuesta, investigadores de la Escuela de Periodismo de la Universidad de Missouri (Estados Unidos) concluyen que una mayoría de periodistas no han tenido la formación específica indispensable en materia de salud para llevar a cabo una adecuada gestión de la información especializada en medicina y salud. Según recoge este trabajo universitario, en que se han encuestado periodistas y lectores de 396 periódicos y revistas, el papel que desempeñan los periodistas puede ser muy relevante para neutralizar los efectos negativos de la limitada 'alfabetización en salud' de la sociedad norteamericana. De los periodistas encuestados, sólo el 18% tenía formación especializada en materia de salud. Sin embargo, las informaciones que generan desempeñan un papel importante en la educación sanitaria informal de las personas. Según destaca el estudio, «se ha detectado que a muchos periodistas les resulta difícil mantener un adecuado equilibrio entre el rigor científico de sus informaciones y unas recomendaciones demasiado simplistas». La terminología técnica y, sobre todo, la gestión de datos y estadísticas, son esenciales para hacer eficaz la información sobre salud, pero la comprensión de estos datos y estadísticas es un reto casi insuperable para muchas personas. De esta situación se derivan importantes problemas, como la incapacidad para buscar un tratamiento adecuado, errores de medicación, incluso tras una consulta médica y, en general, un serio déficit para poder

comprender las instrucciones relacionadas con la educación sanitaria. «Tenemos que buscar activamente formas de mejorar la cobertura de salud y reconocer la importancia que tienen los medios de comunicación en la mejora de la opinión pública de la calidad de vida, como complemento de la información que dimana directamente de los servicios sanitarios», asegura el estudio elaborado por la Universidad de Missouri, que resalta también «el peligro de que los medios de comunicación acaben siendo propensos a acrecentar los falsos mitos sobre la salud».

3. *La información facilitada por los profesionales y la opinión de los pacientes:* Para Enrique Silver (24), los pacientes han descubierto que, mediante la participación activa en su propio tratamiento, pueden mejorar más rápido, o en el caso de las enfermedades crónicas, llevar una vida más satisfactoria y duradera. Además, continúa, muchos pacientes y sus representantes se están dando cuenta de que, a fin de mejorar el cuidado de la salud, deben y pueden influir en el establecimiento de las políticas del cuidado de la salud. A medida que la tecnología médica está transformando el arte de practicar la medicina, la tecnología informativa está revolucionando la manera en que los pacientes obtienen información acerca de su enfermedad y tratamientos. Aunque los médicos son aún una fuente respetada y confiable de conocimiento, ya no son la principal. Los pacientes buscan información de una variedad de fuentes, incluyendo el personal de enfermería, grupos u organizaciones de pacientes e Internet, para poder llenar los vacíos de conocimiento y desafiar al sistema de salud, con el fin de que éste les suministre el mejor tratamiento posible para sus necesidades individuales. Recoge una encuesta realizada por la revista *The Patient's Network*, órgano oficial de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), en la que se preguntó a pacientes de diversos países si sentían que estaban recibiendo demasiada, suficiente o muy poca información en las categorías: 1) tratamientos alternativos, 2) riesgos del tratamiento, 3) beneficios, 4) efecto en la calidad de vida, 5) efecto de no seguir el tratamiento y 6) cómo controlar el progreso de la enfermedad por medio de cambios en sus costumbres o estilos de vida. En general, los pacientes indicaron que estaban obteniendo muy poca información en casi todas estas áreas, particularmente acerca de los tratamientos alternativos y el efecto del tratamiento en la calidad de vida. Sin embargo, la categoría «riesgos» recibió la calificación de demasiada información. Algunos pacientes creen que la información sobre los riesgos del tratamiento se enfatiza demasiado cuando se les compara con los posibles beneficios. «A los pacientes no nos interesa la fórmula química ni los problemas que afectan a menos del 5% de los pacientes. En lugar de eso, necesitamos más guía con relación a si tomar la medicina con o sin alimento y qué deberíamos de informar al médico. También necesitamos más consejo sobre los alimentos y las bebidas que podemos consumir, la

interacción con otros fármacos, el efecto del ejercicio físico, la dosis adecuada, los efectos de una sobredosis o del olvido de la misma». Los pacientes buscan obtener información confiable, adaptada a su nivel de conocimiento y al estado de su condición o enfermedad. La mera transmisión de información no constituye necesariamente una buena educación para el paciente. Pero demasiada información puede ser tan frustrante para los pacientes como la escasez de información. «Muchos médicos, bien intencionados, proporcionan demasiada información a los pacientes», explicó una activista en organizaciones de pacientes, agregando que «a veces los médicos creen que la participación de los pacientes significa que todos quieren volverse estudiantes de medicina. La verdad es que algunos sí quieren, pero la mayoría no».

Algunos estudios han demostrado que los pacientes tienen dificultades para recordar lo que el médico les dice. Un estudio reveló que entre el 37 y el 54 % de lo que el médico dice al paciente se olvida en el momento en que abandona el consultorio. En otro estudio, 104 pacientes fueron entrevistados inmediatamente después de ver a su médico. Del total, 55 cometieron uno o más errores al recordar el tratamiento indicado.

Todos los pacientes que participaron en la encuesta, procedentes de diversos países, estuvieron de acuerdo en que la información necesita cambiar durante el curso de una enfermedad. Inicialmente existe la necesidad de tener mucha información básica acerca de la enfermedad y los tratamientos disponibles. En esta etapa, los pacientes confían fuertemente en los médicos para información y apoyo; más tarde, comienzan a encontrar nuevas fuentes de información y aprenden a evaluar opiniones conflictivas.

Durante el proceso de una enfermedad, los pacientes pueden estar diferentemente dispuestos a aprender de su condición y en ciertos momentos responden mejor a determinadas técnicas docentes que a otras. A medida que su condición médica cambia, y a medida que pasan por los diferentes estados emocionales que acompañan al diagnóstico y el tratamiento, los pacientes requieren un nivel más sofisticado de información. El enfoque cambia desde lo básico de la enfermedad hacia la información sobre la conformidad al tratamiento, la investigación y sugerencias para mejorar la calidad de vida.

Existen básicamente tres tipos de barreras de acceso a la información a las cuales se enfrentan los pacientes: la gente no está segura acerca de dónde y cómo encontrar información; hay muy poco tiempo para dialogar con los médicos; y, por último, es difícil juzgar la fiabilidad de la información. El representante de un grupo de pacientes francés comentó que la información se recibe muy fragmentada sin tener en cuenta al paciente de forma completa y su tratamiento.

Los pacientes confían en la palabra «bien escrita». Algunos estudios indican que, en lugar de la comunicación oral con los profesionales de la

salud, los pacientes todavía reciben la mayor parte de la información de salud a través de la palabra escrita, a pesar de los problemas de analfabetismo y de la influencia creciente de otros medios de comunicación. La información escrita es un medio económico para comunicarse con los pacientes, y en los próximos años todavía seguirá ocupando un lugar prominente en la educación de la salud.

En el proceso de creación de materiales impresos se deberían tener presentes algunas recomendaciones para conseguir una mayor efectividad del mensaje. El éxito de este método de difusión de información de salud depende de varios factores. En la etapa de la planificación, es importante definir el propósito del material y qué clase de mensaje quiere transmitirse. La buena comunicación tiene lugar sólo si un mensaje es completamente recibido y entendido por el lector teniendo en cuenta las características del grupo social al que pertenece. Además, si desde el punto de vista del diseño es visualmente atractivo, es más probable que sea leído.

Aunque los materiales impresos son una fuente principal de información de salud para los pacientes, el uso de otros medios está aumentando, ofreciendo oportunidades de suministrar información que es interactiva más que pasiva. Estudios recientes indican que los pacientes jóvenes son más receptivos a la educación interactiva, multimedia e Internet.

A pesar de los avances en la tecnología informativa, está claro que ninguna persona, grupo o país ha podido desarrollar un método infalible para conseguir información útil, confiable y consistente para la mayoría de los pacientes. Se han logrado progresos en varios países, y algunos grupos de interés están trabajando en ello, pero todavía queda mucho trabajo por hacer. En un mundo que exige que la gente se involucre cada vez más en las decisiones acerca de su propia salud, informar al paciente no puede considerarse como una opción. Es esencial que la gente tenga fácil acceso a la información que le ayude a tomar las decisiones correctas acerca del cuidado de su salud y a mejorar su calidad de vida (24).

4. *El papel de las sociedades científicas:* Alfonso Castro (25) considera que las sociedades científicas en nuestro país deberían abrirse a la sociedad civil para poder intervenir en la formación de una adecuada opinión pública en lo que concierne a la parte de la ciencia biomédica. Deberían, por tanto, desarrollar estrategias tendentes a ser capaces de comunicarse con los ciudadanos a través de los medios. Reconoce, sin embargo, que este nuevo horizonte no será fácil, pues requiere cambiar algunos aspectos y parte de la organización de las mismas. Debemos partir, opina, del hecho que estas sociedades contemplan en sus estatutos que su objetivo final es conseguir mejorar la salud de los ciudadanos en la parcela de conocimiento médico de la que se ocupan. Hasta el momento actual, este objetivo quedaba solamente circunscrito a través del mecanis-

mo de la mejor formación de sus asociados que son los que de forma individual, en el ejercicio diario de la actividad profesional, trasladaban al paciente su conocimiento. Es necesario, por los cambios sociales y los datos que dispone de la pobreza de conexión entre las sociedades, medios de comunicación y ciudadanos, que estas entidades realicen un nuevo enfoque comunicativo, que llegue a la sociedad. Cómo realizar ese nuevo enfoque que permita acceder a la ciudadanía a través de los medios de comunicación es un enigma. El flujo de información a los ciudadanos a través de los medios de comunicación no es fácil para las sociedades científicas. El informe Quiral (26) es un dossier anual elaborado a partir de las informaciones de sanidad publicadas en los grandes medios de comunicación escritos de nuestro país, surgido de la iniciativa conjunta de la Fundación Privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona). La edición 2007 del *Informe Quiral* analiza los 12.048 textos sobre salud y medicina que fueron publicados en 2007 en los cinco periódicos analizados. Los resultados son consistentes con las principales observaciones de las ediciones anteriores acerca de cómo se desarrolla la cobertura periodística de los temas de salud. Los datos proyectan un notable aumento respecto a los dos últimos años, debido en parte a la consolidación o nacimiento de espacios dedicados específicamente a la salud, como son los suplementos. En 8.335 de los analizados aparecen citadas las fuentes. En el 21% las fuentes son institucionales. De éstas, el 14% corresponde a asociaciones profesionales. Ninguna asociación profesional está entre las fuentes más citadas (ni directamente ni a través de personas que pertenecen a ellas). El 14% de las fuentes corresponden a publicaciones científicas (que en muchas ocasiones son el órgano de expresión de las sociedades científicas). De las 20 más citadas, la primera revista española que aparece es *Medicina Clínica* en el número 20.

#### 4. Patient empowerment. *La corresponsabilidad de los usuarios y su participación en la gestión de los recursos sanitarios*

«Contar con el ser humano implica aceptar el riesgo de la libertad del otro, único fundamento para la construcción de una sociedad democrática»

Roberto BRICEÑO (19)

Existe una amplia evidencia (27) que confirma la relación entre empoderamiento y desarrollo efectivo del diálogo social en salud, fortaleciendo un buen gobierno y mejores perspectivas de desarrollo. Cuando los ciudadanos están involucrados, toman responsabilidades y participan en

los procesos de toma de decisiones, las probabilidades de éxito, crecimiento y consenso son mayores. Este enfoque además promueve patrones de crecimiento a favor de los más desfavorecidos donde se promueve la inversión en el entrenamiento de sus habilidades, acceso básico a servicios de salud, propiedad y recursos financieros. El empoderamiento se define como la expansión de logros y habilidades de los grupos e individuos menos poderosos de modo que puedan participar, negociar, influenciar, controlar y mantener responsabilidades que afecten sus vidas. Las instituciones formales, claves en el empoderamiento, incluyen aquellas que proveen leyes, reglas y regulaciones y aquellas que promueven la diseminación de información y el respeto y cumplimiento de derechos de los individuos en su relación con el Estado, el mercado, la sociedad civil y los organismos internacionales; las instituciones informales de empoderamiento incluyen la organización de grupos que proveen a los individuos de mecanismos de defensa frente a la exclusión social y otras situaciones que atentan contra su integridad o bienestar.

Aunque no existe un modelo único de empoderamiento, hay ciertos elementos que deben estar presentes para aumentar sus probabilidades de éxito. Estos elementos, que actúan de forma sinérgica y fortalecen la gobernabilidad, son los siguientes:

- **Acceso a la información:** La información es poder y existen dos flujos; uno que va desde los ciudadanos al gobierno y viceversa que son electos importantes para la ciudadanía responsable.
- **Inclusión/Participación:** La inclusión de grupos excluidos en la toma de decisiones respecto a conocimiento local y la definición de prioridades es un elemento clave que asegura un mayor compromiso y así una mayor probabilidad de cambio. Para que estos grupos puedan participar y ser incluidos es necesario cambiar reglas y procesos como así también crear un espacio de discusión y debate.
- **Responsabilidad:** Se definen tres tipos de responsabilidades:
  - **Política:** Se refiere a la responsabilidad de los partidos políticos y sus representantes que se lleva a cabo a través de las elecciones.
  - **Administrativa:** Se refiere a la responsabilidad de las agencias de gobierno quienes a través de distintos mecanismos tanto verticales como horizontales aseguran la responsabilidad intra e inter agencias.
  - **Social:** Se refiere a agencias responsables de los ciudadanos que pueden reforzar tanto la política como la administrativa.
- **Capacidad de Organización Local:** Se refiere a la capacidad que tiene la comunidad de trabajar en conjunto, organizarse y movilizar recursos en base a un interés común. En estas condiciones de cooperación las personas son más abiertas a escuchar las demandas de la comuni-



dad y satisfacerlas. Son capaces de desarrollar mecanismos de identidad y pertenencia al grupo, logrando desarrollar mecanismos de representación que afectaran las decisiones y mejoraran su bienestar.

La participación ciudadana, para la democratización de los servicios de salud, debe ser libre, informada y con capacidad de elección. Para ello se requiere un sistema formal y público de «rendición de cuentas», o evaluación de los servicios de salud. Albert Jovell y M.<sup>a</sup> Dolors Navarro, en su participación en el informe SESPAS 2008, defienden la necesidad de promover la participación de los pacientes y de las personas afectadas por la enfermedad para conseguir una mayor democratización de la sanidad e intentar mejorar la efectividad de la atención sanitaria (7). Se plantean varias cuestiones:

- Cómo estamos: ¿Por qué un sistema que se califica como «centrado en el paciente» tiene tan poco en cuenta al paciente en los procesos de toma de decisiones y en el diseño de políticas públicas? Se ha denominado a esta situación «despotismo sanitario», reflejado en el hecho de que se trata de un sistema que «hace todo por el paciente, sin tener en cuenta la opinión del paciente». Un ejemplo les sirve a los autores para detectar el déficit democrático que padece el Sistema Nacional de Salud. Comparan la evolución del seguimiento del paciente oncológico en España y la evolución de la democracia. Así, hace 25 años a un paciente oncológico en España se le hacía un seguimiento y control de los síntomas, se le aplicaban un mínimo de indicadores biológicos o se le realizaba una radiografía simple. En estos años, ese mismo paciente ha vivido la evolución hacia tecnologías diagnósticas mucho más efectivas, que incluyen en la actualidad estrategias tan sofisticadas como la tomografía por emisión de positrones o la tomografía computarizada, que permiten la medida de la captación de glucosa marcada por parte de la célula tumoral y la visualización de la imagen producida por tomografía. Sin embargo, ese paciente no ha visto reflejado en el ámbito de la política un avance similar al que se ha producido en el proceso científico. Así, aparte del voto genérico en las elecciones de carácter estatal, autonómico o municipal, la participación de los ciudadanos y de los pacientes en los sistemas sanitarios es nula, salvo situaciones testimoniales que constituyen la excepción que confirman la regla. Por ello, es sorprendente que en un país democrático, y en el que se han adoptado ya estrategias formales de participación en las instituciones que representan otros sectores de las políticas públicas, como la educación pública o las universidades, no se hayan introducido mecanismos formales de participación de los ciudadanos y de los pacientes en la organización de la atención sanitaria.

- Qué sabemos: La consideración sobre si los pacientes y ciudadanos deben participar en las decisiones institucionalizadas del sistema sanitario no se puede dilucidar en forma de cuestión científica, sujeta a un método de análisis y a probaturas estadísticas porque forma parte trascendental de la concepción democrática de nuestro sistema político. El riesgo de apropiarse del proceso de toma de decisiones sanitarias por parte de los expertos podría contribuir a aumentar la asimetría de conocimiento existente entre éstos y la población, así como a ofrecer una visualización parcial de los problemas de la sanidad y de las posibles soluciones. El reto político pasa por valorar de qué forma el paciente puede aportar más a la mejora de la calidad de la atención sanitaria proporcionada a la población. Para ello, es esencial diseñar políticas sanitarias que respondan a necesidades específicas de los pacientes y concebir la participación como un derecho y un deber propio de un Estado moderno y democrático.
- Qué se puede hacer: La elevada confianza que tiene depositada la población en las instituciones sanitarias determina un capital social elevado que debería facilitar la corresponsabilidad con los pacientes y un gobierno democrático de éstas. La evolución propia de la sociedad y de la sanidad debería favorecer la introducción de estrategias basadas en la deliberación democrática para incorporar de una forma apropiada la voz de los pacientes en las decisiones que les afectan.

Aunque la cuestión del *empowerment* en salud mental se tratará con más detenimiento al hablar de la gestión de la demanda en Salud Mental, no queremos dejar de reseñar aquí la importancia de este tema para las personas aquejadas de enfermedad mental, donde muchas veces se juegan no sólo su participación en la toma de decisiones que afectan a su vida sino hasta su carta de ciudadanía. Como se verá, son múltiples las iniciativas y bibliografía que se está desarrollando sobre ello.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Merino, B., «El nuevo paciente inteligente», *Diagonal*, 6-II-2008: [www.diagonal-periodico.net/spip.php?article5261](http://www.diagonal-periodico.net/spip.php?article5261)
- (2) Buitrago, F., «Medicalización de la Vida cotidiana», *Hoy*, 13-VI-2008 [www.hoy.es/20080613/opinion/medicalizacion-vida-cotidiana-20080613.html](http://www.hoy.es/20080613/opinion/medicalizacion-vida-cotidiana-20080613.html)
- (3) Lorenzo, S., «Hacia nuevos planteamientos de calidad. El paciente como coprotagonista», Informe SESPAS 2008, *Gac. Sanit.* 2008, 22 (supl. 1): 186-91.
- (4) Memelsdorff, F., «¿Clientes o pacientes?», [www.frankmemelsdorff-einstein.com/article9.html](http://www.frankmemelsdorff-einstein.com/article9.html)
- (5) Jovell, A., «Contrato social y valores en la profesión médica», *Revista de Administración Sanitaria*, 2005, 3 (3): 495-503.

- (6) Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes. [www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion\\_Barcelona\\_2003.pdf](http://www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion_Barcelona_2003.pdf)
- (7) Jovell, A. J.; Navarro Rubio, M. D., «La voz de los pacientes debe ser escuchada», Informe SESPAS 2008, *Gac. Sanit.*, 2008, 22 (supl. 1): 192-197.
- (8) Becerra, M., «Entrevista a Rafael Huertas», *El Ciudadano*, 10-XI-2008.
- (9) Mintzes, B., «For and Against: Direct to Consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience», *BMJ*, 2002, 324 (7342): 908-9.
- (10) Chodoff, P., «The Medicalization of the Human Condition», *Psychiatr. Serv.*, 2002, 53 (5): 627-8.
- (11) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión clínica y sanitaria*, 2003, 5 (2): 47-53.
- (12) De la Mata, I.; Ortiz, A., «La colonización psiquiátrica de la vida», *Archipiélago. Cuadernos crítica de la cultura*, 2007, 76: 39-50.
- (13) Huertas, R., «Neoliberalismo y políticas de salud», *El Viejo Topo. Fundación de Investigaciones Marxistas*, Madrid, 1998.
- (14) Del Cura, I.; López García-Franco, A., «La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria», *Átopos*, 2008, 7: 4-12.
- (15) Smith, R., «In Search of non Disease», *BMJ*, 2002, 324: 883-885.
- (16) Lumbreras, B.; Hernández Aguado, I., «El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control», Informe SESPAS 2008, *Gaceta Sanitaria* 2008, 22 (supl. 1): 216-222.
- (17) Silva, L. C., «Cómo la investigación puede colaborar a desmedicalizar la sociedad», en «Foro de debate: la investigación en atención primaria y la desmedicalización de la sociedad», *Atención Primaria*, 2004; 34 (extra 1): 97-105. Citado en (14).
- (18) Salleras, L., *Educación Sanitaria, principios, métodos, aplicaciones*, Madrid, Díaz de Santos, 1990.
- (19) Briceño León, R., «Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria», *Cad. Saúde Pública*, 1996, 12, 1.
- (20) Disponible en la web en [www.prbb.org/quark/16/](http://www.prbb.org/quark/16/)
- (21) Borràs, J. M., «Repercusiones de la información en la relación médico/paciente y en la salud pública. Mesa redonda Impacto de la información sobre salud en la relación médico/paciente y en la salud pública», *Quark. Monográfico sobre Salud y opinión pública*, 1999, 16: [www.prbb.org/quark/16/](http://www.prbb.org/quark/16/)
- (22) Blanco Pérez, A.; Gutiérrez Couto, U., «Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general», *Revista Española de Salud Pública*, 2002, 76 (4): [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000400007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400007)
- (23) De Semir, V., «Periodistas y educación sanitaria», *El Global*, 15 al 21 de diciembre de 2008.
- (24) Silver, E., «La información de los sistemas sanitarios y sus pacientes. Mesa redonda Impacto de la información sobre salud en la relación médico/paciente y en la salud pública», *Quark. Monográfico sobre Salud y opinión pública*, 1999, 16: [www.prbb.org/quark/16/](http://www.prbb.org/quark/16/)
- (25) Castro, A., «Las sociedades científicas como fuente de información», *Quark. Monográfico sobre Salud y opinión pública*, 1999, 16: [www.prbb.org/quark/16/](http://www.prbb.org/quark/16/)
- (26) Informe Quiral 2007: [www.fundaciovilacasas.com/informequiralc.htm#](http://www.fundaciovilacasas.com/informequiralc.htm#)
- (27) OMS, *Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud OPS/OMS*, Washington D. C., 2007: [www.who.int/management/DialogoSocialExperienciasAmericaLatinaGUIDE.pdf](http://www.who.int/management/DialogoSocialExperienciasAmericaLatinaGUIDE.pdf)

# LA GESTIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL

*Fernando Márquez Gallego*

## 1. DE LA ESTIGMATIZACIÓN A LA DEMANDA DE RECURSOS «PSI»

### 1.1. *Consideraciones preliminares*

El estigma y su aplicación a determinadas personas tiene larga tradición, y podemos encontrar su nacimiento conceptual en el mundo greco-latino, aunque según J. Corominas, el término estigma procede del latín y señala una identidad social bifronte: a) Asociada a signos corporales, como marcas impuestas como castigo sobre el cuerpo, que el cristianismo trasmutó siglos después en réplicas místico corporales de las heridas de Cristo. b) Asociada a riesgo social o a enfermedad hereditaria o incurable. En esta segunda acepción, encontramos una mayor similitud con las cuestiones que nos plantea el estigma en las personas con enfermedad mental. Una asociación con un mal que se adhiere a una persona o a una colectividad como locura o ignorancia, ya que nadie en su sano juicio, renunciaría al bien, a la norma virtuosa o a la belleza si no fuese por desconocimiento o desvarío, según comenta Diego Gracia rememorando al Sócrates de los diálogos platónicos (*Timeo*, *Gorgias* y *Leyes*).

### 1.2. *Dinámica del estigma*

Locura y asociación al mal, herencia, riesgo social e ignorancia ante la percepción amenazadora de lo desconocido, de lo incierto, de lo incomprendible, de lo imprevisible.

Señala Goffman que al encontrarnos en un contexto social ante alguien desconocido, su apariencia nos induce instantáneamente, en una primera impresión, mediante automatismos categorizadores, a clasificarlo. Clasificación que incluye unos atributos (edad estimada, género, etnia, aspecto general...) que van construyendo su identidad social virtual. Esta identidad complementada y contrastada con informaciones posteriores y con un mayor conocimiento en lo social, acaba convirtiéndose en el núcleo de su identidad social real.

Sociedades y seres humanos tendemos a relacionarnos con los otros a través de mecanismos intuitivos automatizados que expresan actitudes anticipadas de las que germinan expectativas y juicios previos desde el momento inaugural de nuestro encuentro o desencuentro con los próximos.

Si este otro nos resulta más extraño que cercano (literatura y filmografía del Alien...), puede romperse la percepción integral del otro como persona en beneficio de la hipertrofia de los rasgos que nos resultan indeseables o amenazadores, afectándose así decisivamente el crédito y la confianza que le otorgamos.

Caracterizaciones de esta naturaleza parecen estar en el origen de los prejuicios negativos y del estigma, que ponen en marcha los procesos de estigmatización.

Esta caracterización estigmatizadora no es inmutable, pero sí muy resistente al cambio, como sabemos sucede respecto a la enfermedad mental grave.

### 1.3. *Estructura del estigma*

La estructura del estigma se genera en nuestro universo social a través de coordenadas simbólicas que compartimos con nuestros semejantes y que ya están ahí, como nos recuerdan Berger y Luckmann, desde antes de nuestra aparición en la escena social. Y lo están a través de simbolizaciones inexactas y parciales, como sucede en la estigmatización, similar a los mecanismos de la identidad social virtual descritos anteriormente. Todo ello contribuye a configurar concepciones identitarias distorsionadas, que se caracterizan por su simplificación y esquematismo acerca de personas o grupos. Tienden así a reforzarse por la selección perceptiva de lo que las confirma, dando lugar a estereotipos negativos que desechan lo que no los confirma, considerándolo anecdótico o en todo caso una excepción que confirma la regla.

Estos estereotipos están fuertemente cargados de emociones elementales y son piedras angulares en la construcción del estigma y difícilmente modificables.

Diez años después de *Estigma, la identidad deteriorada*, Goffman propuso un nuevo enfoque conceptual, el de los «marcos sociales», que no sólo organizan los significados de la interacción social sino que también buscan promover la participación social. Vinculan así el análisis y el conocimiento a la acción (recordando planteamientos de J. Habermas) para producir transformaciones a través de cambios de los «marcos sociales».

Dice Lakoff, treinta años después, que dichos marcos son estructuras mentales que conforman nuestro modo de percibir e interpretar el mundo. Como consecuencia de ello influyen decisivamente en la definición de nuestros objetivos, en nuestra manera de actuar, impregnada de valores para alcanzarlos.

En esta línea se mueven estudiosos de la cognición que utilizan el término «inconsciente cognitivo», para señalar áreas de nuestro cerebro a las que no podemos acceder consciente y voluntariamente, pero a las que

conocemos por sus consecuencias (concepción sugerente en conexión con las teorizaciones psicoanalíticas).

El lenguaje, las palabras, prosiguen estos expertos, también activan los distintos marcos y encuadres en las interacciones sociales. Algunos de estos podemos emparentarlos, sin forzamiento excesivo, con los estereotipos y los prejuicios negativos que producen discriminaciones en colectivos estigmatizados como el de los trastornos mentales más graves.

Si pudiéramos cambiar los marcos sociales del estigma obtendríamos una nueva vía para su reducción. Dado que no estamos sobrados de recursos materiales y conceptuales para dicha tarea, sería interesante explorar las aplicaciones que esta nueva herramienta de análisis y acción participativa nos ofrece.

#### 1.4. *Proceso de estigmatización*

En una reciente, interesante y documentada revisión (*Revista de la AEN*, 101, 2008) M. López, M. Laviana, L. Fernández y otros autores, describen y analizan una posible secuencia del proceso de estigmatización que sucintamente recojo:

- Se produce una identificación y el etiquetado de una diferencia atribuible a un grupo humano.
- Se atribuyen características negativas a dicha diferencia.
- Se remarcan las diferencias identitarias ya construidas: ellos vs nosotros.
- Se caracteriza emocionalmente dichas diferencias.
- Se generan discriminaciones negativas para dicho grupo y consecuentemente se daña su posición social.
- La posición asimétrica de poder e influencia que detecta el grupo estigmatizador consolida la discriminación negativa de los estigmatizados.

#### 1.5. *Consecuencias de la estigmatización*

En la citada revisión también se refieren las consecuencias subjetivas que dicho proceso supone ya que los afectados internalizan y pueden hacer suyos dichos estereotipos y prejuicios negativos, conformándose así inconscientemente a la imagen establecida por los estigmatizadores.

Una identidad social así dañada añade dificultades extraordinarias en la construcción de la identidad personal que ya es en sí misma un enorme desafío para las personas que padecen una enfermedad mental grave.

En este punto identidad social e identidad personal confluyen acercándose a lo que Erikson denomina identidad experimentadora e identidad del yo.

Todo ello ha de ser tenido en cuenta en los planteamientos de los profesionales «psi» para evitar las dificultades en sus propuestas a los pacientes de estas características que Goffman calificaba como presentación profesional, ambivalencia, minstrelización, normificación...

### 1.6. *¿Qué hacer ante la estigmatización?*

¿Qué hacer en un mundo acelerado históricamente, de creciente complejidad? Un mundo que hibrida espacios privados, personales y públicos. Un mundo que propone nuevos desafíos identitarios y nuevas referencias por crisis de los roles sociales tradicionales. Un mundo a un tiempo creativo y caótico, de redes sociales virtuales en expansión y debilitamiento de vínculos interpersonales y sociales presenciales, que exigen mayores responsabilidades y renunciadas.

En este mundo de cambios sociales los estereotipos y prejuicios también se ven sometidos a debate. Debate que permite plantear su cambio o disolución.

Por tanto en estos nuevos escenarios podemos promover distintas acciones participativas:

- Ámbitos de mayor tolerancia y aceptación de la diferencia como ya se viene produciendo en el caso de otras minorías en otro tiempo estigmatizadas (discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales).
- Eliminación de barreras normativas, administrativas, jurídicas.
- Desarrollo y aplicación de las regulaciones de derechos de las minorías que ya existen y que promueven la normalización e incorporación sociales.
- La promoción de la autonomía y la corresponsabilización en la medida de las posibilidades de cada afectado a través de la potenciación de sus capacidades (*empowerment*), de su resistencia ante las dificultades (resiliencia) y la evitación de una excesiva actitud sobreprotectora que favorezca su infantilización e inmadurez.
- Tenacidad argumentada para conseguir modificaciones y mejoras en la presentación que los pacientes con problemas mentales graves reciben en los medios de comunicación social.
- La movilización social y la suma de esfuerzos cooperativos entre los implicados en la lucha contra la estigmatización que ya está produciendo una creciente alianza de movimientos asociativos específicos (FEAFES, asociaciones de pacientes...), asociaciones científicas y profesionales (representadas en la estrategia de Salud Mental) y distintas administraciones sanitarias con desigual énfasis y acierto.

- Promover espacios de interacción próxima y normalizada de estos pacientes en los distintos ámbitos de desempeño social, que potencien el conocimiento mutuo y combatan prejuicios basados en la ignorancia. Espacios sociales de encuentro en la comunidad de residencia, en el ámbito laboral, en los espacios de ocio...

La aproximación de los pacientes con trastorno mental grave a los espacios sociales de la vida diaria y el efecto de goteo de las medidas antiestigma ya en marcha, empiezan, aunque lentamente, a tener influencia y efectos sobre actitudes sociales y políticas públicas, agrietando los silenciosos muros del estigma. Se acotan progresivamente las atribuciones estigmatizadoras ciñéndolas a grupos limitados de pacientes, dentro de los denominados trastornos mentales graves y entre ellos especialmente al ámbito de las esquizofrenias. En torno a ellas se concentran las atribuciones tradicionalmente más negativas: impredecibilidad con riesgo para terceros, irrecuperabilidad e imposibilidad de tratamiento. A este respecto existen estudios clásicos de larga duración que contradicen dichas atribuciones negativas. Entre ellos los de M. Bleuler (1972), Ciompi y Muller (1976), Huber (1979), Tsuang (1979) y Harding (1987) que señalan mejoras muy relevantes e incluso recuperaciones entre el 46% y 68% de pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento apropiado. Estas posibilidades de recuperación se han incrementado sin duda en los últimos veinte años.

En cuanto al riesgo para terceros, estudios que analizan la evidencia disponible, como los de Walsh (2002) y Swanson (2006), sitúan su porcentaje en torno al 5% de los pacientes con esquizofrenia. Dicho riesgo en este 5% de casos se relaciona con frecuencia con abandono del tratamiento o no demanda de ayuda.

Está contribuyendo a esta disolución del estigma el modelo de atención comunitaria a la salud mental que está suponiendo en los últimos cuarenta años, con sus avatares y vaivenes, un elemento determinante en los logros alcanzados respecto a la reducción del estigma.

Este modelo ya presente en la Protoreforma Psiquiátrica de los setenta fue perfilado en sus aspectos principales por el informe de la Reforma Psiquiátrica de 1985 que impregnó la Ley General de Sanidad de 1986 colaboró a través de su Comisión de Seguimiento entre otras cosas en el Informe sobre la situación jurídica y asistencial de los enfermos mentales en España, realizado por la oficina del Defensor del Pueblo en 1991.

Tras un largo período de desarrollo heterogéneo de dicho modelo asistencial la terminación de las transferencias sanitarias del 2002 supuso un fuerte impulso para su generalización. Posteriormente el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) pretende por primera vez la ratificación del modelo de atención comunitaria en salud mental por las 17 Comunidades Autónomas en el marco del



Consejo Interterritorial de Sanidad. Dicha estrategia desarrolla en el contexto de la Declaración de Helsinki (2005) y de los desarrollos europeos en materia de salud mental, dado su reciente nacimiento esta estrategia de Salud Mental. Próximamente se editará su primera revisión, de modo que deberá someterse a un análisis con mayor distancia y rigor en los próximos años.

Dicho esto último no hay tiempo para la complacencia, pero sí para, apoyándonos en lo ya realizado, abordar un nuevo desafío: el de la recuperabilidad y la incorporación social a todos los efectos de los pacientes con trastorno mental grave que habrá que simultanear con las acciones para la reducción del estigma.

La propia Estrategia de Salud Mental se plantea, como la primera de sus seis líneas estratégicas, la erradicación del estigma que asocia, en mi opinión apropiadamente, a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad a dicha tarea como así lo ha recogido, analizado y ampliado el Consenso al respecto del grupo de trabajo de la AEN.

Esta primera línea estratégica completa la erradicación del estigma en un objetivo general, cinco objetivos específicos y seis recomendaciones que concluyen en un conjunto de medidas que podemos resumir en:

- La promoción y fomento de la incorporación e integración sociales de los pacientes con trastornos mentales graves.
- La identificación y eliminación de las barreras normativas y administrativas que impidan el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos de dichas personas.
- La evitación de cualquier medida discriminatoria de carácter negativo en las redes asistenciales en la atención a estos pacientes así como potenciar su asistencia en condiciones de igualdad efectiva respecto a la población general.
- La atención a las personas con trastorno mental en fase aguda que precisen ingreso se realizará en unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales convenientemente adaptadas a las necesidades de dichos pacientes.

Finalmente conviene señalar y afrontar sin demora el riesgo de nuevos y renovados procesos de estigmatización y exclusión que se pueden sumar a los ya clásicos y que están vinculados a realidades potencialmente estigmatizadoras como: la emigración, el multiculturalismo, las personas sin hogar, la población penitenciaria con trastorno mental, la aparición de nuevos ámbitos institucionales que conllevan dicho riesgo (instituciones de menores, de discapacitados, de tercera edad...). Asimismo debe cuidarse la accesibilidad a una atención para los problemas de salud física en igualdad de condiciones a la población general y que aborde los problemas específicos de morbilidad y mortalidad asociados a la enfermedad

mental grave y a su tratamiento (esperanza de vida hasta un 20% inferior a la de la población normal).

### 1.7. *El estigma como motor del cambio o la paradoja de la estigmatización*

1.7.1. No es posible explicar satisfactoriamente la aparición de los modelos comunitarios en Salud Mental sin los análisis clásicos que criticaron la capacidad estigmatizadora de las Instituciones Totales para enfermos mentales como Goffman, Caudill, Foucault... Estos y otros muchos autores contribuyeron con su cuestionamiento de este tipo de instituciones a su transformación radical asociándose sus ideas a la movilización de minorías sociales y sobre todo al fuerte compromiso ético y técnico de profesionales y asociaciones «psi» que fueron capaces en primer lugar de liderar el cambio y apertura humanizadora de las instituciones psiquiátricas y posteriormente emprendieron el diseño y desarrollo del modelo de atención comunitaria en Salud Mental impulsando su traducción en políticas públicas aliados con el movimiento asociativo y sectores pro-derechos de los enfermos mentales en el marco de las leyes derivadas de la Constitución Española de 1978.

Actualmente esa alianza se ha ampliado y ha conseguido la eliminación de barreras normativas y asistenciales que organizaban la asistencia a los trastornos mentales en los márgenes del Sistema Sanitario General. Ese tiempo podemos darlo por pasado, pero seguimos descubriendo espacios y ámbitos estigmatizadores en el propio seno de las instituciones sociales normalizadas que nos hablan de las profundas raíces de dichos prejuicios y nos comprometen a seguir planteándonos nuevos objetivos al respecto.

1.7.2. Sí a la integración, no a la exclusión. Este lema que dio contenido a un Día Mundial de la Salud de la OMS ha continuado vertebrando este desafío que se ha reforzado, en 2008, con el lema del Día Mundial de la Salud Mental. Éste invita a la acción ciudadana y a la mejora de los servicios de salud mental convirtiendo esta dimensión de la salud («no hay salud sin salud mental», Helsinki, 2005) en una prioridad global.

Dicha prioridad ha de promoverse mediante la disponibilidad, distribución y utilización de recursos suficientes y necesarios para el cuidado de la salud mental. Estos recursos incluyen:

- Políticas públicas específicas en Salud Mental.
- Medidas legislativas de apoyo.
- Servicios de salud mental mejor dimensionados y adaptados al modelo comunitario.

- Recursos humanos y estructurales suficientes y ajustados a los objetivos de dicho modelo.
- Distribución territorial y poblacional accesible y equitativa.
- Recursos financieros adecuados, sostenibles a medio y largo plazo y utilizados eficientemente.

Todo ello ha de converger con acciones ciudadanas que intenten cerrar la brecha existente entre necesidades y servicios y que se concreten en torno a diez áreas que la OMS nos propone como claves:

1. Integración de la salud mental en el sistema sanitario general, ya considerablemente lograda en nuestro país.
2. Promover los movimientos asociativos que defiendan los intereses legítimos de pacientes, cuidadores y familiares.
3. Transmitir a la sociedad que la lucha contra el estigma le concierne y no solamente a la red «psi». Aspecto en el que se necesita importante mejoría.
4. Insistir en una financiación estable y proporcionada para la enorme tarea pendiente.
5. Potenciar las capacidades de cuidadores y cuidados.
6. Incrementar significativamente los servicios comunitarios que trabajan en la integración e incorporación sociales.
7. Mejorar la información sobre opciones efectivas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
8. Promover la alianza entre profesionales, pacientes, familias, cuidadores y ciudadanía en general.
9. Potenciar la presencia y el papel de las asociaciones científicas y profesionales.
10. Mejorar los sistemas de información y evaluación así como la gestión de los conocimientos adquiridos como claves para la mejora en calidad y efectividad de las respuestas asistenciales en salud mental.

### 1.8. *Demanda de recursos «psi»*

1.8.1. La lucha por erradicar el estigma ha generado nuevos recursos tanto en el aspecto cuantitativo como en el cualitativo.

Este último se está convirtiendo en una nueva frontera asistencial para dar una respuesta más adaptada a grupos específicos de pacientes con trastorno mental grave. En unos casos jóvenes pacientes que han iniciado tratamientos precoces, que tienen menores secuelas y mayores potencialidades de plena incorporación social. En otros por el contrario, pacientes activamente sintomáticos, con numerosos episodios de recaídas, mayor dependencia y déficit y posibilidades más limitadas de inte-

gración social. Unos y otros necesitan programas más personalizados y recursos asistenciales con mayor nivel de especialización en los cuidados.

Necesitamos, siguiendo esta perspectiva, al menos una segunda generación de dispositivos y programas comunitarios que permitan seguir avanzando en los procesos de rehabilitación para algunos grupos de pacientes y de rehabilitación y recuperación para los que tengan mayores potencialidades en el logro de una autonomía completa y de una incorporación plena a las redes sociales normalizadas.

### 1.8.2. Demandas de los cuidadores y familiares.

La demanda de estos nuevos recursos expresa necesidades percibidas cada vez en mayor medida por los familiares y cuidadores que se sitúan, generalmente, en una posición de abogacía del paciente ante los profesionales y la administración.

Demanda de estos interlocutores que aparece en los puntos de confluencia y conflicto entre enfermedad y cuidados. Demandas que hacen referencia a los elementos fundamentales de la carga que la enfermedad y su cuidado supone para el cuidador. Las dimensiones de esta carga de cuidados dibujan una auténtica geometría de la demanda de:

- Atención profesional experta, valorando incluso míticamente la especialización.
- Disponibilidad y accesibilidad 24 horas, los 365 días al año. Disponibilidad para consulta adicional, consulta TICS, intervención a domicilio, intervención urgente.
- Continuidad y transversalidad de los niveles del sistema sanitario y social.
- Asesoramiento y consejo en las relaciones de convivencia y cuidado, a través de diversos formatos psicoeducativos.
- Prescripciones facilitadoras de la cumplimentación terapéutica.
- Tiempo personal disponible para los cuidadores (media de dedicación al cuidado de 6 a 9 horas al día según Fadden, 1998 y Ross Ler, 2005).
- Ocupación terapéutica diaria para los pacientes.
- Residencia o domicilio alternativo temporal o permanente para los pacientes.
- Seguridad.
- Aseguramiento del futuro de los cuidados cuando el cuidador ya no esté (aseguramiento asistencial, legal, económico).
- Calidad de vida y posibilidad de proyectos personales para los cuidadores.
- Soporte económico cuando el cuidado suponga gasto significativo o incompatibilidad con el mantenimiento de un trabajo (expectativas hasta ahora frustradas de la Ley de Dependencia).
- Programas de cuidado de cuidadores.

Estas demandas son un auténtico hilo de Ariadna para el tapiz de los servicios que necesitamos proveer desde la perspectiva de los cuidadores y familiares muy cercana como se puede apreciar de la de los profesionales.

### 1.8.3. Demandas de los pacientes

Las dificultades para expresar las demandas por los pacientes mentales más graves se inicia en algunos casos de la forma radical que en psicopatología clásica se conoce como «falta de conciencia de enfermedad».

Cuando se logra establecer una demanda se expresa una necesidad de ayuda generalmente básica, pero esencial, la de una relación segura y respetuosa, no invasiva con el «tempo» que marca las posibilidades de una interacción sostenida y de un vínculo que en estos casos están mediadas psicopatológicamente.

Cuando no se produce la demanda, pero el paciente se presenta o es presentado en la consulta, todavía es posible construir una relación asistencial sobre las cenizas, quizás de algún modo fértiles, de otras relaciones del pasado. En este contexto una intervención que alivie los síntomas que generan más sufrimiento permite la apertura de nuevas opciones para una relación terapéutica.

### 1.8.4. Estudios de satisfacción de usuarios

Tras su aplicación en el ámbito de los servicios sanitarios generales, en los últimos años este tipo de estudios, se han ido incorporando a los servicios de salud mental. Las razones son varias:

- El propio modelo de atención comunitaria demanda que la asistencia se realice en, para y con la participación de la comunidad que ha de colaborar activamente en la mejora del modelo.
- La necesidad percibida de instaurar culturas y prácticas de excelencia, empuja a iniciar procesos de mejora de calidad de los servicios de salud mental, de la que forma parte el resultado satisfactorio o no de las prestaciones recibidas por pacientes y familiares.
- La cooperación de pacientes y familias es, por tanto, relevante para el análisis de dichas mejoras.
- Profesionales y gestores reciben así una perspectiva distinta de la que no dispone la posición de experto y permite incorporarla a la toma de decisiones en la mejora de la asistencia.
- La forma de analizar la satisfacción de los usuarios ha sido habitualmente, tanto en el ámbito sanitario general (Ware, 1983) como en el singular de la salud mental (Ruggeri, 1994), la de establecer un constructo multidimensional que en este caso presenta las siguientes dimensiones:

- Satisfacción general referida al tipo de servicios y ayuda recibida.
- Comportamiento y habilidad de los profesionales que incluye aspectos éticos (confidencialidad y respeto), organizativos (asistencia sin cambio de profesional, puntualidad y colaboración entre ellos) y técnico-asistenciales (competencia profesional, capacidad de escucha y empatía, relación profesional-paciente).
- Información recibida sobre diagnóstico, tratamiento y previsible evolución del trastorno mental así como las pautas a seguir en los intervalos entre consultas. Información que ha de ser clara y comprensible.
- Accesibilidad medida a través de la distribución territorial de los centros y de los tiempos necesarios para el acceso a los mismos.
- Efectividad y eficacia en la solución de los problemas asociados al trastorno mental. Para mejorar su percepción subjetiva de bienestar o disminuir su malestar. Para ayudarles a recibir ayuda más precozmente y para prevenir las recaídas mediante un mejor manejo de sus problemas.
- Tipología de las intervenciones adaptadas a distintas necesidades. Sesiones individuales o grupales. Intervenciones psicoterapéuticas. Intervenciones psicofarmacológicas. Prevención de iatrogenia y atenuación de secundarismos.
- Implicación de la familia y apoyo y asesoramiento recibido por ésta para una mejor interacción con el paciente y de éste con su comunidad de referencia próxima.

Sin duda examinando las dimensiones de este constructo y obteniendo mayores conocimientos sobre ellas, recibimos un *feed-back* extraordinario para mejorar nuestras respuestas incorporando las percepciones de pacientes y familiares así como sus indicaciones y preferencias.

#### 1.8.5. Establecer el concepto de demanda desde una perspectiva externa a los afectados

##### 1.8.5.1. Perspectiva general

Tomo como referencia algunas reflexiones sobre el estado y la sociedad del bienestar con sus contradicciones e insuficiencias, en cuyo marco, no hay que olvidarlo, han de situarse las respuestas públicas a las demandas expresadas socialmente.

En 1986, al tiempo que se publica la Ley General de Sanidad, se inicia en España, según nos señala Rodríguez Cabrero, un debate desde el ámbito económico y social sobre los problemas que conlleva definir las necesidades humanas y su satisfacción en un estado de bienestar. Una pregunta esencial es qué tipo de políticas públicas deberían realizarse una vez

que dichas necesidades han sido definidas. Estos planteamientos habían sido iniciados en la Inglaterra de los años setenta, al menos por Doyal y Gough. Ambas líneas de pensamiento convergían en que las citadas necesidades tenían, desde la perspectiva económica y la sociología, las siguientes particularidades:

- un carácter social
- producirse en contextos históricos determinados
- estar jerarquizadas socialmente
- responder a deseos y expectativas individuales y grupales
- buscar su cumplimentación

Las sociedades y las administraciones se comprometerían así a satisfacer estas necesidades que les serían exigibles. La materialización de esta exigencia sería la generación de productos de consumo que alimentasen una cierta «cultura de la satisfacción». Galbraith señalaba esta cultura en su «sociedad opulenta» y, recientemente, Z. Baumann señalaba como, con el advenimiento de lo que llama la «modernidad líquida» y de una sociedad de consumidores, se produce una búsqueda permanente de mayores y más rápidas satisfacciones de sus expectativas, siempre inalcanzables finalmente.

Nuevamente Rodríguez Cabrero propone, en los noventa, una gestión pluralista en estas sociedades de bienestar apoyada «en una óptima combinación de presencia del estado para garantizar la universalización de los derechos sociales, descentralizando la gestión y promoviendo la participación social, dándole también al mercado papel para personalizar eficientemente a satisfacción de las necesidades concretas».

#### 1.8.5.2. Conceptualización de la demanda en el ámbito técnico de la gestión sanitaria

La demanda sería, desde esta perspectiva, la expresión de las preferencias y necesidades percibidas por los usuarios. Estas preferencias y necesidades proveerían conductas para satisfacerlas, condicionadas por la accesibilidad y coste de las mismas.

Este término de *necesidad* lo podemos definir, con carácter general, como un desequilibrio o una diferencia entre la situación real en que se encuentra una persona o una colectividad y la situación óptima en la que podría encontrarse. De entre las casi 20 tipologías de necesidad que establecen los glosarios al uso elegimos, por ajustarse mejor a las cuestiones que nos ocupan, las siguientes:

- Necesidad sentida o percibida: Es la necesidad que es percibida como tal por una persona o comunidad aunque puede no ser expresada.

- Necesidad expresada: Equivalente, como ya hemos dicho, a la demanda de cuidados o servicios sanitarios explicitados.
- Necesidad normativa: Definida por lo profesionales como expertos supuestamente conocedores de las necesidades de pacientes y sus familias.
- Necesidad regulada y exigible: Basada habitualmente en la necesidad normativa y materializada en forma de cartera de servicios a los que una administración pública se compromete. Este compromiso tiene contenidos cambiantes con la evolución técnica, social y económica.

En este *continuum* de necesidades se inscriben los esfuerzos de todos los implicados para satisfacer de manera coordinada los distintos niveles de necesidades. No es necesario insistir en la dificultad de la tarea y en la posible aparición de conflicto de intereses aún suponiendo un esfuerzo de cooperación entre todas las partes.

Para una *estimación de necesidades expresadas y normativas*. Una condición imprescindible para intentar organizar una respuesta a dichas necesidades es el contar con métodos que nos permitan cuantificar y cualificar los recursos necesarios. Estos métodos proceden de la epidemiología clínica aplicada a la gestión. Comentamos brevemente, a continuación, algunas de las formulaciones:

- Cálculo básico de las necesidades de salud: Pretende realizar una estimación de los recursos necesarios (en salud mental básicamente humanos y estructurales) para dar una respuesta asistencial a la estimación epidemiológica de morbilidad psiquiátrica (incidencia y prevalencia) teniendo en cuenta los requerimientos asistenciales medidos en unidades de tiempo:
  - tiempo medio de cada prestación, que varía según sea extra o intra-hospitalaria
  - tiempo según la tipología de la prestación
  - tiempos profesionales disponibles en situación ordinaria
  - tiempos profesionales disponibles de tipo adicional (generalmente al alza cuando se quiere aumentar la productividad asistencial). Estos tiempos incluso permitieron a un clásico de referencia como P. Hornby establecer una ecuación que le permitía calcular el número preciso de profesionales requeridos para tareas asistenciales concretas. No obstante existen, como era de prever, supuestos e interpretaciones que impiden la precisión del cálculo buscada. Sucede así que la estimación epidemiológica de la morbilidad psiquiátrica y la evidenciada por la realizada asistencial es muy amplia (brecha asistencial) y pone al menos bajo interrogación la exactitud, a efectos de práctica asistencial, del método epidemiológico, sin restarle, por supuesto, su valor como referencia aproximada.



- Cálculo de recursos basado en objetivos de servicio: Se diferencia de la anterior en poner menos énfasis en la morbilidad estimada epidemiológicamente e incorporar criterios como la demanda poblacional, la prevalencia atendida, la eficiencia y efectividad de los servicios, la gestión administrativa y la factibilidad financiera. En algunos supuestos habría que incorporar algunas medidas complementarias para completar estas consideraciones como:
  - la desagregación poblacional por edades y géneros
  - la proyección poblacional teniendo en cuenta la tasa de natalidad y mortalidad
  - la transferencia entre programas (paso de pacientes de infancia a adolescencia, de la adultez a los programas de psicogeriatría)
  - la entrada y la salida del servicio
- Cálculo de necesidades basado en la demanda (necesidad expresada): Las necesidades de recursos se estiman teniendo en cuenta la demanda actual y su proyección de futuro de acuerdo con parámetros como los descritos en el apartado anterior. Esta estimación presenta dificultades para calcular demandas no previstas que de hecho surgen en muchas ocasiones al margen de los decisores profesionales. Este tipo de estimación corre también el riesgo de fragmentar indebidamente la red asistencial al intentar dar respuesta a demandas muy específicas.
- Cálculos basados en estándares o ratios: La utilidad de los estándares es tener un elemento de comparación respecto a modelos asistenciales basados en necesidades empíricamente definidas (representando así el promedio real de una prestación asistencial actual o retrospectiva). Los interrogantes que plantea este método se refieren a cuestiones abiertas que dependen de quienes establecen el modelo, sobre qué criterios y en base a qué objetivos. Las ventajas buscadas por los estándares se basan en su objetividad (a responder a una cuantificación), que favorece su aplicación y comparabilidad. Cuando se territorializan los estándares se tienden a plantear sobre bases poblacionales y de accesibilidad física, buscando satisfacer criterios de equidad en la previsión de asistencia al conjunto de la población. La tipología de los estándares es variada:
  - Estándares que tienen como criterio de ordenación la accesibilidad en tiempo real estimado a los distintos servicios, con variaciones de acuerdo con su nivel de especialización (centro de atención primaria, unidad de salud mental, hospitales de día, unidades de hospitalización psiquiátrica...).
  - Estándares de oferta de recursos sanitarios referidos a ratios poblacionales para cada una de las tipologías de unidades asistenciales.

- Estándares de demanda basados en la frecuentación poblacional de los distintos servicios. La interpretación de la frecuentación es compleja y controvertida. Además en los niveles especializados es indirecta y debe ser contextualizada ya que son sistemas, en nuestro caso, con puerta de entrada predominante por atención primaria, por lo que su paso a nivel especializado no lo decide directamente la demanda poblacional sino la intervención de decisores especializados (médicos especialistas en medicina familiar o comunitaria).
- Estándares de gestión que miden la eficiencia, efectividad y productividad asistencial de los recursos (primeras consultas y revisiones, relación primeras revisiones, consultas y técnicas especiales, altas, abandonos, estancias medias, indicadores de rotación como tasa de reingreso y de ingresos programados, tasas de urgencias...).
- Estudios de necesidades de usuarios y familiares: Tomamos como referencia el Proyecto NEUFAM que tiene como objetivo principal identificar y describir las necesidades asistenciales no satisfechas de las personas en tratamiento en los servicios públicos de salud mental por un trastorno esquizofrénico (TMGE), así como las de sus cuidadores y familiares:
  - Estimar la incidencia asistida de TMGE en los servicios públicos de salud mental según edad, sexo, sintomatología, evolución, comorbilidad, medicación prescrita y gravedad.
  - Describir las necesidades de cuidados satisfechas y no satisfechas de estos pacientes atendidos en unidades de salud mental, desde la perspectiva del paciente, del familiar clave y del psiquiatra responsable.
  - Evaluar las necesidades asistenciales de las familias percibidas por los familiares clave y atribuidas a la presencia del paciente en casa.
  - Describir las características de los servicios de salud mental a este tipo de pacientes.

Para cada uno de estos objetivos específicos se han seleccionado instrumentos estandarizados y de fácil aplicabilidad en contexto asistencial ordinario, lo que permite esperar resultados de gran interés para mejorar prácticas clínicas, asistenciales, organizativas y de planificación.

Los modelos de planificación son asimilables a una caja de herramientas operativas disponibles para analizar y organizar las respuestas a las necesidades de una forma racional, sostenible y evaluable.

La integración de la salud mental en el sistema sanitario general, al tiempo que éste se descentralizaba a partir de la Ley General de Sanidad, ha sido un proceso dinámico muy fructífero, pero lleno de complejidades y desafíos.

La descentralización de la financiación, competencias, recursos y su gestión ha permitido nuevos desarrollos más potentes, innovaciones de signo diverso, incremento de accesibilidad, aunque sólo inicialmente, también de equidad por homogeneización o extensión del modelo de atención comunitaria en salud mental en las diversas autonomías.

El efecto negativo, a modular, de la citada descentralización, está siendo la puesta a prueba de la cohesión y equidad básicas del sistema nacional de salud, también para la red de salud mental. En este sentido, y para evitar estos riesgos, son bienvenidas medidas y estructuras articuladoras como:

- medidas normativas (Ley General de Sanidad, Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, Ley de autonomía del paciente, Ley de investigación biomédica...)
- medidas organizacionales o estructurales (consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, su Agencia de Calidad y sus Comisiones, entre ellas la de seguimiento de la estrategia de Salud Mental)
- herramientas de trabajo y marcos de referencia (Declaración de Helsinki 2005, Libro verde de Salud Mental de la UE 2006, Estrategia de Salud Mental del SNS 2006, Pacto Europeo de Salud Mental 2008)
- documentos técnicos e iniciativas de asociaciones científicas y profesionales (Consenso sobre promoción de Salud Mental, prevención del trastorno mental, reducción del estigma de la AEN, herramientas de análisis y prospección de tendencias como el observatorio de Salud Mental de la AEN)
- documentos y aportaciones del movimiento asociativo de familiares y pacientes (recomendaciones para medios de comunicación social, análisis y valoración de la Ley de Dependencia, propuestas de participación en órganos de asesoramiento y planificación...)

#### 1.8.6. Demanda y necesidad en Salud Mental

Podemos definir necesidad sanitaria en Salud Mental, siguiendo a Mathew y Vázquez-Barquero, como aquella situación de minusvalía o problema para el que es posible efectuar ofertas asistenciales y terapéuticas clínicamente efectivas y socialmente aceptables. Esta aproximación implica:

- Establecimiento de un diagnóstico de enfermedad o minusvalía.
- Capacidad de ofrecer una respuesta efectiva a dicho diagnóstico.
- Aceptabilidad y viabilidad sociales de las respuestas establecidas.

Esta necesidad así definida coincide con la que antes calificamos de necesidad normativa. La demanda es aquí formulada como la percepción por el paciente o su entorno de un problema que pueden identificar como sanitario «psi», y que promueve una solicitud de atención en un dispositivo disponible y adaptado a dicho problema. Esta conducta produce una utilización de servicios Salud Mental, una respuesta asistencial y su valoración como satisfactoria o no.

#### 1.8.7. Análisis de la demanda en Salud Mental

Analizaremos ahora los componentes y el proceso de demanda como necesidad expresada.

1.8.7.1. La demanda configurada como un proceso de búsqueda de ayuda experta incluye, según Friedson, inicialmente la consulta con una red de informadores sociales que van desde el entorno familiar próximo hasta personas investidas de autoridad o reconocidas en la comunidad de referencia como consejeros u orientadores. Esta información no experta es frecuentemente un paso previo antes de la decisión de consultar en un centro sanitario.

Podemos decir, en este sentido, que no todas las personas con problemas de salud mental expresan su necesidad como demanda concreta en el nivel de Atención Primaria (Bebington y Verhaap señalan que entre un 10 y un 30% de los pacientes estimados epidemiológicamente no presentan dicha demanda). Además hasta un 50% expresan su demanda en Atención Primaria no se identifica como tal. Asimismo un porcentaje difícil de estimar, pero creciente, presenta demandas que no se corresponden con un diagnóstico identificable, y, por el contrario, entre un 10 y un 15% son pacientes hiperfrecuentadores (consultan un número de veces superior a los que por su patología psiquiátrica requerirían según los estándares. Bellon y Dowrick 1999). Valgan las consideraciones anteriores para hacerse una idea de las dificultades al abordar el problema de la demanda en Salud Mental.

En conjunto y con todas las particularidades señaladas se está produciendo un aumento de la demanda en salud mental.

Este incremento es fruto, sin duda, de cambios sociales y culturales que han determinado modificaciones de los patrones de búsqueda de ayuda sanitaria específica, debido a que un número creciente, aunque todavía no mayoritario, de la población genera hiperconsumo sanitario (Baumann y Lipovetsky) a través de fenómenos de medicalización, psiquiatrización y psicologización de problemas de la vida diaria basados en expectativas irreales respecto al sistema sanitario, estimuladas por una baja tolerancia al sufrimiento y una búsqueda de bienestar inmediato (P. Bruckner).

En suma, como nos recuerda Baumann, en los últimos años ha habido una revolución consumista que convierte «el consumo» en el lugar central de la vida de las personas convirtiéndose en el propósito principal de su existencia, en el que la capacidad de querer, desear, anhelar se tramita a través del consumo como fundamento de las relaciones humanas.

En una sociedad de consumidores el logro supremo es el de una felicidad instantánea y perfecta que, en términos de E.Tarkowska, los consumidores se convierten en seres que viven instalados en el presente, sin prestar atención a la experiencia pasada ni a las consecuencias futuras de sus acciones. Una estrategia que debilita o evita vínculos tanto con el pasado como con el futuro al tiempo que potencia los vínculos en el espacio virtual, sin presencia real y sin compromiso, exponiendo a modo de ficción una privacidad virtual a la mirada también virtual de los otros.

Una cultura presentista que enfatiza el icono de la moda del momento y la superficie banalizada y frivolidada de la imagen como presentación magna ante los otros (estéticas tribales, a veces de extracción carcelaria como «lo» sin cinturones ni cordones, de emblemas no ganados como tatuajes y en busca de identidades étnicas como los adornos sobre agujeros inscritos en el cuerpo...). Una cultura que pone en riesgo la promoción de redes sociales estables y vertebradoras a cambio de vinculaciones de usar y tirar.

Lipovetsky se mueve entre el optimismo inicial generado por una época de libertades individuales sin igual, surgidas en las modernas sociedades democráticas que han producido una revolución individualista y el narcisismo que le ha acompañado llevando a un hedonismo que huye hacia delante de insatisfacción en insatisfacción, hacia una etapa de felicidad paradójica en la que el bienestar convive con una percepción subjetiva intensificada de los malestares de la vida diaria que busca en el consumo el cumplimiento de los deseos y no encuentra lo que esperaba.

Muestra la oscilación entre una sociedad deseante y una sociedad que decepciona que solo encuentra puntual y fugazmente las fórmulas de salvar la distancia entre lo que se espera y lo que finalmente se logra. Sociedades que se plantean la calidad de vida de forma agónica y acumulativa al tiempo que ven florecer sentimientos de incertidumbre y de pérdida, que abonan ansiedades y depresiones, falta de límites que cultivan transgresiones e impulsividades varias, búsqueda urgente e instantánea, sin demora de satisfacción u olvido de malestares en las más diversas sustancias y conductas...

Llegado a este punto, no puedo sino invitar a visitar el texto freudiano sobre el Malestar en la cultura.

Y ello sin negar las enormes y casi imprescindibles potencialidades de enriquecimiento que la Red permite y las nuevas formas de socialización reticular de las multitudes inteligentes.

1.8.7.2. Para analizar estos fenómenos resulta útil rescatar la idea de rol de enfermo establecida por T. Parsons que incluye, asociada a su identificación como enfermo, una des-responsabilización en áreas significativas de la vida cotidiana (trabajo, tareas familiares y sociales...), el incremento de la dependencia de terceros y ser objeto de atención y cuidados especiales. Esta formulación de Parsons ha sido ampliada por Mechanic que, como sabemos, estudió la relación entre la búsqueda de atención sanitaria y distintos diagnósticos médicos. Posteriormente añadió también la percepción subjetiva de tensión y la actitud de la persona ante las enfermedades. Con todo ello realizó un constructo de 5 dimensiones para valorar la tendencia de las personas, de acuerdo a su diagnóstico, a adoptar con mayor o menor facilidad el rol de enfermo. Estas dimensiones son:

- la frecuencia con que una enfermedad se produce en una determinada población
- la familiaridad y conocimiento de los síntomas que hace reconocible a la enfermedad en una comunidad de referencia
- la predictibilidad de que ocurra la enfermedad
- la valoración del peligro potencial de dicha afección
- la percepción subjetiva de tensión.

Las dos primeras dimensiones se refieren a la información relacionada con la frecuencia que se asocia al reconocimiento de la enfermedad por un grupo social. La tercera y cuarta de las dimensiones destacan la previsibilidad o incertidumbre asociadas a enfermedades menos frecuentes y de mayor riesgo. La última de las dimensiones uniría frecuencia, previsibilidad y percepción subjetiva de riesgo.

Siguiendo este planteamiento de Mechanic se considera que ante una enfermedad infrecuente y grave la tendencia en una comunidad sería buscar ayuda sanitaria general o especializada, no obstante este supuesto no se corresponde con lo que sucede con cierta frecuencia con los trastornos mentales graves debido a la falta de conciencia de enfermedad, que tiende a trasladar la búsqueda de ayuda a su familia o entorno social.

Por otra parte, cuando se trata de enfermedades frecuentes (comunes, predecibles y de menos gravedad) solamente buscan ayuda los sujetos con percepción subjetiva de tensión ante la enfermedad y, por ello, con fuerte tendencia a asumir el papel de enfermos. En este tipo de personas encuentran un terreno subjetivo propicio los fenómenos ya señalados de medicalización... de los malestares de la vida diaria.

En la búsqueda de ayuda en relación al padecimiento de problemas psíquicos influyen también otras variables:

- Género: la percepción de problemas de salud mental es más acentuada en el género femenino, que también lo expresa en mayor medida como demanda.

- Nivel de estudios: las personas con bajos niveles de estudios tienden a percibir su salud psíquica peor que los que tienen estudios superiores, que además poseen estrategias más efectivas de búsqueda de ayuda profesional.
- Entorno residencial: las personas residentes en medio urbano tienden a identificar mejor sus problemas de salud psíquica, disponen de mayores niveles de información al respecto y tienen mayor accesibilidad a los servicios asistenciales.
- La edad: tiende a influir en una peor percepción de salud física y psíquica, especialmente a partir de los 60 años.
- Apoyo social: a menor apoyo familiar, mayor percepción de mala salud psíquica. Sucede en igual medida en el caso de ausencia de amigos y de apoyo de redes sociales.

Nos señala P. Bruckner que el rol tradicional de enfermedad, sus exenciones de responsabilidad y sus privilegios, están empezando a tener una suerte de replicación social bajo la fórmula de la condición de víctima como un estado permanente, que convierte en acreedores sociales indefinidos a quienes consiguen dicha vitola, pervirtiendo su sentido genuino que expresaba un sufrimiento temporal que requería ayuda para ser superado y recuperar la situación previa al daño.

Es preciso reconocer la existencia de pérdidas y riesgos como parte de la condición humana individual y social como nos recuerda Beck, y es preciso aprender a hacerles frente para superarlos y no para instalarnos como víctimas de ellos. Frecuentemente para lograrlo es de gran utilidad establecer diversas maneras de solidaridad entre los afectados para hacer frente a estos problemas y darle respuesta a través de la ayuda mutua y tomando parte activa en la superación de las adversidades.

1.8.7.3. Variaciones de la Práctica Clínica (VPC). Además de los patrones y conductas de búsqueda de ayuda que se traducen en la utilización de Servicios Sanitarios y específicamente de Salud Mental (Andersen, 1995) influye de manera relevante las variaciones de la práctica clínica (Wennberg y Fowler, 1997).

Ambos factores, conducta de búsqueda de ayuda y variaciones de la práctica clínica, tienen un importante efecto combinado sobre la utilización de los servicios. Además de las variables señaladas anteriormente de género, nivel de estudios, entorno residencial, edad y apoyo social conviene referir en relación a las variaciones citadas las siguientes variables:

- Inexactitudes en los datos o en su análisis, problemas que afectan a la recogida de episodios de cuidados e intervenciones por procesos, a la circulación de pacientes por diversas unidades y niveles asistenciales, problemas de registro y/o de codificación, pro-

blemas asociados a la dimensión mayor o menor de las poblaciones estudiadas que pueden producir significativas diferencias en el número de casos y en la variabilidad interanual asociada a fenómenos aleatorios.

- Factores dependientes de la población. En general los numerosos estudios realizados les confieren una importancia relativa cuando se refieren a los niveles de atención especializada. Existe el problema añadido para el análisis de estos factores de la dificultad para diferenciar las tasas de utilización de servicios de las de morbilidad. La existencia de poblaciones con marcadas diferencias en su estructura demográfica pueden condicionar la prevalencia de enfermedades asociadas a la edad y también la de predictores de utilización de determinados servicios.
- Factores dependientes de la oferta de servicios. La utilización de servicios y su asociación a la oferta disponible parece mayor cuanto mayor accesibilidad económica haya a los mismos (caso de nuestro Servicio Nacional de Salud). Asimismo los déficits y disfunciones en la articulación de unidades y niveles asistenciales, así como la existencia o no de determinadas unidades especializadas (trastorno de conducta alimentaria, trastorno de personalidad, trastorno de sueño, demencias...) influye claramente en la utilización de dichas intervenciones. La tecnología, que en otras especialidades es relevante, adquiere una importancia relativa en Salud Mental. Finalmente las organizaciones pueden modular la utilización de servicios a través de sistemas de incentivos profesionales asociados a objetivos asistenciales y de eficiencia en el gasto.
- Factores dependientes de los profesionales sanitarios. Los profesionales pueden variar significativamente sus indicaciones de intervención cuando existe incertidumbre relevante sobre el umbral a partir del cual dicha intervención resulta útil para determinados pacientes. Una situación similar se produce cuando no existe una estrategia de respuesta efectiva evidente para un determinado tipo de problemas. También cuando no existe cultura y entrenamiento suficiente en procedimientos con demostrada efectividad (programas de prevención y promoción de salud mental).

Los análisis de este conjunto de factores, así como su interacción y su peso relativo a la hora de explicar las variaciones en las prácticas asistenciales y clínicas han sido interpretados fundamentalmente de dos maneras. Cada una de ellas intenta responder a las fluctuaciones relacionadas, en último extremo, con la oferta y demanda de servicios:

- Hipótesis de la incertidumbre o de los médicos entusiastas. Se relaciona con la oferta e interpreta las variaciones encontradas por fac-



tores dependientes de la oferta de servicios (mayor o menor disponibilidad, mayor o menor especialización, mayor o menor accesibilidad...) y de los profesionales por utilizar criterios de indicación y procedimientos de intervención heterogéneos para trastornos mentales similares. Este tipo de variaciones de la práctica clínica, tanto a nivel autonómico como interautonómico, es de cierta importancia en nuestro Sistema Nacional de Salud.

- Hipótesis de las variaciones en la morbilidad y en la práctica de los pacientes. Se relaciona con la demanda de servicios y atribuye mayor capacidad explicativa a las diferencias en la morbilidad en los distintos trastornos según áreas geográficas (estructura demográfica o ¿la ubicación es el destino?), y en las demandas y preferencias en los pacientes de acuerdo con las características poblacionales.

Estas interpretaciones empiezan a poder ser contrastadas con algunos estudios recientes sobre VPC realizados en España y referidos tanto al ámbito de la Atención Primaria como a las hospitalizaciones de pacientes agudos por motivos psiquiátricos.

- Referido al ámbito de la Atención Primaria, se publicó en el año 2008 por Pérez de Arriba, Pinto Urizar, Latorre y Aizpuru un análisis de variabilidad de procesos de Salud Mental en Atención Primaria centrado en cuatro procesos: atención al abuso de alcohol, la depresión no grave, los trastornos de ansiedad y la demencia cuyo resultado establecía que la mayoría de los indicadores presentaban una variabilidad medio-alta. Los indicadores que experimentaban mayor variabilidad eran el uso de test específicos de detección y el diagnóstico. Asimismo existían notables diferencias en los registros intercentros a la hora de reflejar la atención proporcionada a este tipo de pacientes.
- En el ámbito de hospitalizaciones por motivos psiquiátricos en unidades hospitalarias de agudos se presentó también en el año 2008 un excelente estudio sobre variabilidad en la tasa de hospitalización realizada por Aizpuru, Latorre, Ibáñez y otros. Este análisis nos muestra la posibilidad que tienen las personas por el hecho de vivir en un determinado lugar, de ser ingresadas en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos por diferentes tipos de procesos: psicosis por sustancias, psicosis afectivas, trastornos neuróticos, dependencia y abuso de alcohol y drogas y anorexia.

La variabilidad encontrada en la hospitalización de pacientes con los diagnósticos señalados es alta, a excepción del diagnóstico de psicosis por sustancias en que dicha variabilidad es moderada.

Los factores que parecen influir en mayor medida en estos resultados son: la disponibilidad de recursos asistenciales para atender a pacientes con perfil evolutivo de cronicidad, la alta tasa de ingresos en unidades de agudos que se produce en determinadas áreas y por último, la provincia de residencia de los pacientes.

Los factores que influyen en menor medida son: la incidencia de reagudizaciones entre las diferentes áreas, el gradiente social (tasa de paro, nivel de renta, nivel educativo, que probablemente influyan más en la demanda de Atención Primaria), la demanda asistencial que explicaría únicamente el 10% de los casos.

Otros resultados son que la renta disponible parece influir en sentido inverso en el ingreso por psicosis esquizofrénica (a menor renta, mayor tasa de hospitalizaciones), en cambio, por el contrario la renta actuaría en una proporción directa en las hospitalizaciones por dependencia y abuso de drogas. Las tasas de hospitalización por trastornos afectivos ansiosos o somatizaciones tienen en el género el mayor factor de variabilidad. Finalmente el paro parece influir en sentido inverso en hospitalizaciones por anorexia.

De los análisis realizados los autores señalan, con algunos matices, dos resultados principales:

- Los factores de oferta tienen una importante influencia, es decir, el modelo asistencial y su accesibilidad, el estilo de práctica clínica y los recursos disponibles convergen con distintos estudios internacionales (Skinner y Wennberg, 1998 y Carr-Hill, 1994).
- Los factores relacionados con la demanda como la edad, el género y el gradiente social han mostrado una influencia moderada.

Estos estudios parecen confirmar en el ámbito sanitario la Ley de Roemer-Feldstein (en línea con la Ley de Say de aplicación a la economía general) que mantiene que toda cama hospitalaria instalada se convierte en una cama ocupada, frente a otros economistas sanitarios que sostienen que la oferta sigue a la demanda. ¿O será que un déficit de recursos y la presencia de una demanda potencial insatisfecha presionan para el incremento de la oferta? Este último interrogante está justificado en los casos asociados a la carga familiar y asistencial correspondientes a los trastornos mentales graves.

No obstante, estas variaciones en las tasas de hospitalización han de ser valoradas con cautela, ya que variación no necesariamente ha de correlacionarse con inadecuación, ya que probablemente se asocian más bien a distintos modelos asistenciales, los orientados de forma más hospitalocéntrica y aquellos otros cuyo modelo de atención comunitaria se orienta al desarrollo de sistemas alternativos a la hospitalización evitando en buena medida así hospitalizaciones innecesarias.

En cualquier caso, estos y otros análisis nos deben hacer reflexionar especialmente, como ahora en el escenario de una crisis que sin duda también puede afectar a nuestro modelo de salud mental sobre nuevas formulaciones para hacer frente a un menor incremento en la disponibilidad de recursos y a un mayor incremento de la demanda derivada del impacto individual, familiar y social de la crisis y, sobre todo en España, en esa dimensión del gradiente social que es el paro. Dicho paro parece incrementarse de forma progresiva y en cierto modo imparable a corto plazo y según sabemos por el estudio ESEMED constituye uno de los principales factores de riesgo en la aparición de trastornos afectivos y en el uso abusivo de alcohol y otras sustancias así como en el uso extensivo de psicofármacos para aliviar los malestares asociados a la crisis (últimamente incluso los Colegios Farmacéuticos alarman sobre el aumento en el consumo de ansiolíticos). Sin duda el paro y sus consecuencias en Salud Mental será una cuestión a considerar en nuestras preocupaciones asistenciales y en nuestros encuentros científicos.

## 2. DESARROLLO DEL CATÁLOGO DE PRESTACIONES SANITARIAS Y ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.

Casi diez años después de la Ley General de Sanidad, en enero de 1995 se publica el decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud que fue objeto de debate entre profesionales y asociaciones científicas, entre ellas y de manera relevante la AEN. Este decreto no sólo hacía públicas y transparentes las prestaciones sanitarias, incluyendo las de Salud Mental, sino que se comprometía ante los ciudadanos a materializar las prestaciones establecidas como un derecho concreto que podía ser reclamado por ellos. Más adelante la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003, preveía la actualización de dichas prestaciones que se concretaron en septiembre del año 2006 a través de la regulación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud a desarrollar a través tanto de la Atención Primaria como de la Especializada.

### 2.1. *A la hora de establecer las prioridades asistenciales nos encontramos en los países desarrollados con problemas comunes:*

- Envejecimiento poblacional.
- Crecimiento significativo de la demanda en un sistema de aseguramiento universal.
- Limitación de recursos disponibles.

- Dificultades de adaptación del sector sanitario público a las nuevas demandas derivadas de los cambios sociales.

Se llega así a plantear la cuestión de los límites de la provisión de servicios por parte de las administraciones públicas y convierten en inaplazable la necesidad de establecer prioridades para conseguir la mejor asignación posible de los recursos disponibles.

## 2.2. *Establecer prioridades supone tomar decisiones difíciles y complejas*

Singer sugiere, para ello, combinar hasta seis categorías de criterios:

1. Los establecidos por las instituciones sanitarias combinando demandas sociales y necesidades normativas establecidas por expertos.
2. Los propuestos por la ciudadanía a través de mecanismos que les otorgan voz (Hirschman).
3. Los objetivos finales a lograr.
4. Mecanismos de toma de decisiones y de reevaluación y revisión de las mismas.
5. Los criterios planificadores, siguiendo a Pineault, como la importancia del problema (cuantitativa en los TMC y cualitativa en los TMG y colectivos vulnerables).
6. Efectividad e impacto en los resultados de las intervenciones sanitarias que deben ser sustentadas en las menores evidencias disponibles.

## 2.3. *Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud*

2.3.1. Atención Primaria: atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada, incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales así como reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia y adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

### 2.3.2. Atención especializada: atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatía.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia y bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente a la cuidadora o cuidador principal.

### 3. SOBRE LA DEFINICIÓN DE CASO Y LA CUESTIÓN DEL DIAGNÓSTICO

3.1. Responder a estas dos cuestiones es determinante para poder cuantificar y cualificar las necesidades asistenciales y adaptar a ellas una respuesta efectiva y evaluable. De todas formas responderlas también nos sitúa ante el dilema de conciliar la individualidad del caso a caso de la clínica cotidiana, con los criterios procedentes de la epidemiología clínica que responden a modelos clasificatorios generales es como navegar entre Escila y Caribdis. Para ello debemos intentar plantearlos como momentos distintos de una respuesta asistencial que sirven a objetivos distintos y precisan de una metodología diferente.

En un modelo de atención a la Salud Mental con orientación comunitaria que tiene una base poblacional y se plantea con accesibilidad universal es obligada como herramienta la epidemiología clínica. Que nos propone unos métodos de observación de la realidad clínica que permiten mejorar la validez de nuestras conclusiones disminuyendo en lo posible interpretaciones equivocadas y errores sistemáticos. Permitiendo así tanto a los clínicos como a planificadores y gestores, conocimientos que ayudan a mejorar la toma de decisiones en la asistencia a los pacientes.

Los profesionales sanitarios que realizan actividad clínica se preocupan y tratan a pacientes individuales, con quienes deben establecer una relación que permita una intervención clínica más adaptada a cada uno de ellos. Realizan también buena parte de sus tareas (diagnósticas y terapéuticas) aceptando una fuerte responsabilidad con sus pacientes. Tienen por ello una perspectiva de las singularidades de dichos pacientes y una cierta resistencia a categorizarlos en grupos diagnósticos que hacen estimaciones genéricas a partir de las particularidades de cada uno de ellos. Este enfoque más global tiene, por otra parte, la ventaja de permitir analizar problemas de salud colectivos así como su magnitud, gravedad y pronóstico y realizar también la correspondiente evaluación de su tratamiento y resultados.

Sin duda el enfoque individual es fundamental para una atención personalizada y el enfoque epidemiológico sirve para mejorar sistemas de observación, identificación, análisis de resultados, establecimiento de prioridades y disminución de la variabilidad clínica.

La definición epidemiológica de «caso» se diferencia de la habitual en la terminología clínica y sirve a otras finalidades. Esta conceptualización es esencial para establecer con mayor exactitud las tasas que permiten obtener datos fundamentales para la planificación asistencial como son, entre otros, la incidencia y la prevalencia tanto poblacional como atendida, así como al grupo de edad, al género...

El «caso» señala a individuos identificados de acuerdo con unas características que lo diferencian en el conjunto de una población determinada y que permiten su agregación debido a sus características de gra-

vedad, respuesta a tratamiento, variaciones pronósticas, con otros casos similares.

En la práctica clínica los casos los constituyen frecuentemente pacientes con una enfermedad o trastorno con hallazgos clínicos determinados (signos, síntomas, resultados de pruebas complementarias) o que experimentan un resultado concreto (discapacidad, daño, mejoría, empeoramiento...) cuya ponderación mejora la toma de decisiones clínicas.

El «caso» forma también el numerador de una tasa, cuyo denominador es una población determinada. Tasas que permiten establecer la prevalencia e incidencia de T. Mentales al objeto de: predecir aproximadamente su curso futuro; asignarles probabilidades diagnósticas y terapéuticas; realizar comparaciones entre pacientes con similares diagnósticos pero con otras variables que posibilitan el establecimiento de conclusiones útiles al servicio de la toma de decisiones clínicas.

3.2. Volviendo a la cuestión del diagnóstico y de su clasificación es conveniente señalar que este es un problema que ya se planteaban los clásicos. Por ejemplo, Epicteto, nos muestra en su tiempo algunas de las dificultades de las tareas clasificatorias y propone al efecto la siguiente ordenación: «Las impresiones mentales son de cuatro tipos: cosas que son lo que parecen ser; cosas que ni lo son ni parecen serlo; cosas que lo son y no parecen serlo; y cosas que no lo son aunque parecen serlo. Es misión del sabio tomar la decisión correcta en cada uno de estos casos». El diagnóstico es, si seguimos a los griegos, un conocimiento que permite discernir en un conjunto, y se organiza como un proceso en busca de resultado: reconocer lo distinto.

3.2.1. El proceso diagnóstico (para Feinstein, clinicometría) va desde la observación clínica a la identificación y a la interpretación que permiten llegar a la inferencia final de la categorización diagnóstica. En el diagnóstico básico en salud mental no disponemos todavía de datos sólidos, cuantitativos o cualitativos objetivables y nos basamos en lo que la epidemiología señala como datos blandos. Estos datos están basados en la percepción y comunicación de los mismos por parte del paciente (síntomas) o en signos blandos (paralenguaje, lenguaje no verbal, somatización observable de emociones, afectos, conflictos...). Tanto los síntomas como los signos blandos podemos intentar fortalecerlos con algunos métodos como los que siguen:

- Mejorando la precisión de lo que definimos.
- Realizando descripciones más completas caracterizando el tiempo, el lugar, la naturaleza...
- Precisando su exacerbación, cuantificando la gravedad, la intensidad...

- Buscando evidencias y consensos entre expertos.
- Utilizando cuando sea posible instrumentos como escalas, cuestionarios, tests...
- Realizando análisis epidemiológicos.

Lo dicho anteriormente nos aproximará a la mejora de nuestros datos blandos y a su categorización más adecuada.

3.3.2. Este tipo de problemas y dificultades ocupan un lugar destacado en los esfuerzos que la OMS y la APA viene realizando de forma constante aunque con resultados insuficientes en el camino de mejorar la definición de «caso», los diagnósticos «psi» y la clasificación de las enfermedades mentales. Entre sus objetivos están además de su función de administrativa y estadística clásicas otros objetivos adicionales como: –apoyar el desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica, –mejorar las prácticas diagnósticas, –promover el análisis de la utilización de servicios en salud mental.

La OMS a partir de la 6.<sup>a</sup> Revisión de la C.I.E. incorpora a su clasificación los trastornos mentales y la APA realiza y edita el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como una alternativa a la clasificación de la OMS. Todo ello sucede a mediados del siglo XX. Posteriormente se han ido produciendo sucesivas ediciones de ambos manuales, incorporando nuevos trastornos mentales y nuevos criterios y clasificaciones hasta llegar a día de hoy a la 10.<sup>a</sup> Revisión de la C.I.E. y OMS y al DSM-IV-TR.

La gestación y alumbramiento de dichas clasificaciones a pesar de sus insuficiencias ha sido fruto del trabajo exigente de numerosos profesionales en búsqueda de consenso, intentando conseguir la máxima compatibilidad entre ambas.

Estas dos clasificaciones han tenido y siguen teniendo una enorme difusión e influencia y han sido adoptadas por las administraciones sanitarias y por la mayoría de los profesionales «psi» más allá de la necesaria crítica que sus limitaciones merecen.

La clasificación de la OMS, de perspectiva más europea, tiene un carácter orientativo y define la enfermedad mental excluyendo: todo aquello que aunque conlleve riesgo o vulnerabilidad de presentar un trastorno mental, no lo sea en sí mismo, y la dimensión de discapacidad asociada a la enfermedad, asignación que se atribuye al soporte social y al contexto cultural de cada país.

La clasificación DSM-IV tiene un carácter más restrictivo y normativo. Establece criterios descriptivos para el funcionamiento y los síntomas de los pacientes. Es un instrumento básicamente empírico y descriptivo a fin de obviar dificultades en el intercambio y comunicación entre clínicos de diferentes orientaciones teóricas y entre estos y los investigadores de dichos trastornos.



Ambos modelos tienen la posibilidad de completar el diagnóstico a través de ejes adicionales a los del diagnóstico principal. En el caso de la clasificación OMS se utilizan tres ejes (diagnóstico principal, diagnóstico de personalidad y por último enfermedad médica asociada o concomitante). En el caso de la DSM-IV se utilizan dos ejes adicionales más: uno para completar los aspectos psicosociales y ambientales y un segundo para medir la capacidad o discapacidad funcionales.

En definitiva, decisiones una y otra dependientes no tanto de evidencias científicas sino de su capacidad de generar o no consenso entre decisores.

Sea como sea estos dos sistemas de clasificación han pasado de ser regionales a globales y su utilización permite intercambios que antes de su aparición suponían una enorme dificultad ya que en las clasificaciones entonces imperantes, categorías y diagnósticos, dependían de distintas escuelas nacionales (francesa, alemana, anglosajona...).

Asimismo constituyen una síntesis de mínimos de los conocimientos actuales existentes sobre los diagnósticos incluidos en ellas.

3.3.3. No obstante estas clasificaciones siguen siendo fuertemente discutidas especialmente en relación con algunas decisiones como la de excluir términos que hacen referencia a una perspectiva etiopatogénica genérica como la adjetivación para algunos trastornos de su carácter orgánico o psicógeno (aunque tienen algún eco en la C.I.E.-10). Se produce la misma situación al suprimir en la DSM-IV estructuras clínicas con apoyatura teórica como sucede con los términos neurosis o neurastenia que sí se mantienen en la C.I.E.-10. El caso contrario se da al introducir en el DSM-IV términos como bipolar I y II que pertenecen a lenguajes utilizados en investigación, se salen de la norma descriptiva habitual y además no tienen correspondencia con la C.I.E.-10.

En general, estas críticas se mueven en torno a la idea que defiende K. Menninger de que «muchos psiquiatras tienen una auténtica adicción y un impulso irreprímible a clasificar los fenómenos «psi» en contraposición con otros profesionales «psi» que hacen un planteamiento comprensivo de las personas que sufren una enfermedad mental evitando así arrojarlos en brazos de enfoques excesivamente segmentados y fragmentarios». En contra de esta idea otros como Mezzichi y Zarin, constituyen estas formalizaciones como una contribución decisiva para el progreso de la psiquiatría y la salud mental.

Especialmente Mezzichi destaca dos aspectos metodológicos principales de las citadas clasificaciones internacionales:

- Una descripción psicopatológica precisa que siguiendo los criterios de E. Stengel se tradujo en la consolidación de una metodología diagnóstica habitual a través de criterios diagnósticos operativos.

- Una formulación diagnóstica más completa derivada del enfoque multiaxial que incorpora dominios complementarios de los trastornos correspondientes.
- Descripciones biopsicosociales de acuerdo con dicha multiaxialidad que incluyen elementos contextuales (familiares, sociales, laborales, legales...) y de competencia funcional en las distintas áreas de actividad de las personas con trastorno mental (Strauss y Rutter).

3.3.4. Estos planteamientos clasificatorios encuentran en sus limitaciones (renuncia a la estabilidad) sus fortalezas (aceptación como requerimiento básico de las modificaciones sucesivas de la clasificación que conlleva la posibilidad de actualizarlas y consensuarlas).

En esta misma línea existen propuestas de mejora de ambas clasificaciones R. E. Kendell, 2003 que sugiere mejorar los siguientes criterios:

- Exhaustividad: responde a una tendencia que muestran las sucesivas ediciones de los manuales de ambas clasificaciones, que cada vez son más completas y complejas, fruto de la inclusión de nuevas necesidades expresadas y normativas y del incremento de la experiencia clínica y en el conocimiento científico acumulado.
- Facilidad de uso: este criterio entra en conflicto con la exhaustividad. A mayor extensión y complejidad mayores dificultades de manejo apropiado. Como se ve un equilibrio necesario pero difícil.
- Significación clínica: como resultado de los estudios ECA y NCS utilizando criterios DSM-III y III-R, se encontraron tasas de prevalencia que distintos autores estimaban excesivamente altas y las atribuían a definiciones imprecisas favorecedoras de falsos positivos. La incorporación del criterio adicional de significación clínica en el DSM-IV redujo parcialmente dicho problema. No obstante la cuestión se mantiene sin una solución plenamente satisfactoria y se han sugerido algunas medidas adicionales para mejorar la respuesta actual. Algunas de ellas de carácter sencillo como sería añadir un nuevo criterio adicional que completaría el de significación clínica. Se trataría de excluir la reacción considerada normal al estrés psicosocial. Otras son de mayor calado como la propuesta de Wakefield de revisar la propia conceptualización básica de enfermedad del DSM.
- Fiabilidad: buscando la precisión y evitando las definiciones ambiguas se ha llegado a coeficientes Kappa promedio en adultos de 0.72 en Eje I y de 0.64 en Eje II, estimados como suficientemente satisfactorios y operativos, y una base suficiente para que este criterio, aunque permita mejoras progresivas, no sea un obstáculo en el desarrollo futuro. El aumento de la fiabilidad basado en criterios

de la investigación, que excluyan falsos positivos, tiene también el precio de generar un número, a veces significativo, de casos atípicos, que interfieren en la práctica clínica diaria que pretende establecer diagnósticos más seguros como ayuda a la toma de decisiones terapéuticas y a la ponderación pronóstica.

- Validez: aunque cuanto más baja es la fiabilidad más baja es la validez, lo contrario no es cierto. La validez está condicionada por la claridad con que se distingue entre síndromes fronterizos y entre síndromes y normalidad. En la medida en que un diagnóstico es capaz de proveer de una evolución clínica previsible así como de la previsibilidad de la respuesta al tratamiento de un trastorno mental, mayor utilidad y validez tiene. Estamos lejos de alcanzar estos objetivos y el camino que otras especialidades tienen de establecer una etiología clara, se convierte en el caso de las enfermedades mentales por su complejidad e intangibilidad en una maraña de encrucijadas etiológicas.

3.3.5. Estos dos desafíos, el de la validez y el de la etiología, nos acompañarán todavía durante años, porque ni el uso de dimensiones en lugar de categorías nos permitiría resolver los problemas de validez, ni el estado de las investigaciones genéticas y de imagen, con resultados prometedores, pero todavía limitados, posponen la respuesta a la pregunta por la etiología y la patogenia de los trastornos mentales. Antes dispondremos posiblemente de una nueva edición DSM, la V y aunque existen algunas dudas (¿financieras?) la C.I.E. 11.

En los años transcurridos desde la mejora de los criterios operativos DSM-III y III-R siguiendo los planteamientos de Feighner, los esfuerzos por mejorar la validez y el conocimiento de la etiología de los síndromes han tenido poco éxito, y a ellos se han añadido nuevas dificultades:

- Tasas de comorbilidad que ponen en cuestión la discontinuidad entre síntomas y síndromes.
- Una fuerte inestabilidad en el mantenimiento del diagnóstico en períodos de tiempo no muy prolongados.
- La inespecificidad de los tratamientos desborda ampliamente las categorías diagnósticas establecidas, como sucede con IRSS, eutimizantes, neurolépticos...
- Los estudios genéticos muestran factores de riesgo compartidos entre distintas categorías diagnósticas.
- La adopción, sin crítica, por los investigadores de las definiciones de DSM-IV parece dificultar la investigación etiológica de los trastornos mentales. La asimilación de las categorías de esta clasificación a enfermedades, a pesar de las advertencias explícitas en contra, está provocando más confusión que claridad. Es necesario concluir que además

del refinamiento diagnóstico progresivo deberán estimularse investigaciones complementarias que permitan superar estas dificultades.

3.3.6. De acuerdo con lo anterior, uno de los problemas básicos a revisar es el concepto y definición de trastorno mental en lugar de enfermedad mental o enfermedades que afectan a la mente. Este término, seleccionado, de trastorno mental está afectado de nacimiento por el pensamiento dual cartesiano y se mantiene como mal menor ya que las alternativas buscadas, trastornos psiquiátricos, psicológicos o cerebrales, conllevan también sesgos. Quizá Trastorno Psíquico, pudiera salvar, siquiera parcialmente dicha situación. En cualquier caso una vez establecido «de facto» trastorno mental debería operativizarse su concepto de manera que diferenciase, tanto como fuese posible, la psicopatología de las disfunciones de la vida diaria.

Ante este cúmulo de dificultades hay sectores que proponen el cambio de criterios categoriales por criterios dimensionales, pero dicha decisión conllevaría importantes problemas logísticos y prácticos que deberían ser compensados ampliamente por los supuestos beneficios de dicho cambio, pero esa seguridad no existe.

Es cierto que los modelos dimensionales miden mejor variables continuas y son más útiles en casos límites, pero borran las discontinuidades entre síndrome que permiten las categorías. Son más atractivos para los investigadores que para su uso en la práctica clínica.

3.3.7. Una de las últimas cuestiones planteadas a las clasificaciones es su aplicabilidad transcultural. Este tema requiere una atención cada vez más importante dado el fuerte mestizaje cultural y los importantísimos flujos migratorios que están modificando la composición étnica y cultural de nuestras sociedades.

Se hacen por tanto necesarias investigaciones y análisis que tengan como objetivo:

- Explicitar y establecer diagnósticos aceptables multiculturalmente.
- Identificar y explicitar variantes culturales en la definición de síndromes, síntomas, expresiones lingüísticas y conductuales.

Ambos objetivos son compatibles y tienen, en general, salvo para síndromes muy específicamente antropológico-culturales, un papel complementario en el diagnóstico ya que la cultura tiene una dimensión más vinculada al «cómo» de la expresión clínica, asimilable a la patogenia, y menos al «qué» relacionado con las causas y la base neurobiológica y genética de los trastornos mentales.

3.3.8. La utilización de estas clasificaciones, especialmente del DSM, fuera del marco especializado de la práctica clínica, de la investiga-

ción y de la planificación y gestión en salud mental es una cuestión planteada desde el principio, que no ha hecho más que ampliarse con el tiempo, por lo que comienza a ser una reflexión inaplazable que contemple:

- La adaptación de los criterios de estas clasificaciones para su uso por Atención Primaria.
- La utilización adecuada en el ámbito legal.
- Su utilización como criterio en la evaluación de la dependencia y discapacidad.

3.3.9. Las diferencias entre DSM-IV y la CIE-10: Las diferencias entre ambas clasificaciones, a pesar de los esfuerzos realizados en dicho sentido, para hacerlas compatibles, son menores pero todavía significativas, por lo que de todos modos debe proseguirse con dichos esfuerzos ya que dadas las diferencias que citamos a continuación dichos problemas de compatibilidad no pueden obviarse.

Los estudios realizados con una nueva entrevista estructurada aplicable a ambas (CIDI) que han permitido compararlas, revelaron más diferencias de las esperadas. En TMC y abuso de sustancias la discordancia era de más del 30%. En el caso de las distintas tipologías de trastorno de ansiedad, incluido TOC y SEPT la discordancia alcanzaba aproximadamente al 25% de los casos. El análisis de estas diferencias permitió establecer su relación con distintas causas: desde errores terminológicos en el paso de descripciones clínicas a criterios diagnósticos hasta el número de síntomas «umbral». Existen asimismo diferencias en los criterios de exclusión. Además aunque la notificación internacional ha de darse para las estadísticas sanitarias de acuerdo con la C.I.E.-10 existen numerosos países que basándose en la supuesta similitud de ambas, declaran de acuerdo con criterios DSM-IV a la OMS trasladando así a los resultados estadísticos las inexactitudes asociadas a las diferencias señaladas distorsionando su análisis y resultados.

#### 4. DE LO SOCIO SANITARIO A LOS MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA

4.1. El concepto de 'socio sanitario' que hizo una potente y sugestiva aparición en los años noventa del siglo XX surgió de diversas fuentes y sigue siendo un fenómeno entre atractivo y difuso digno de estudio.

Al menos quiero señalar cuatro de los elementos que, en mi opinión, lo configuran:

1. La búsqueda de una mayor eficiencia del sistema sanitario en el abordaje de problemas complejos y transversales.
2. El desarrollo y la nueva sensibilidad y protagonismo de los servicios sociales.

3. Las imperiosas necesidades de colectivos de pacientes, familiares y cuidadores traducidos en demandas sociales crecientemente influyentes.
4. El incremento de los perfiles de cronicidad compleja para los que un sistema sanitario hospitalocéntrico no estaba preparado.

En salud mental lo sociosanitario se ha manifestado, en primer lugar, a través de fórmulas que con diverso énfasis y proporción combinan los esfuerzos institucionales de Administraciones y la cooperación del Movimiento Asociativo (especialmente FEAFES). Este impulso se ha producido de forma relevante derivado de lo que en el apartado del Estigma señalé como su función paradójica de motor del cambio en la salud mental. De forma singular por el potente desarrollo de los programas de Trastorno Mental Severo.

En segundo lugar, a través de las fronteras de lo «psi» con lo contextual (social, laboral, legal, educativo) que pertenece como responsabilidad de manera más relevante a otras agencias sociales. Lo anterior linda con lo que ha intentado recoger con sus propias limitaciones el cuarto eje del DSM-IV, que se complementa en la propuesta de estimación de la discapacidad o de la recuperación de la capacidad que presenta el quinto eje. En este nuevo territorio de lo contextual, el papel de lo «psi», ha de auto-limitarse, en mi opinión, a lo que es pertinente desde dicha perspectiva (asesoramiento, consultoría especializada, interconsulta y enlace y otras modalidades de consulta).

4.2. El concepto de atención integrada: Dentro de las innovaciones organizativas en el campo sanitario, la aparición y desarrollo de modelos que aportan nuevas respuestas a las necesidades y expectativas de las personas con trastornos crónicos, incluidos los mentales, se está convirtiendo en un nuevo paradigma asistencial que intenta dar respuesta a lo que constituye, con mucho, el mayor desafío asistencial de nuestro Sistema Nacional de Salud: los pacientes crónicos y complejos. Este colectivo de la mano, paradójicamente, de los avances técnico-asistenciales es previsible que siga incrementándose, ya que cada vez tenemos más capacidad para tratar y mejorar problemas de salud y menos para obtener curaciones completas y permanentes. Cada vez somos más cuidadores que curadores y de ello intentan dar cuenta las distintas modalidades de Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas (AICC) de la OMS, que en sus líneas básicas describimos a continuación:

#### 4.2.1. Cambios en los pacientes, en sus patrones evolutivos

Actualmente, y, en términos globales, podemos decir con Bengoa y Nuño (2008), que:

- Los pacientes han cambiado: a) crece la prevalencia de los procesos de salud mental de perfil crónico, especialmente evidente en los diagnósticos de las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos; b) la incidencia, en general, no presenta incrementos relevantes, salvo los que se presentan como nuevas demandas, c) los pacientes y sus familias están generalmente más informados de sus procesos de enfermedad, de las prestaciones sanitarias que les corresponden; d) los pacientes y sus familias tienen mayor conciencia de sus derechos que de su corresponsabilidad en el funcionamiento del sistema; e) los pacientes y sus familias son conscientes de su derecho a participar en la toma de las decisiones de planificación que les pueden afectar; f) los pacientes y sus familias demandan mayor flexibilidad y disponibilidad de la contemplada en las agendas asistenciales; g) los pacientes y su familia demandan continuidad asistencial y mayor accesibilidad a los servicios asistenciales, h) los pacientes y sus familias toleran mal la falta de confort y los efectos secundarios de algunos tratamientos, así como su impacto potencial en su salud física, y valoran cada vez más su calidad de vida.
- El patrón evolutivo de las enfermedades ha cambiado: tal como comentamos en el apartado anterior nos enfrentamos al nuevo desafío generado por los procesos de larga duración, congruentes con las necesidades expresadas por los pacientes y sus familias (demanda de continuidad, disponibilidad para incidencias, mayor accesibilidad).
- Nuestro modelo asistencial está cambiando: al tiempo que intenta dar respuesta a los cambios de pacientes y patrones evolutivos transfiere a las familias, a los cuidadores y al conjunto de la comunidad el esfuerzo asistencial decisivo del día a día relacional que incluye: –el cumplimiento de las prescripciones, –la prevención de las recaídas, –el control de la expresividad emocional en la convivencia, –el impacto que todo esto tiene sobre la vida y la calidad de vida de los cuidadores, incluidos los aspectos laborales y económicos.

Esta situación convierte en imprescindible una alianza entre cuidadores profesionales y no profesionales en relación con los objetivos comunes de cuidados, rehabilitación y recuperación de los pacientes. Para una respuesta integrada a todo lo anterior se requiere:

1. Una visión sistémica, tanto en el sistema sanitario como en servicios y agencias complementarios como servicios sociales, vivienda, trabajo...
2. Un enfoque de salud poblacional con base territorial que intente disminuir la incidencia a través de programas de promoción de la

salud mental, prevención de la enfermedad mental y disminución del estigma.

3. Mayor énfasis en la coordinación entre unidades y niveles sanitarios y el establecimiento de sinergias y planteamientos transversales con servicios y agencias complementarios antes citados.
4. Una decidida orientación a los resultados que deben trasladarnos a una cultura asistencial en la que prime la eficiencia, la efectividad, la calidad asistencial y la seguridad.
5. La búsqueda de un *continuum* asistencial que dé respuesta a las necesidades de familias y pacientes y fomente la autonomía y recuperabilidad de estos.
6. Promover la potenciación de las relaciones de los profesionales y gestores de la red de salud mental con la comunidad y mejorar nuestra articulación con las redes sociales existentes.
7. Potenciar la parte no desarrollada de la Ley de Promoción de la Autonomía y de la Atención a la Dependencia.

No puedo menos que insistir que estas cuestiones están abiertas, sujetas a reflexión y merecen ser debatidas más allá de las legítimas concepciones que mantengamos al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Goffman, E., *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu, 10.ª reimpresión, 2006.
- (2) Goffman, E., *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, Madrid, CIS - Siglo XXI de España, 1.ª edición, 2006.
- (3) Lindesmith, A. R.; Strauss, A. L.; Denzin, N. K., *Psicología Social*, Madrid, CIS - Siglo XXI de España, 1.ª edición, 2006.
- (4) López, M., y otros, «La lucha contra el estigma», *Revista de la AEN*, XXVIII, fascículo 1, n.º 101, 2008.
- (5) *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, M.º de Sanidad y Consumo, 2007.
- (6) Barman, Z., *Modernidad líquida*, Madrid, FCE, 2002.
- (7) Barman, Z., *Vida de consumo*, Madrid, FCE, 2007.
- (8) Doyal, L.; Gough, I., *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona, 1.ª edición, Italia FUHEM, 1994.
- (9) Cuervo, J. I.; Varela, J.; Belenes, R., *Gestión de Hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*, Barcelona, Vicens Vives, 1994.
- (10) Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en atención primaria*, Madrid, Aula médica, 2.ª edición, 2007.
- (11) Goldberg, D.; Huxley, P., *Enfermedad mental y comunidad*, Madrid, Nueva, 1990.
- (12) González Vázquez, A. I., *Conducta de enfermedad y psiquiatría en atención primaria*, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 2000.
- (13) Meneu, R., *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*, Barcelona, Masson, 2002.



- (14) Pérez de Arriba, J.; Quinto Urizar, J.; Latorre, K.; Aizpuru, F., en V.P.M. *Atlas* I.A.C.S., mayo 2008.
- (15) Pérez de Arriba, J.; Latorre, K.; Aizpuru, F.; Ibañez, B.; Mosquera, F.; Bernal Delgado, E., en V.P.M. *Atlas* I.A.C.S., mayo 2008.
- (16) *Definición y actualización de las prestaciones sanitarias en países con sistemas sanitarios avanzados. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias*. 54, I.S. Carlos III y A.E.T.S. M.º Ciencia e Innovación, Madrid, septiembre 2008.
- (17) Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W.; Wagner, E. H., *Epidemiología clínica. Aspectos fundamentales*, Barcelona, Masson Wilians y Walkins, 2.ª edición, 1998.
- (18) Helsen, J. E. y Hudziak, J. J., *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V*. A. *Psicopatological Association*, Barcelona, Psiquiatría, 2003.
- (19) Lipovetsky, G., *La sociedad de la decepción*. Barcelona, Anagrama, 2008.
- (20) Bruckner, P., *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*, 3.ª edición, Barcelona, Tusquets, 2008.
- (21) Pinto, J. L.; Abellán, J. M.ª; Sánchez, F. Ignacio, *Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas*, Barcelona, Masson, 2004.
- (22) Ortún Rubio, V., *Gestión clínica y sanitaria de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Barcelona, Masson, 2003.
- (23) Freud, S., *Obras Completas*. J. L. Etcheverry, Barcelona, Amorrortu, 24 volúmenes.
- (24) Bengoa, R.; Nuño Solinis, R., *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona, Elsevier España, 2008.

# PARTICIPACIÓN DE USUARIOS EN PLANIFICACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

## Una revisión de la literatura

*Carla Ramos Vida, M.<sup>a</sup> José Marqués Mateu,*

*María Ballester Gil de Pareja, Nieves Rodríguez, Vicent Savall Díez,*

*Candela Santiago Alfaro, Mikel Munárriz Ferrandis*

### *Introducción*

Históricamente, la sociedad ha restringido la capacidad de elección de las personas con enfermedad Mental grave. La tendencia generalizada de las instituciones ha sido adoptar un modelo custodial, en el que se trata a la persona con enfermedad Mental grave como incapaz de cuidarse a sí misma y de tomar decisiones significativas sobre su vida.

Las personas con trastornos Mentales graves son un grupo de población, que a pesar de los cambios en las políticas de atención a la salud Mental, permanece vulnerable y estigmatizado, con gran necesidad de atención y apoyo comunitario. Sin embargo, la literatura apoya la idea de que son un grupo capaz de expresar sus necesidades, desarrollar y mantener relaciones terapéuticas de calidad, indicar sus preferencias por servicios que puedan mantenerlos fuera de entornos hospitalarios y mejorar la calidad de sus vidas (Tanzman, 1993; Campbell, 1996).

La investigación sobre la defensa de los derechos de los usuarios como ciudadanos ha encontrado que algunos de estos derechos se ven mermados en las personas con enfermedad Mental (Barnes y cols., 1997). Las asociaciones de usuarios luchan por su defensa y reivindicación y esto implica, entre otras cosas, que se permita la participación activa de los usuarios en todas aquellas políticas que puedan contribuir a la mejora del bienestar de la sociedad en la que viven. Entre estas contribuciones estaría la de permitirles implicarse activamente para lograr mejoras en la calidad de los Servicios de Salud Mental.

Según un informe de la OMS (*World Health Organization*, 1990), de manera progresiva los usuarios participan más en algunos aspectos de la planificación sanitaria, pero eso no ha ocurrido en igual medida en el ámbito de la Salud Mental, donde los usuarios de los servicios raramente participan en decisiones sobre la planificación, implementación o evaluación de servicios, quizás debido a que todavía persiste la Mentalidad del «ellos» y el «nosotros».

Las tendencias actuales se encuentran comprometidas en que los Servicios de Salud Mental se orienten a la recuperación de las personas, focalizando en *cómo* los receptores de los servicios se hacen cargo de sus vidas. Para ello se requiere un cambio de paradigma en el que la participación de los usuarios es crítica (Browne, 2006). Se pretende transitar progresivamente desde una visión del paciente como receptor pasivo de la asistencia a la consideración del usuario como un partícipe igualitario en la relación.

La participación de los usuarios en los Servicios de Salud supone un cambio de paradigma. Algunas estrategias de Salud Mental han apuntado a este modelo como una de las mejores opciones para mejorar los servicios (Barker, 2003; Carling, 1990; Mental Health Council of Australia, 2005, Estrategia de SM del SNS, 2006). Por desgracia, estas aportaciones tienen un contenido más declaratorio que real sin trascender del nivel de las regulaciones y estrategias generales hasta el encuentro usuario-profesional.

En líneas generales, se han producido más avances en la implicación de los usuarios en la investigación y en la gestión de los servicios (Thornicroft & Tansella, 2005; Salvi et al. 2005; Faulkner, 2002) que en la formación.

Respecto a la investigación, se enfatiza el hecho de que los usuarios poseen la experiencia y habilidades para complementar las de los investigadores. Unido a esto, si las necesidades y puntos de vista de los usuarios se reflejan en la investigación, es mucho más probable que los resultados que se obtengan se puedan utilizar para mejorar la práctica clínica (Department of Health, 2000; Goodare y Lockward, 1999). No obstante, todavía existe poca información disponible sobre cómo se debe realizar en la práctica el proceso de implicar a los usuarios en la investigación.

En cuanto a la participación de los usuarios en la planificación de su propio tratamiento, diversos estudios han encontrado que los usuarios tienen opiniones valiosas sobre qué tipo de tratamiento es más beneficioso y la manera en que se lo proporcionan los servicios. Cuando se cuenta con la colaboración de los usuarios parece ser que mejora la cumplimentación del tratamiento y aumenta la satisfacción (Tanzman, 1993; Campbell, 1996; Klein, 2007).

Otros trabajos tratan sobre el modo en que los usuarios participan en la gestión y organización de los servicios de salud Mental, imperando aquí la confusión sobre el papel que pueden jugar los usuarios, y estando muy determinado el funcionamiento del modelo participativo por las actitudes de los profesionales de los servicios.

Al hacer referencia a la formación, hay que señalar que las personas que padecen una enfermedad han contribuido siempre a la formación de aquellas que tienen el encargo de tratarlas (Wykurz, 2002). La experiencia en la «cabecera del enfermo» ha estado siempre unida a la buena formación de los profesionales de la salud, pero ha sido siempre dentro del

modelo benéfico y paternalista tradicional. El cambio hacia una mayor implicación de los usuarios y sus cuidadores en la formación está en gran medida guiado por valores y representa un reto para algunos de los valores implícitos y explícitos del proceso educativo (Fadden, 2005).

### *Objetivo y metodología de la revisión*

En el presente trabajo se revisa el tema de la participación de usuarios en distintos ámbitos de los Servicios de Salud: gestión, investigación y formación. Su objetivo es disponer de la base documental que permita un desarrollo informado de proyectos en esta área.

Para buscar los artículos publicados se recurrió a consultar las bases de datos Pubmed-Medline y Psycinfo. Se realizó una primera búsqueda utilizando los siguientes términos: *users/carers/family, capacity/empowerment/participation/involvement, Mental Health*. Esta búsqueda ofreció gran cantidad de trabajos en los que se hacía referencia a la participación de los usuarios en diferentes ámbitos de la salud Mental. La participación se centraba mayoritariamente en el ámbito asistencial respondiendo a encuestas e informando sobre la calidad de los servicios. En relación al ámbito académico la participación se basaba en ofrecer su testimonio en charlas y cursos de formación de postgrado o presentarse como voluntarios para que los estudiantes de medicina, psicología y enfermería aprendiesen a realizar correctamente exploraciones y diagnósticos durante su formación. Una parte de los estudios hallados hacían referencia a la formación que los profesionales ofrecían a los usuarios, es decir, el proceso inverso al que pretendía el objetivo de la búsqueda, por lo que se decidió rechazarlos. Cabe destacar la escasez de estudios encontrados en los que se implicara a los cuidadores. Tras esta primera aproximación a la literatura científica sobre el tema se seleccionaron algunos artículos pero se descartaron la mayoría porque no se trataba de proyectos en los que el usuario/cuidador se implicara activamente.

Se decidió realizar una segunda búsqueda con términos más específicos. Por este motivo, se decidió cambiar algunas de las palabras clave y sustituirlas por las siguientes: *users, patients, carers, family, consumers, teaching, training, planning, management, investigation, research, Mental Health, Mental Health Services*. El único límite aplicado a la búsqueda fue que los términos utilizados apareciesen en el abstract o en el título, con el objetivo de encontrar únicamente aquellos artículos en los que el tema central fuera el que nos ocupa.

Esta segunda búsqueda ofreció mayor cantidad de trabajos relacionados con nuestra revisión. Tras realizar la búsqueda en las 2 principales bases de datos mencionadas y filtrar los artículos que aparecieron duplicados, se obtuvieron un total de 186 trabajos procediendo entonces a revisar los *abs-*

*tracts*. Se eliminaron aquellos que finalmente no se ajustaban a la temática deseada (aparecieron varios relacionados exclusivamente con drogodependencias, otros que mencionaban la salud Mental en relación a otras patologías orgánicas como el cáncer o la diabetes, etc.). Tras esta selección fueron 74 los artículos que se tuvieron en cuenta para la realización de esta revisión. Una parte de los artículos revisados se obtuvo a partir de las referencias encontradas en los artículos seleccionados con anterioridad.

## *Resultados*

### Participación de usuarios en gestión de servicios de Salud Mental

Partimos para este análisis de una definición amplia del término *gestión de servicios*, entendiéndolo que conlleva procesos como son planificación, organización, información y control.

En este tema hay una importante discrepancia entre su recomendación en diversas estrategias de salud y su aplicación práctica. Incluso cuando en la legislación se potencia la participación directa de los usuarios en la planificación y gestión de los servicios de atención, se ha detectado un interés muy limitado de los distintos recursos para hacer posible una mayor participación de los usuarios y muy poca evidencia de poder compartido (Bowl, 1996). A pesar de lo anterior, una investigación realizada en un número importante de estados de USA, mediante encuestas a gestores de programas de Salud Mental, indicaba que la principal razón para la participación de usuarios en la evaluación de los programas era la presencia de compromisos a nivel estatal formales e informales y los incentivos externos, siendo dicha participación muy variable de estado a estado (Trato, 1998; Armstrong, 2000).

En una reciente revisión, Gordon (2005) también puso en evidencia que el grado de implicación de los usuarios es muy variable, especialmente en lo que se refiere al papel que puedan ejercer el colectivo de usuarios y cuidadores en roles de liderazgo y gestión. Por su parte, los usuarios tampoco parecen tener clara cuál es su función cuando se habla de su participación en los servicios (Honey, 1999), predominando la confusión sobre el significado y objeto de la implicación del usuario y sobre cómo los usuarios pueden estar mejor representados, a la luz de los resultados de un estudio realizado con responsables de servicios de Salud Mental y usuarios en Reino Unido (Bowl, 1996). El trabajo de Cleary (2006) trata este mismo tema pero aplicado a los cuidadores en lugar de a los usuarios y pone de relieve las estrategias que se suelen utilizar para intentar influir de alguna forma en el modelo sanitario a través de asociaciones u organizaciones no gubernamentales, aunque el resultado no es siempre la colaboración con los profesionales.

En relación a lo anterior, una investigación sobre participación de consumidores en las juntas de gobierno de la Agencia de Salud Mental en Ontario realizada mediante metodología cualitativa, concluía que las juntas que adoptan un modelo focalizado en lo político, frente a un modelo basado en la gestión, dan a los consumidores mayores oportunidades de utilizar su conocimiento experiencial y representacional. Un factor señalado por los usuarios como importante para obtener validación personal e influencia percibida era conseguir una atmósfera de apoyo y un feedback positivo del resto de los miembros de la junta de gobierno, frente a la displicencia, intimidación y el discurso profesional que disminuían la validación personal y la influencia percibida por los usuarios (Newberry, 2005).

Otro grupo de trabajos se han centrado en aspectos relativos a la *planificación del tratamiento* y para ello han recurrido a la participación de usuarios y familiares con el objetivo de que sean estos los que valoren las intervenciones que hacen los profesionales. Algunos de estos trabajos han tenido como finalidad averiguar el grado de satisfacción general con el tratamiento recibido (Sokoly, 1995). Otros se han centrado en determinar cuál es la percepción que tienen usuarios y familiares respecto a su participación y toma de decisiones en el tratamiento y cómo este aspecto puede influir en los resultados y la eficacia del mismo (Ostman, 2005; Ostman, 2004; Sokoly, 1995; Kalman, 1983; Evans, 1998). En líneas generales, los resultados han mostrado que existe divergencia sobre el grado de participación de los consumidores en sus tratamientos y parece ser que esta implicación se da más a nivel de las intervenciones individuales que a nivel del funcionamiento general de los servicios. Por otro lado, hacer partícipes a los usuarios y familiares en los tratamientos parece mejorar los resultados a corto y a largo plazo. En el trabajo de Evans (1998) se buscaba averiguar los motivos por los que no se implicaba a pacientes y familiares y se halló que no siempre son trabas impuestas por el modelo sanitario; en ocasiones, son los propios usuarios de los servicios los que prefieren mantener el funcionamiento habitual y el rol pasivo que impera.

Las experiencias en las que los usuarios participan de manera significativa en la planificación de sus cuidados y el proceso de tratamiento son todavía minoritarias, aunque resulta destacable el nivel de satisfacción alcanzado. Para este colectivo es muy importante su propia participación y la de su red social (Aaltonen, 2004), cobrando mucha importancia el papel y la actitud de los profesionales y sus habilidades a la hora de poner en práctica estas experiencias colaborativas. El artículo de Di Barnes (2006) realiza un resumen de una experiencia aplicada en la práctica real en Inglaterra durante cinco años y realiza una evaluación de la misma por parte de aquéllos que se han visto envueltos de alguna manera (estudiantes, usuarios, profesionales); los resultados ponen de manifiesto los beneficios de aplicar estas relaciones de colaboración, como por ejemplo el uso de un lenguaje mucho más claro y sencillo, mejores explicaciones sobre

la metodología, enriquecimiento de los conocimientos adquiridos por los profesionales al aprender de experiencias relatadas en primera persona que ponen de relieve necesidades que ni tan siquiera iban a ser abordadas inicialmente, la mejora de la comunicación entre profesionales y usuarios, la implicación progresiva de nuevos usuarios al ir avanzando la experiencia facilitada por los que llevaban más tiempo implicados, cambios en la actitud de los estudiantes hacia los usuarios vividos como muy positivos por estos últimos.

Siguiendo con los estudios centrados en el tratamiento, se han encontrado varios que han evaluado la eficacia de los programas de intervención dirigidos tanto a usuarios como a familiares (Verghose, 1988; Lakeman, 2008). En algunos de estos trabajos se han puesto en práctica programas impartidos por otros usuarios y familiares con el objetivo de ver si este tipo de intervenciones realizadas por iguales resultan más eficaces que los procedimientos convencionales (Sells y cols., 2006; Sherman y cols., 2005; Svensson, 2006). Los resultados de todos ellos han mostrado que los programas específicos dirigidos a familiares provocan mejorías en los conocimientos y actitudes y que estos cambios se producen más rápido cuando las intervenciones las realizan personas percibidas como iguales, algo que también ocurre a nivel de los usuarios (Sells y cols., 2006). Sin embargo, en ocasiones lo más complicado es movilizar a los familiares para que participen en este tipo de programas, por lo que también sería interesante investigar la eficacia de las estrategias de captación dirigidas a este colectivo (Sherman y cols., 2005).

Dentro del ámbito de la planificación y gestión de los servicios de Salud Mental, se encuentran los trabajos cuyo objetivo ha sido implicar a usuarios y familiares en la evaluación de los servicios mediante encuestas y entrevistas de valoración (Ostman, 2004; Ostman, 2005; Klein, 2007; Goodwin, 2006). La finalidad de estos trabajos ha sido la de obtener información relativa a la visión que tienen los consumidores sobre la calidad de los servicios para poder así mejorarlos. Alguna de estas experiencias, como la de McCann (2008), se ha abordado desde el punto de vista del profesional, de manera que se evaluaba mediante un cuestionario la opinión de los médicos sobre la participación e implicación de los usuarios en los procesos de planificación y gestión. Destaca sobre todo la dificultad que intuyen los médicos para encontrar un perfil de usuario al que implicar, pues muchos de los pacientes o familiares se encuentran «cómodos» en su papel pasivo y abogan más por cambios que deben realizar los propios profesionales.

### Participación de usuarios en investigación

La participación de usuarios como investigadores en el ámbito de la Salud Mental es una práctica poco generalizada, aunque se obser-

va una tendencia hacia su promoción en países como Reino Unido, Estados Unidos o Australia (Salvi, 2005; Australian National University, 2004). Las políticas que defienden dicho modelo se apoyan en la idea de que los usuarios tienen la experiencia y habilidades que complementan las de los investigadores, y que si se tienen en cuenta sus puntos de vista es más probable que se alcancen resultados que mejoren la práctica clínica (Goodare, 1999; Dep. of Health, 2000).

Un sistemático estudio de revisión en este ámbito que recopiló trabajos publicados en italiano e inglés en que los usuarios habían sido investigadores activos o consultados en proyectos de investigación, encontraba distintos niveles de participación de los usuarios en el proceso, siendo lo más frecuente la colaboración entre usuarios y profesionales y utilizándose mayoritariamente metodología cualitativa. Las principales conclusiones de este trabajo fueron que la participación de usuarios en la investigación en servicios de Salud Mental es beneficiosa tanto para usuarios como para profesionales y garantiza la calidad de la investigación en sí misma, aunque requiere un mayor esfuerzo organizativo que la investigación tradicional (Salvi, 2005; Shanley, 2007).

Lammers y cols. (2004) realizaron un proyecto para mejorar la calidad de los servicios de Salud Mental. La novedad que introdujeron fue la creación de un grupo de referencia formado por tres usuarios y un familiar que formarían parte del equipo de investigadores y que estarían presentes desde el inicio hasta el final del proyecto. Los resultados de este trabajo mostraron que el principal beneficio para los participantes fue tener la oportunidad de formar parte del proyecto como investigadores y no como meras fuentes de datos. Por su parte, los autores destacaron el enriquecimiento del proyecto gracias a las aportaciones de este grupo de referencia.

Otros trabajos se han centrado en revisar beneficios y obstáculos, y han propuesto líneas generales de acción en investigación participativa en Salud Mental (Trivedi, 2002; Australian National University, 2004). Algunas estrategias adoptadas por organismos para promover la participación son: ampliar la representación de los usuarios en los grupos de trabajo de los comités de investigación, proporcionar información a los consumidores sobre el rol del comité de investigación y desarrollar una red de información y apoyo, asegurar el apoyo de los derechos de los participantes teniendo acceso a resultados, entre otras cosas.

Entre las conclusiones de un proyecto llevado a cabo en Australia para ver el modo en que se podía aumentar la participación de los usuarios en investigación en Salud Mental se consensuaron varios principios básicos, enumerados a continuación (Australian National University, 2004).



1. Implicación significativa de los consumidores en todas las fases de la investigación (concepción, diseño, implementación, evaluación y difusión).
  2. El grado de participación del consumidor puede reflejar el grado en que la investigación afecta al consumidor.
  3. Las asociaciones en investigación que implican a los consumidores deben poder adaptarse a la comprensión, el respeto, y el compromiso compartido, y basarse en ello.
  4. Cada asociación será sensible tanto a los objetivos de la investigación como a las habilidades y experiencias de las personas implicadas.
  5. Los roles y las responsabilidades de consumidores e investigadores deberán definirse claramente.
  6. Para cumplir con sus roles y responsabilidades, tanto consumidores como investigadores necesitan apoyo y/o formación para comprender los aspectos relevantes de la investigación, sus principios éticos y las perspectivas de unos y otros.
  7. Los presupuestos deberán incluir convenientemente el coste de la implicación del consumidor en las asociaciones de investigación.
  8. Se deberán proveer recursos para evaluar los procesos de la investigación y las contribuciones de la participación de los usuarios con el fin de fomentar una mejora continuada de la implementación y los beneficios que supone la implicación de usuarios
  9. La implicación tanto del consumidor como del investigador se reconocerán convenientemente en los informes de la investigación.
  10. Los resultados de la investigación serán (1) asequibles para los participantes en la investigación, de manera adecuada y sensible; y (1) difundidos entre las comunidades relevantes de una manera equilibrada y accesible.
  11. Las organizaciones de investigación tendrán una política sobre la participación de usuarios en investigación.
- 

### Participación de usuarios en actividades docentes para los profesionales de Salud Mental

Los trabajos publicados provienen básicamente de dos ámbitos. Uno de ellos son Servicios de Salud Mental que ya han consolidado una alianza de trabajo con los usuarios. Estos servicios cuentan en muchos casos con organizaciones de usuarios bien desarrolladas que sostienen los proyectos. Muchos de estos trabajos incluyen a pacientes con trastorno Mental grave y buscan un resultado favorable tanto en la mejora de la capacitación de los alumnos como en la capacitación (*empowerment*) de los usuarios.

En otros casos la iniciativa parte de entidades vinculadas a la docencia y tienen objetivos más académicos. (Pietroni et al., 2003; Masters, 2002; Barnes, 2006; McAndrew y Samociuk, 2003; Howe, 2003; Walters, 2003).

Las experiencias en las que los usuarios actúan como formadores no son abundantes. Es posible que muchas de ellas sean de carácter local y

no lleguen a ser publicadas. Incluyen formación pre y postgrado, así como formación continuada. Los alumnos pertenecen a todas las disciplinas de la Salud Mental con predominio de la enfermería.

En las formas de participación, la implicación de los usuarios se ha realizado a muchos niveles, generalmente para aleccionar a otros pacientes, a cuidadores, a estudiantes o, más raramente, a profesionales.

En la mayoría de los artículos recogidos el rol asignado al usuario ha sido más bien pasivo, por ejemplo, como evaluadores de la competencia de los estudiantes o de los cursos que éstos recibían mediante la realización de encuestas y sondeos (Mansfield, 1982; Rudman, 1996; Forrest, 2000; Masters, 2002).

Con la finalidad de colaborar en la elaboración de los contenidos docentes que luego serán impartidos por profesionales se han utilizado los grupos asesores. Se puede recurrir a grupos de pacientes ya conformados por otro motivo y que se adecuen al caso o crearlos con el propósito concreto. Sobre el proceso de creación de estos grupos que actuarían como consejeros encontramos varias publicaciones (Ingham, 2001; Sawley, 2002).

La participación en la formación de futuros profesionales de la medicina casi siempre ha sido como sujetos pasivos o ejemplos clínicos que se someten a la exploración o las preguntas de los estudiantes (Medio y Morewitz, 1992; Wykurz, 2002; Stacy y Spencer, 2002). A pesar de ello, la valoración de estas experiencias tanto por parte del profesional como por parte del usuario que accede a ser sujeto de las mismas resulta positiva para ambos en la mayoría de los casos, contribuyendo a disminuir el estigma y mejorar actitudes hacia la población con enfermedad Mental (Dinsdale, 1999; Stacy y Spencer, 1999; Coleman y Murray, 2002; Bell, 2006).

La colaboración del usuario de forma activa resulta un concepto mucho más novedoso. Es relativamente fácil encontrar experiencias en las que se ofrecen testimonios directos por parte de los pacientes, en ellas simplemente se les invita a contar su historia delante de los profesionales (Hutchings, 1999) o, incluso, en las que los usuarios ayudan al entrenamiento de pacientes simulados. Un formato más original fue el seleccionado por Chapman (1996) que organizó encuentros entre usuarios y estudiantes en los que se indicaba a los pacientes que eligiesen a un estudiante y hablasen con él sobre un tema elegido relacionado con su enfermedad.

Los usuarios se han visto también implicados en el proceso de producción de material docente, por ejemplo, a través de la realización de guías de información impresas (Hayward, 2005; Nil, 2002) y de material audiovisual en los que es el propio paciente quien muestra determinados aspectos de la práctica psiquiátrica, como herramientas de evaluación o ejercicios experienciales (Coupland, 2001; Ah-mané, 1999). En este

mismo formato trabajaron Reynolds y cols. (1999) encontrando algunas dificultades por la diferencia de enfoque y la supervisión de este material por parte de los profesionales, algo que generó algunos debates.

El involucrar a los usuarios en la elaboración de los contenidos del programa educativo o, incluso, el que pasen a formar parte del equipo académico que lo imparte resulta ser un enfoque hasta el momento minoritario. Aunque ya existen publicaciones aisladas en las que se ha dado este último paso resultando de ello experiencias interesantes que han motivado en gran parte este trabajo de revisión.

En cuanto a los contenidos docentes, la revisión de la literatura aporta pocos datos al respecto. La mayor parte de los trabajos publicados no hacen referencia a un temario concreto. La exploración clínica es un tema muy común en la colaboración de usuarios con patología general.

Una estrategia también común es la de desarrollar los cursos de una manera flexible, de forma que los temas a tratar sean decididos en el grupo de dirección del proyecto (*Steering-group*) que incluye a los usuarios, a sus mentores y a los representantes de los estudiantes (Tew, 2004; McAndrew y Samociuk, 2003). Algunos de los temas propuestos son: medicación, comunicación, estigma y etiquetado, roles y relaciones, tipos de enfermedad Mental y de servicios, la experiencia de ser hospitalizado y que decidan por ti, entre otros (McAndrew y Samociuk, 2003).

Esta estrategia conduce a un número muy elevado de temas que hacen difícil la sistematización o la replicabilidad de las experiencias docentes (Gell; 2004). De hecho, un excesivo énfasis en detallar los temas de los que hablar puede reflejar más la rutina de un modelo pedagógico tradicional que las necesidades y las posibilidades que se ofrecen en la práctica real. En ésta siempre son más importantes las cuestiones de acceso, preparación, claridad y apoyo, que no las cuestiones de contenido (Byrne, 2003). Tampoco están siempre claros los límites entre el carácter terapéutico y el docente de la participación (Walters, 2003).

La experiencia de escuchar a los usuarios hablar sobre su experiencia sin que la «agenda que fija el diagnóstico y el tratamiento entorpezca el encuentro» es valorada con entusiasmo por los alumnos. El contacto con pacientes fuera de los episodios críticos de la enfermedad promueve una visión más completa y menos derrotista (Nil, 2002). Las organizaciones que emplean de manera regular a usuarios tienen que formar también a los profesionales para esta alianza (Livingstone y Cooper, 2004). Estos se tienen que preparar para el trabajo en colaboración con los usuarios y en esta preparación también participan los usuarios.

La idea que transmiten todos estos trabajos es que el contenido es el método: es decir, el cambio de roles que supone que los usuarios actúen como docentes y la experiencia de ambas partes, usuarios y profesionales, son el verdadero «contenido» formativo.

## Formas de participación

Teniendo en cuenta que la participación es un proceso progresivo marcado por el grado de implicación de quien participa y la posibilidad real de tomar decisiones y de actuar que se tiene, en los tres ámbitos de esta revisión, gestión y planificación, investigación y formación encontramos diversos niveles de implicación de los usuarios en los proyectos en los que forman parte. En la tabla 1 se exponen estas formas de participación siguiendo aproximadamente un orden creciente de implicación, desde la participación meramente simbólica hasta la gestión compartida.

Tabla 1

---

<i>Gestión y planificación</i>
Los usuarios participan en la evaluación de los servicios, habitualmente mediante encuestas de satisfacción.
Los usuarios participan en encuentros de valoración y planificación de servicios en los que su opinión es escuchada.
Los usuarios participan de manera colaborativa en sus propios cuidados y proceso de tratamiento.
Los usuarios forman parte de órganos colegiados que tienen un peso específico en la gestión de los servicios de Salud Mental.

---

<i>Investigación</i>
Los usuarios son entrevistados para una investigación pero no son consultados posteriormente.
Los usuarios son consultados en fases iniciales del proyecto de investigación.
Los usuarios colaboran en distintas fases de la investigación junto a los profesionales, recibiendo una compensación económica o mediante una vinculación contractual.
Los usuarios tienen un rol de guía y dirigen el proyecto investigador.

---

<i>Formación</i>
Los usuarios se dejan explorar o entrevistar por los estudiantes.
Los usuarios actúan como evaluadores de la competencia de los estudiantes y evalúan los cursos.
Los usuarios colaboran en la elaboración de los contenidos docentes que luego son impartidos por docentes profesionales.
Los usuarios participan en los cursos como alumnos y ofrecen luego su opinión.
Los usuarios participan en la elaboración del material docente impreso o audiovisual. También en el entrenamiento de pacientes simulados.
Los usuarios son invitados a participar en sesiones formativas para exponer su experiencia (normalmente en forma de entrevista con el profesor).
Se acuerdan encuentros entre usuarios y estudiantes.
Los usuarios imparten directamente algunos contenidos dentro del programa de actividades docentes.
Las asociaciones de usuarios gestionan actividades docentes dirigidas a profesionales.
Los usuarios forman parte del «staff» académico.

---

## Conclusiones

Estos resultados pueden sumarse en las conclusiones que se detallan a continuación, las cuales se han redactado basándose en el grado de acuerdo encontrado entre unos trabajos y otros. De acuerdo con los objetivos del trabajo se ha intentado darles un sentido práctico. La implicación de los usuarios en la planificación y la gestión de los servicios de Salud Mental en la investigación y en la formación de los profesionales se inscribe en una tendencia general de la práctica sanitaria.

Esta tendencia tiene su correlato en el ámbito de la Salud Mental y supone un cambio de paradigma respecto a la consideración tradicional pasiva, custodial y paternalista de los usuarios, sobre todo de aquellos con un trastorno Mental grave.

En las tres áreas estudiadas (gestión, investigación y formación) se encuentran coincidencias en el desarrollo de las experiencias publicadas. Las referencias a los factores que dificultan o favorecen el desarrollo de estas iniciativas se recogen en la tabla 2.

Tabla 2

<i>Factores que favorecen</i>	<i>Factores que dificultan</i>
<i>Gestión y planificación</i>	
Iniciativas legislativas que regulen la participación de usuarios en los órganos de gestión de los servicios	Ausencia de regulación sobre la participación de usuarios en los órganos de gestión de servicios
Definiciones claras del papel a ejercer por los usuarios en los roles de liderazgo y gestión	Confusión sobre el papel a ejercer por los usuarios en los roles de liderazgo y gestión
Potenciación del movimiento asociativo, pieza clave para la participación representativa	Ausencia de entramado asociativo
Sensibilización tanto de gestores como de profesionales de los servicios de Salud Mental sobre la importancia de la participación de usuarios en la gestión de los servicios.	Actitudes estigmatizantes en gestores y profesionales hacia las personas que padecen enfermedad Mental
Entrenamiento a los profesionales de los servicios de Salud Mental en habilidades necesarias para llevar a cabo experiencias de colaboración	Ausencia de habilidades necesarias y de una cultura previa de experiencias colaborativas entre profesionales y usuarios
<i>Investigación</i>	
Fomento de políticas sobre la participación de usuarios en investigación	Ausencia de políticas sobre la participación de usuarios como investigadores
Definición de los roles y las responsabilidades de usuarios investigadores	Confusión sobre roles y responsabilidades de usuarios como investigadores
Formación necesaria para comprender los aspectos relevantes de la investigación	Falta de preparación sobre aspectos relevantes de la investigación
Asegurar el apoyo a los derechos de los usuarios	

Tabla 2 (Continuación)

<i>Factores que favorecen</i>	<i>Factores que dificultan</i>
<i>Formación</i>	
Cultura previa de participación en proyectos similares por parte de usuarios/cuidadores y profesionales	Entornos académicos con una visión tradicionalista
Claridad en la explicación de todos los aspectos del proyecto a los usuarios/cuidadores implicados y una actitud de facilidad y flexibilidad con ellos	Profesionales, usuarios y cuidadores con una visión tradicionalista del rol usuario-profesional (rol pasivo del paciente)
Buena preparación docente de los usuarios/cuidadores	La ausencia de interés docente (búsqueda de objetivos diferentes como la originalidad o cumplir estándares)
Existencia de un grupo director del proyecto estructurado integrado por usuarios y profesionales	La rigidez burocrática y organizativa
Existencia de asociaciones de usuarios que apoyen este tipo de iniciativas	La ausencia de una visión integrada

Otras conclusiones que se han obtenido se presentan de manera menos esquemática. Es más fácil encontrar referencias a la idoneidad de la participación de los usuarios en los documentos oficiales que han de guiar los servicios que a la exposición de hallazgos empíricos. Existe un consenso social, alcanzado democráticamente, que no se ha trasladado suficientemente a la práctica.

Paradójicamente, las experiencias reales publicadas se acercan más al polo clínico y experiencial de la implicación de los usuarios que al organizativo. Esto explica la frecuencia de trabajos planteados con una metodología cualitativa, la opción preferente de temas próximos a las elecciones cotidianas en las que se tiene en cuenta la perspectiva del paciente o sus cuidadores o al desarrollo de proyectos en equipos pequeños y con alto grado de motivación. También explica la importancia que se da a los aspectos logísticos y prácticos. Cabe también pensar que muchas experiencias tienen un alcance muy local y no llegan nunca a ser publicadas.

Esto se observa también en la gradación de la implicación desde formatos muy próximos al rol pasivo tradicional a niveles de participación en pie de igualdad.

Dentro de este mismo apartado conviene resaltar que no todos los ambientes asistenciales propician por igual la participación. Las estructuras de gestión, de planificación, de formación o de investigación muy jerarquizadas o tradicionalmente poco abiertas a la colaboración, que son muy comunes en el conjunto de los servicios, no favorecen el desarrollo de proyectos que resultarían excesivamente novedosos en esa atmósfera. Y por otro lado, equipos y servicios que han ido incorporando la plurali-

dad de las voces a su práctica cotidiana, pueden desarrollar este tipo de proyectos en los tres ámbitos estudiados con mayor facilidad.

Los sujetos de las experiencias publicadas, aparte de las personas con o sin diagnóstico concernidas, son los órganos consultivos democráticos de la administración (donde los hay), las asociaciones potentes de usuarios y familiares y los equipos de Salud Mental. En el ámbito de la formación se incluyen también organismos académicos. Incluye todos los grados de gravedad de los trastornos Mentales. Particularmente en el ámbito de la docencia se ha suscitado la cuestión de la representatividad de los usuarios. ¿Hasta qué punto las personas que participan en estas experiencias son representativas del conjunto de los usuarios? Es, en efecto, un tema importante, pero su solución se ha de acompañar de la misma exigencia de representatividad a todas la partes que participan en los procesos. ¿Son los profesionales que participan en la docencia o la investigación representativos del conjunto de los profesionales? ¿Lo son al menos los que participan en la gestión?

Las evaluaciones relativas a los resultados son prácticamente inexistentes en la revisión que hemos realizado. Por otro lado, el carácter cualitativo o puramente descriptivo de lo publicado tampoco permitiría generalizar sobre el impacto de las intervenciones.

En general, las evaluaciones estudiadas solo permiten asegurar que la realización de estos proyectos es viable, que ofrecen ventajas subjetivas a todas las partes implicadas y que estas ventajas resultan en un elevado grado de satisfacción a lo largo de toda la gradación de la participación. Más que de los resultados empíricos, el impulso para el cambio hacia una mayor implicación de los usuarios va a seguir dependiendo de la satisfacción que suministra la experiencia directa y de la puesta en marcha de los consensos alcanzados en las estrategias más «declarativas». Dado que muchos de los cambios requeridos son a nivel de las actitudes, estas fuentes de motivación tanto intrínsecas como extrínsecas pueden ser adecuadas. Pero van a requerirse en algún momento formas de evaluación más rigurosas y centradas en los resultados. Aunque ciertamente no se haya exigido lo mismo a las formas tradicionales de implicación de los usuarios.

En cualquiera de los grados de la participación se aprecia el choque que supone el cambio de paradigma. Y esto es válido para todas las partes implicadas. Sugiere que en algún momento del proceso, tanto usuarios como profesionales, han de mejorar su capacitación para poder implicarse de manera constructiva. En el caso concreto de las personas con enfermedad mental grave, esta capacitación es un elemento fundamental y supone en sí mismo un resultado satisfactorio en términos de recuperación o de «empoderamiento». Participar, investigar o formar requiere aprender a hacerlo. Muchas de estas habilidades están presentes en los currículos de algunos profesionales y unos pocos usuarios, pero no de todos. Por este conjunto de motivos, queda claro que en este tipo de iniciativas lo que

resulta más importante son los procesos de preparación, implicación y formación de los usuarios (y profesionales) durante el desarrollo del proyecto. Cualquier experiencia en este sentido ha de tener en cuenta, en consecuencia, el sobreesfuerzo que este trabajo de capacitación representa, frente al modelo de gestión, formación o investigación más tradicional.

También debe entenderse que la participación de los usuarios no tiene una componente puramente consultiva, sino que supone un compromiso con el cambio en las relaciones de poder. En este sentido, las personas concernidas en estas experiencias han de asumir la coexistencia de elementos puramente técnicos con otros de carácter representativo y de funcionamiento democrático.

Al ras de las experiencias estudiadas en esta revisión, hay una imbricación constante entre el objetivo declarado, sea éste de gestión, de formación o de investigación y el tácito, de mejora de la vida de los usuarios. Esta difusión de los efectos más allá del objetivo directo se puede observar también a nivel de la «cultura» de los servicios implicados. Esta amplitud y diversidad de los efectos es una dificultad añadida a la evaluación. Todo sumado, la principal conclusión de esta revisión es que es posible llevar a la práctica, dentro de unos condicionantes, las recomendaciones para involucrar más a los usuarios con una enfermedad mental grave en los asuntos que les conciernen.

Esta viabilidad está demostrada en experiencias concretas bien documentadas, pero de difícil evaluación. Ésta requerirá un incremento y generalización de la participación de los usuarios en un proceso que esperemos que caracterice la práctica de la Salud Mental en el futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ah-Mane, S., «Clinical View-learning from Psychosis», *Nursing Times*, 1999, 95: 43-7.
- (2) Allam, S., y otros, «Our Experience of Collaborative Research: Service Users and Researchers Work together to Evaluate an Assertive Outreach Service», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11: 365-73.
- (3) Appleby, L., «A New Mental Health Service: High Quality and User-led», *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177: 290-1.
- (4) Barnes, D.; Carpenter, J.; Dickinson, C., «The Outcomes of Partnership with Mental Health Service Users in Interprofessional Education: a Case Study», *Health and Social Care in the Community*, 2006, 14 (5): 426-35.
- (5) Brooker, C., y otros, «Developing and Piloting an Audit Tool for Mental Health Education and Training. The National Mental Health Education Continuous Quality Improvement Toll», *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19 (3): 280-93.
- (6) Byrne, D. C. L.; Grant, A.; McGowan, B., «User Involvement in Curriculum and Nursing Practice Development. The 4th Mental Health Nursing Conference», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10.
- (7) Chapman, V., «Consumers as Faculty: Experts on their Own Lives», *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1996, 34: 47-9.



- (8) Coleman, K.; Murray E., «Patients' Views and Feelings on the Community-based Teaching of Undergraduate Medical Students: a Qualitative Study», *Family Practice*, 2002, 19: 183-8.
- (9) Coupland, K.; Davis, E.; Gregory, K., «Learning from Life», *Mental Health Care*, 2001; 4 (5): 166-9.
- (10) Fadden, G.; Shooter, M.; Holsgrove, G., «Involving Carers and Service Users in the Training of psychiatrist», *Psychiatric Bulletin*, 2005, 29: 270-4.
- (11) Faulkner, A.; Thomas, Ph., «User-led Research and Evidence-based Medicine», *British Journal of Psychiatry*, 2002, 180, 1-3.
- (12) Gell, C., *Guidelines for Higher Education Institutions on Involving Service Users in the Training of Graduate Primary Care Mental Health Workers*.
- (13) Haeney, O., y otros, «The Service User Involvement in Psychiatric Training: a Practical Perspective», *Psychiatric Bulletin*, 2007, 31: 312-4.
- (14) Hayward, M., y otros, «Service Innovations: Service User Involvement in Training. Case Study», *Psychiatric Bulletin*, 2005, 29: 428-30.
- (15) Howe, A.; Anderson, J., «Involving Patients in Medical Education», *BMJ*, 2003, 327: 326-8.
- (16) Hutchings, D., «Partnership in Education: an Example of Client and Educator Collaboration», *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 1999, 30 (3): 128-31.
- (17) Ingham, M., «How Patients Can Contribute to Nurses' Education», *Nursing Times*, 2001, 95: 42-3.
- (18) Livingstone, G.; Cooper, C., «User and Carer Involvement in Mental Health Training», *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, 10: 85-92.
- (19) Mansfield, E., y otros, «Comparison of Psychiatric-Mental Health Nursing Education Objectives: Consumers, Educators and Practitioners», *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1982; 20 (5): 29-36.
- (20) Masters, H., y otros, «Involving Mental Health Service Users and Carers in Curriculum Development: Moving Beyond 'Classroom' Involvement», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2002, 9: 309-16.
- (21) McAndrew, S.; Samociuk, G., «Reflecting Together: Developing a New Strategy for Continuous User Involvement in Mental Health Nurse Education», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10: 616-21.
- (22) Medio, F. J.; Morewitz, S. J., «Four Approaches to Using Patients to Teach and Evaluate Clinical Skills of Residents, Interns and Students», *Journal of the American Osteopathic Association*, 1992, 92 (11): 1.433-6.
- (23) Nil, S., «Wanted: Patients with Mental Illness in the Role of Teacher», *BMJ*, 2002, 325: 1.300.
- (24) Pietroni, P.; Winkler, F.; Graham, L., «Cultural Revolution in Care Delivery», *BMJ*, 2003, 326: 1.304-6.
- (25) Repper, J.; Breeze, J., «User and Carer Involvement in the Training and Education of Health Professionals: A Review of the Literature», *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44: 511-9.
- (26) Reynolds, J.; Read, J., «Opening Minds: User Involvement in the Production of Learning Materials on Mental Health and Distress», *Social Work Education*, 1999, 18: 417-31.
- (27) Salvi, G.; Jones, J.; Ruggeri, M. «La partecipazione degli utenti come ricercatori nell'ambito degli studi sulla salute mentale: una revisione sistematica della letteratura», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2005, 14 (4): 217-26.
- (28) Sawley, L., «Consumer Groups: Shaping Education and Developing Practice», *Pediatric Nursing* 2002, 14 (3): 18-21.
- (29) Simpson, E. L.; House, A. O., «User and Carer Involvement in Mental Health Services: from Rhetoric to Science», *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183: 899-91.
- (30) Stacy, R.; Spencer, J., «Patients as Teachers: a Qualitative Study of Patients' Views on their Role in a Community-based Undergraduate Project», *Medical Education*, 1999, 33: 688-94.

- (31) Tew, J.; Gell, C.; Foster, S., *Learning from Experience: Involving Service Users and Carers in Mental Health Education and Training*, Nottingham, University of Nottingham, 2004.
- (32) Thornicroft, G.; Tansella, M., «Growing Recognition of the Importance of Service User Involvement in Mental Health Planning and Evaluation», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2005, 14 (1): 1-3.
- (33) Trivedi, P.; Wykes, T. «From Passive Subjects to Equal Partners», *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181: 468-72.
- (34) Walters, K., y otros, «Teaching as Therapy: Cross Sectional and Qualitative Evaluation of Patients' Experiences of Undergraduate Psychiatric Teaching in the Community», *BMJ*, 2003, 326: 740-5.
- (35) Wykurz, G.; Kelly D., «Developing the Role of Patients as Teachers: Literature Review», *BMJ*, 2002, 325: 818-821.
- (36) Browne, G., «Are we There yet?' Consumer Participation in Mental Health Services», *Australian Journal of Primary Health*, 2006, 12 (1): 8-13.
- (37) Tatro, B., «Consumer and Family Participation in State-level Mental Health Program Evaluation», *Humanities and Social Sciences*, 1998, 59 (2-A): 6-15.
- (38) Aaltonen J.; Piippo, J., «Mental Health: Integrated Network and Family-Oriented Model for Cooperation Between Mental Health Patients, Adult Mental Health Services and Social Services», *Journal of Clinical Nursing*, 2004, 13: 876-885.
- (39) Bowl, R., «Legislating for User Involvement in the United Kingdom: Mental Health Services and the NHS and Community Care Act 1990», *International Journal of Social Psychiatry*, 1996, 42 (3): 165-180.
- (40) Newberry, D. J., «The Meaningful Participation of Consumers on Mental Health Agency Boards: Experiential Power and Models of Governance (Ontario)», *The Sciences and Engineering*, 2005, 65 (10-B): 5.462.
- (41) Campbell, J., «Toward Collaborative Mental Health Outcomes Systems», *New Directions for Mental Health Services*, 1996, 2: 69-78.
- (42) Tanzman, B., «An Overview of Surveys of Mental Health Consumers: Preferences for Housing and Support Services», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (5): 450-455.
- (43) Australian National University, *Promoting Consumer Participation in Mental Health Research. A National Workshop*, 2004.
- (44) Barker, P., «The Tidal Model: Psychiatric Colonisation, Recovery and the Paradigm Shift in Mental Health Care», *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003, 12: 96-102.
- (45) Carling, P. J., «Major Mental Illness, Housing and Supports», *American Psychologist*, 1990, 45 (8): 969-975.
- (46) World Health Organization, «Report of WHO Meeting on Consumer Involvement in Mental Health Services», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1990, 14: 13-20.
- (47) Bell, J. S., «A Comparative Study of Consumer Participation in Mental Health Pharmacy Education», *The Annals of Pharmacotherapy*, 2006, 40: 1.759-65.
- (48) *Patient and Public Involvement in the New NHS*, Londres, Department of Health, 1999.
- (49) Goodare, H.; Lockward, S., «Involving Patients in Clinical Research», *BMJ*, 1999, 319: 724-725.
- (50) Di Barnes, M. A.; Carpenter, J., «The Outcomes of Partnerships with Mental Health Service Users in Inter-professional Education: a Case Study», *Health and Social Care in the Community*, 2006, 14 (5): 426-435.
- (51) Cleary, M.; Freeman, A., «Carer Participation in Mental Health Service Delivery», *International Journal of Mental Health Nursing*, 2006, 15: 189-194.
- (52) Klein, E.; Rosenberg, J., «Whose Treatment is it Anyway? The Role of Consumer preferences in Mental Health Care», *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2007, 10: 65-80.

- (53) Jubb-Shanley, M.; Shanley, E., «Trialling of the Partnership in Coping System», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007, 14, 226-232.
- (54) Evans, C. J.; McGaha, A. C., «A Survey of Mental Health Consumers' and Family Members' Involvement in Advocacy», *Community Mental Health Journal*, 1998, 34.
- (55) Lakeman, R., «Family and career Participation in Mental Health care: Perspectives of Consumers and Carers in Hospital and Home Care Settings», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15 (3): 203-211.
- (56) Armstrong, M. I.; Evans, M. E.; Wood, V., «The Development of a State Policy on Families as Allies», *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2000, 8 (4): 240-248.
- (57) Svensson, B.; Hansson, L., «Satisfaction with Mental Health Services. A User Participation Approach», *Nordic Journal of Psychiatry*, 2006, 60 (5): 365-371.
- (58) Goodwin, V.; Happell, B., «In our own Words: Consumers' Views on the Reality of Consumer Participation in Mental Health Care», *Contemporary Nurse*, 2006, 21(1): 4-13.
- (59) McCann, T. V., y otros, «Mental Health Professionals' Attitudes Towards Consumer Participation in Patient Units», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15 (1): 10-16.
- (60) Barnes, M.; Shardlow, P., «From Passive Recipient to Active Citizen: Participation in Mental Health User groups», *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 3: 289-300.
- (61) Gordon, S., «The Role of the Consumer in the Leadership and Management of Mental Health Services», *Australasian Psychiatry*, 2005, 13 (4): 362-365.
- (62) Honey, A., «Empowerment versus Power: Consumer Participation in Mental Health Services», *Occupational Therapy International*, 1999, 6 (4): 257-276.
- (63) Kalman, T., «An Overview of Patient Satisfaction with Psychiatric Treatment», *Hospital & Community Psychiatry*, 1983, 34 (1): 48-54.
- (64) Kent, H.; Read, J., «Measuring Consumer Participation in Mental Health Services: Are attitudes Related to professional orientation?», *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44 (4): 295-310.
- (65) Lammers, J.; Happell, B., «Research Involving Mental Health Consumers and Carers: a Reference Group Approach», *International Journal of Mental Health Nursing*, 2004, 13: 262-266.
- (66) Östman, M., «Family Burden and Participation in Care: Differences between Relatives of Patients Admitted to Psychiatric Care for the First Time and Relatives of Re-admitted Patients», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11: 608-613.
- (67) Östman, M.; Wallsten, T.; Kjellin, L., «Family Burden and Relatives Participation in Psychiatric Care: Are the Patient's Diagnosis and the Relation to the Patient of Importance?», *International Journal of Social Psychiatry*, 2005, 51 (4): 291-301.
- (68) Pickett-Schenk, S., y otros, «Improving Knowledge about Mental Illness through Family-led Education: The Journey of Hope», *Psychiatric Services*, 2008, 59 (1): 49-56.
- (69) Sells, D. y otros, «The Treatment Relationship in Peer-based and Regular Case Management for Clients with Severe Mental Illness», *Psychiatric Services*, 2006, 57 (8): 1.179-84.
- (70) Sherman, M.; Foley, D., «Letters: Family Participation in the Treatment of Persons with Severe Mental Illness», *Psychiatric Services*, 2005, 56: 1.624-25.
- (71) Sokoly, M., «Parent-professional Relationships and Family Empowerment: Developing a Framework for Understanding», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 1995, 55 (8-B): 3.611.
- (72) Verghese, A., «Family Participation in Mental Health Care: The Vellore Experiment», *Indian Journal of Psychiatry*, 1988, 30 (2): 117-121.

# GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL. PERSPECTIVA DESDE EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEAFES)

*José M.<sup>a</sup> Sánchez Monge*

## *Introducción*

Sigue siendo obligado en nuestro ámbito cuando reflexionamos, analizamos o debatimos en torno a la salud mental referir el proceso de reforma psiquiátrica operado en nuestro país y en nuestro entorno europeo más cercano, y apelar a la Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 de abril), ya que la equiparación de la Salud Mental que se propugnaba, ya sea en el ámbito de la salud, como sin duda también de los servicios sociales, marca un antes y un después. Un después que también ha tenido hitos de gran relevancia en nuestra sociedad, y por tanto en sus ciudadanos, entre los que se encuentran aquellos que padecen un trastorno mental, sin olvidar a sus familiares, allegados, cuidadores, etc. Por citar algunos de ellos, los más recientes, tendremos en cuenta el Libro Verde de Salud Mental, la Declaración de Helsinki o la Declaración de Derechos Humanos de las personas con discapacidad y la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a la Dependencia.

Asimismo las organizaciones sociales, entre las que se sitúa la Confederación FEAFES, se encuentran a partir de la década de los ochenta, en un ambiente de transición democrática, una serie de oportunidades de creación, desarrollo y consolidación de su papel de representación y defensa de sus intereses, que aunque no exenta de dificultades podríamos concluir ha venido y viene a asegurar la participación ciudadana, tanto en la consideración de decisiones individuales como en la consideración de las expectativas como colectivo usuario/consumidor del sistema sanitario.

La descentralización estatal con la configuración del Estado de las Autonomías y las transferencias sanitarias, en nuestro caso, es también un elemento que conviene tener en cuenta por las consecuencias generadas ante el desarrollo totalmente diferente y fragmentado de las prestaciones a las que los ciudadanos tienen derecho, y que generan graves diferencias interterritoriales. Y, a pesar de bien intencionadas propuestas, como pudiere ser la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no está garantizado que todos los ciudadanos tengan derecho a disfrutar de las mismas prestaciones sanitarias, con las mismas garantías de informa-

ción, accesibilidad, seguridad, calidad y tiempo, con independencia de su lugar de residencia y con posibilidad de movilidad libre por el territorio con el aseguramiento de sus derechos constitucionales de protección de su salud y su atención sanitaria necesaria.

El reconocimiento entonces presentado como novedoso, aunque quizás no tanto, de la prestación de salud pública y de la atención sociosanitaria nos ofrecía un marco para el reconocimiento de los cuidados sanitarios de larga duración y de la rehabilitación, integrada con el resto de actividades asistenciales y con las de prevención y promoción.

### *Sobre los servicios*

La *rehabilitación* se sitúa y debe partir del ámbito sanitario, y ser depositaria de los criterios de universalidad y gratuidad. Invertir, destinar recursos organizativos, profesionales, materiales y económicos en Rehabilitación Psiquiátrica es invertir en Salud, es rentabilizar, por su aminoramiento, otros recursos asistenciales tanto de atención primaria como especializada, con una especial repercusión en lo referente a hospitalización y farmacología; sin olvidar, ni mucho menos e incluso lo que es más importante, los niveles de bienestar en contra del deterioro personal, familiar y social.

En este sentido, aprovechamos para mencionar de forma sucinta, la consideración de nuestra Organización sobre las oportunidades de la Ley 39/2006, no solo en lo referente a la Atención en Situaciones de Dependencia (sin duda de interés y reconociendo el avance social que supone), sino en lo referido a la *promoción de la autonomía personal*.

Existen diferentes modelos organizativos de los dispositivos de rehabilitación en las diferentes CC. AA., organizándose en algunas de ellas desde el ámbito social, y no desde el sanitario, ya que los espacios y competencias socio-sanitarias no están siendo desarrolladas.

En cuanto a la ubicación de la rehabilitación en el espacio social parece haberse antepuesto o valorado el nivel de oportunidad frente al de coherencia, con diversas valoraciones y posicionamientos al respecto, incluso desde el nivel interno de nuestra Organización. Y justo es reconocer que en esta planificación ha habido nula o escasa intervención, con igualmente comprometido poder de influencia y efectiva participación de los propios afectados a través de sus representantes.

El denominado *nuevo modelo de atención a la salud mental* orientado hacia la comunidad (modelo comunitario) sigue denominándose «nuevo modelo de atención», a pesar de estar reconocido y fundamentado en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, hace ya más de 25 años, porque desde entonces está amenazado por fantasmas que nadie reconoce, pero que como las meigas existen, y así lo

constata el hecho de que no sólo el modelo no se haya generalizado, sino que en algunos momentos nos atreveríamos a presagiar riesgos candentes de retroceso a modelos anti-comunitarios y de «modernos modelos asilares y manicomiales».

El modelo comunitario que posibilita la adecuada atención integral a los trastornos mentales es el único modelo que FEAFES defiende y constata. Un modelo comunitario de atención sanitaria, porque en la intervención a la Salud Mental el ámbito sanitario ocupa un lugar de primacía, que la Administración, por tanto sanitaria, con competencia tanto en el ámbito central como autonómico parece no querer o saber asumir.

A las dificultades y déficit generados por la escasa o inadecuada falta de planificación general debemos tener en cuenta las dificultades de coordinación entre el espacio sanitario y psicosocial. Mas allá de la circunstancia referida en relación a la rehabilitación, durante o tras ella, existen otras necesidades de la persona con enfermedad mental que igualmente es competencia y responsabilidad de la Gestión de los Servicios de Salud Mental.

Y aquí tiene un papel vital las Unidades/Centros de Salud Mental que, situados en el nivel de Atención Especializada a la Salud Mental, tienen la máxima responsabilidad en garantizar la continuidad asistencial, considerando que éste es el marco que puede garantizar el modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental, referido anteriormente.

Para el aseguramiento de las prestaciones previstas en la Cartera de Servicios del SNS en este primer nivel, a saber: actuaciones preventivas y de promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de los trastornos agudos y de los trastornos crónicos en régimen ambulatorio, intervenciones psicoterapéuticas individuales y familiares y la rehabilitación, es necesaria una red de Unidades/Centros de Salud Mental responsable del proceso de intervención terapéutica, integrado por un equipo multi-interdisciplinar suficiente, compuesto por psiquiatras, psicólogos y psicólogos clínicos, enfermeros especializados en Salud Mental, trabajadores sociales, auxiliares para asegurar la intervención en el domicilio, y otros profesionales tales como terapeutas ocupacionales, técnicos de integración social, etc.

A nuestro juicio, es este uno de los puntos más débiles y negativos, ya que la situación actual adolece de graves situaciones que no garantizan la atención individualizada e integral según las necesidades particulares y específicas de las personas afectadas, lo que desgraciadamente está generando un déficit en el nivel de recuperación de la persona. Los tratamientos son sesgados, con una gran carga farmacológica y debilidad de criterios clínicos en cuanto al uso racional del medicamento y con escaso desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas.

La implantación y constitución de las unidades/centros de salud mental es totalmente diferente entre las CC. AA., e incluso diferentes en las

mismas comunidades, lo que no está garantizando la adecuada atención integral, la continuidad de cuidados en el proceso de atención y con escaso seguimiento del curso/pronóstico de la enfermedad, y la indispensable coordinación con el resto de dispositivos de atención a la Salud Mental.

Por tanto, es necesario la puesta en marcha, la consolidación y mantenimiento de estos recursos básicos de atención, siendo lo suficientemente potentes para el fin propuesto, racionales para dar cobertura a las necesidades y expectativas de las personas con enfermedad mental y sus familias, eficaces y eficientes en la intervención asistencial con el nivel de calidad exigido. Los índices de cobertura no siempre alcanzan los niveles necesarios para lograr servicios de calidad, y el incremento de la demanda no se ha acompañado de un incremento en las previsiones presupuestarias y la consiguiente dotación de recursos humanos.

En definitiva, ese rol como recurso clave que es la unidad de salud mental para la articulación de la atención a las necesidades de la población está comprometido debido a los déficits expuestos. Y es necesario hacer una apuesta política y presupuestaria contundente en esta línea.

En este sentido, conviene recordar lo establecido en la Declaración de Helsinki, y la recomendación de que se proporcionen los recursos financieros suficientes dirigidos a lograr el bienestar mental y la inclusión de las personas con problemas de salud mental. Recordando textualmente el compromiso de los ministros de Sanidad de los Estados Miembro de la Región europea: «XVI. Proporcionar recursos suficientes para la atención a la salud mental, teniendo en cuenta la carga de enfermedad, dedicando a la misma una parte identificable de los gastos sanitarios generales, a fin de que el nivel de inversión en este ámbito se equipare al alcanzado en otras áreas de atención».

Por otro lado, no hay que olvidar que se precisa de una amplia gama de recursos para cubrir las necesidades de las personas con enfermedad mental y de sus familias, más allá de las estrictamente sanitarias. Nos referimos, fundamentalmente, a las necesidades de rehabilitación psicosocial y laboral, necesidades de inserción laboral y participación en el mercado de trabajo, necesidades de alojamiento y vivienda digna e independiente, ocio y tiempo libre, participación social, protección jurídica y económica, que generan multitud de dispositivos y programas que deberían actuar de forma coordinada y transversal con el mismo individuo, pero debido a las dificultades, ya denunciadas, de descoordinación junto a la complejidad de dependencia y competencia institucional, así como la diversidad de actores (sector público, sector privado e iniciativa social) genera resultados poco eficaces. Además, otra consecuencia del déficit asistencial preocupante, es que el acceso a estos dispositivos no se da en una fase temprana del curso de la enfermedad, sino por el contrario en una etapa bastante avanzada, suponiendo un deterioro a todos los niveles que exige un mayor esfuerzo –profesional y económico– posterior, con el consi-

guiente efecto sobre el pronóstico de la recuperación, integración y normalización social deseable.

Mención especial en este panorama es la situación de grave déficit asistencial a determinados sectores especialmente vulnerables, como son las personas con enfermedad mental afectadas por el régimen penal penitenciario, y las circunstancias específicas de salud mental en niños y adolescentes, personas mayores, mujeres y personas sin hogar.

### *Sobre la formación e investigación*

Desde la Confederación FEAFES suscribimos lo que la Estrategia de Salud Mental del SNS recoge al respecto de la Formación del Personal Sanitario y la Investigación en Salud Mental, líneas estratégicas 4 y 5, respectivamente.

A modo de resumen de alguno de los aspectos que consideramos más relevantes a corto plazo, referir la necesidad de potenciar la formación de los profesionales para atender adecuadamente las necesidades de la población.

Destacamos que es necesario que las CC. AA. dispongan de un Plan de Formación Continua para los profesionales de Atención Primaria, Atención Especializada y del resto de dispositivos relacionados en la atención integral en el modelo comunitario de atención.

También consideramos prioritario la revisión de determinados perfiles profesionales. Y la revisión del actual sistema de especialidades de Psiquiatría y Psicología, y para áreas de gran repercusión actual como son el área infanto-juvenil y la Psicogeriatría. Sin olvidar las acciones que permitan la implantación y generalización de Guías de Práctica Clínica.

Un factor clave para el éxito y la garantía de una formación adecuada a las necesidades de asistencia sanitaria, de rehabilitación e inserción social de las personas con enfermedad mental es su participación, la de sus familiares y/o cuidadores, así como de sus representantes legítimos en todo el proceso, y con especial referencia en el nivel docente de aquellas áreas en las que la propia y personal experiencia de la enfermedad debe considerarse un valor añadido.

En cuanto a la investigación, hay que incidir en la consecución del objetivo 9 de la estrategia en orden a potenciar la investigación en salud mental. En este sentido, destacar la idoneidad de poner en marcha las medidas necesarias para la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental. Es necesario que las CC. AA. prioricen las líneas de investigación en función de las necesidades de su población. Priorizando y promocionando aquellas que aseguren un enfoque multidisciplinar y que garanticen la coordinación.





# LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS: ¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES?

Encuesta sobre las actitudes de los profesionales  
de salud mental hacia la participación de los usuarios en  
la gestión de los servicios

*Manuel Gómez Beneyto*

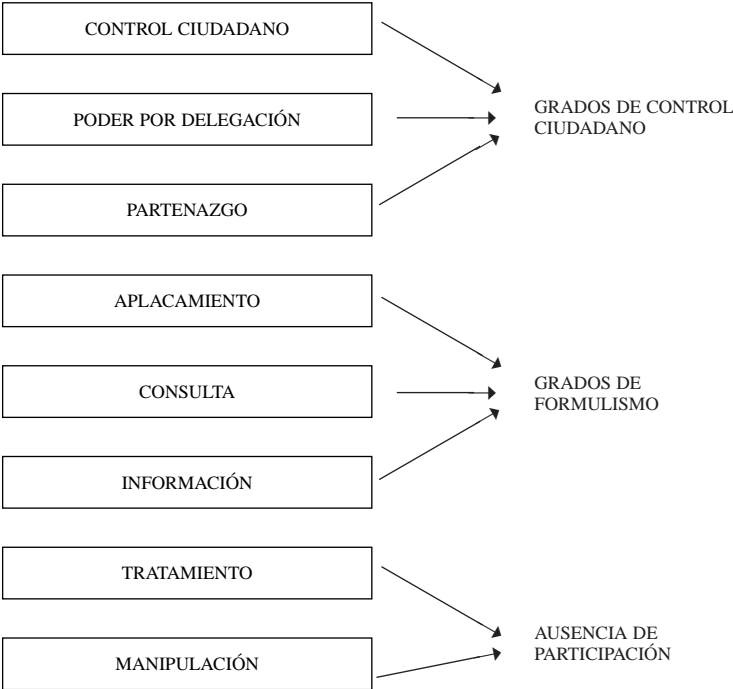
## *La participación de los usuarios*

En un estado democrático, los ciudadanos se caracterizan porque ejercen efectivamente su derecho a participar en la construcción de la comunidad a la que pertenecen. En este sentido, la participación en el sistema sanitario, responsable de su bienestar y de su salud, ocupa un lugar prioritario como es lógico.

La justificación de la participación de los ciudadanos-usuarios en las organizaciones sanitarias no se basa en la utilidad de dicha participación si no en su derecho a participar. Los estudios cuantitativos y cualitativos sobre la eficacia de esta participación pueden ser tomados en consideración para evaluar la eficacia relativa de las diversas formas de participación pero no para decidir si la participación está justificada porque lo que la justifica es un derecho.

El concepto de participación apunta a una nivelación del poder entre las partes interesadas en la toma de decisiones. En un estudio clásico Arnstein (1) describe los niveles de implicación ciudadana como una escalera de ocho peldaños (Gráfica 1). En los dos primeros peldaños, el grupo que toma decisiones no comparte nada con los ciudadanos, al contrario su verdadero objetivo es «educarlos» o «curarlos» para que puedan participar en un futuro que nunca se actualiza; la manipulación y la falsedad que implica esta posición paternalista están en la base de la exasperación y de la hostilidad de los desposeídos hacia los que tienen el control. En los tres siguientes escalones, la participación es puro formulismo, las partes implicadas se escuchan pero los usuarios carecen de voto y por lo tanto de influencia. Solamente los tres últimos peldaños incluyen verdadera participación. En el *partenazgo* se da la posibilidad de intercambio y negociación y en el *poder por delegación* y el *control ciudadano* el poder está mayoritariamente en manos de la ciudadanía. Para este autor, participar es tener el poder para tomar decisiones y obtener este grado de control es el objetivo final de la ciudadanía. El grado de participación es el resultado de

Gráfica 1. Escalera de implicación ciudadana de Arnstein



la confrontación entre el estamento que ostenta el poder y la sociedad civil militante.

Sin embargo el punto de vista de Arnstein, aunque contiene un fondo de verdad innegable, ha sido ampliamente criticado por simplista y radical. Tritter (2) critica el modelo de Arnstein porque no refleja la naturaleza dinámica y evolutiva de la implicación de los usuarios. Diversos usuarios en distintos momentos y contextos pueden aspirar a grados y clases de participación diferentes. Arnstein reduce la relación entre los usuarios y el estamento decisorio a pura competición por el poder, mientras que una conceptualización realista debería reconocer la multiplicidad de fuentes potenciales de poder a disposición de los usuarios. La escalera de Arnstein no considera «la necesidad de dedicar tiempo y expertitud para contruir una relación de confianza mutua, para capacitar en la participación y para alcanzar el consenso en torno a unos objetivos» (2). Es más, el enfoque de Arnstein supone que el conocimiento lego es tan válido como el experto en la toma de toda clase de decisiones, sean éstas sobre

la planificación, la gestión, la evaluación, la investigación, la formación o el tratamiento.

Los usuarios están cada vez más presentes en las organizaciones sanitarias públicas de los países más desarrollados, especialmente en las redes de salud mental. La tendencia creciente a la participación corre paralela y probablemente es parte integrante de un fenómeno social más amplio relacionado con el incremento de la conciencia de ciudadanía y que tiene que ver con la contracultura de los años 60 y 70, con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, con las repetidas denuncias sobre la violación de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental grave y desde luego con el movimiento del *empowerment* de las minorías y la emergencia concurrente de las asociaciones de usuarios y cuidadores.

La participación de las asociaciones de usuarios y familiares en todos los niveles del sistema de salud mental –planificación, evaluación, formación e investigación– e individualmente en la prestación de servicios y en los planes individualizados de atención, está reconocida en los planes nacionales de salud mental de los países de nuestro entorno. No obstante parece ser, al menos desde el punto de vista de los usuarios, que el grado de implementación real en la mayor parte de los países es mejorable. La conveniencia de consultar con las asociaciones de usuarios para identificar las necesidades sanitarias de la población y de hacerles partícipes en la toma de decisiones que conducen a darles respuesta, tan frecuentemente y tan elocuentemente expresadas en los documentos de política sanitaria, a menudo no se corresponden con el grado de participación real.

Muchos son los obstáculos que dificultan la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos que les conciernen. Arnestein (1) apunta como causas el racismo, el paternalismo y la resistencia a la redistribución del poder del lado del estamento dominante y por parte de la ciudadanía, la inadecuación de las infraestructuras políticas y socioeconómicas comunitarias, la ignorancia y la dificultad para organizar grupos representativos. Más concretamente, los factores que facilitan o dificultan la participación en las organizaciones sanitarias han sido revisados y expuestos esquemáticamente en otro lugar de esta ponencia (Ramos Vidal y cols.).

La debilidad del tejido asociativo y su insuficiente representatividad, la falta de claridad sobre su papel y la ausencia de conocimientos y habilidades para integrarse en el proceso de toma de decisiones constituyen algunos de los obstáculos atribuibles a las propias asociaciones.

Por parte de los gestores, la inercia burocrática, la ausencia de modelos alternativos que acomoden la participación de los representantes de los usuarios de una forma eficaz y sobre todo el miedo al cuestionamiento de su autoridad son elementos que en combinación con los anteriores frenan y veces impiden totalmente la participación.

El mundo académico, paradójicamente menos abierto a los cambios sociales, ha visto con recelo la participación de los usuarios en sus asun-

tos. De hecho, en muchos países, incluyendo el nuestro, ha llegado a ser uno de los reductos más resistentes al desarrollo de un enfoque comunitario y participativo de los servicios de salud mental.

Por parte de los profesionales, en el terreno asistencial, persisten las actitudes de temor y desconfianza hacia la participación. En algunos países la redistribución del poder en la consulta ha experimentado un cambio espectacular desde la mitad del siglo pasado hasta la actualidad, pero este cambio no se ha generalizado.

Todos estos factores ejercen su efecto de forma interactiva y variada en intensidad y extensión, revelando que nos encontramos en un momento de transición hacia un nuevo modelo de relación con los usuarios.

La forma como imaginamos el resultado final de esta evolución juega un papel importante en estimular o inhibir el proceso de cambio. Si con Arnstein lo concebimos como el resultado de una confrontación entre las partes interesadas que ha de terminar en la toma del poder por parte de los usuarios, evidentemente toda resistencia parece justificada. Pero nuestra actitud será otra si entendemos el proceso como una negociación que continuamente busca el consenso entre las partes. La revisión de la literatura revela, tal como se constata en la aportación de Ramos en este capítulo, que cuando se ha ensayado la colaboración y la búsqueda del consenso los resultados han sido generalmente satisfactorios para todos.

### *Encuesta sobre las actitudes de los profesionales*

Entre los factores que dificultan la participación están las actitudes estigmatizantes hacia las personas que padecen enfermedad mental, compartidas por igual por políticos, sanitarios y usuarios.

Las actitudes positivas son necesarias para que la participación sea posible, pero por sí mismas no pueden impulsar su desarrollo más que a un nivel local y voluntarista. Por otra parte, las actitudes negativas son siempre un obstáculo insalvable. Sorprende, por ello, la escasez de estudios sobre este tema (3-9). A la escasez de estudios hay que añadir el tamaño insuficiente de las muestras utilizadas y la variedad de metodologías empleadas, lo cual impide hacer comparaciones y sacar conclusiones generalizables.

Estudiar las actitudes negativas de los profesionales en el contexto de esta ponencia está justificado por todo lo dicho y porque además estas son, en principio, susceptibles de modificación con procedimientos y herramientas propias de nuestra especialidad.

Con el objetivo de explorar las actitudes de los profesionales en nuestro medio llevamos a cabo una encuesta dirigida a los socios de la AEN que trabajan en los servicios públicos de salud mental. La finalidad última de esta encuesta es la de elaborar una recomendaciones dirigidas a la AEN

para que pueda contribuir a impulsar el proceso de participación de los usuarios en los servicios de salud mental.

El cuestionario utilizado para la encuesta es una adaptación del *Consumer Participation Questionnaire* (10). Contiene dos partes, en la primera, constituida por seis preguntas, se recogen datos sobre el centro de trabajo y datos profesionales del encuestado. La segunda parte contiene 23 preguntas referidas a la participación de los usuarios en el servicio o centro en el que desempeña su trabajo el encuestado, clasificadas en seis apartados: 1) la participación en el tratamiento individual; 2) la participación en la planificación del servicio; 3) la participación en la evaluación del servicio; 4) la participación en las prestaciones; 5) la existencia de mecanismos eficaces para apoyar y entrenar a los usuarios con el fin de facilitar su participación; y 6) sobre la existencia de un «Plan de Participación de los Consumidores». Para cada una de las preguntas se solicita la opinión del encuestado sobre la frecuencia de la participación de los consumidores en el trabajo asistencial diario su Servicio, en una escala que puntúa desde 1 (casi nunca o nunca) hasta 5 (casi siempre o siempre). El cuestionario se completa con una sección de comentarios libres. Se eligió este cuestionario porque es el más abarcativo y el más usado en estudios descriptivos sobre la participación de los usuarios en los servicios de salud mental. De todas formas la escasez de estudios realizados con este o con otros cuestionarios y la ambigüedad de los hallazgos publicados nos impide hacer comparaciones, de manera que los datos de esta encuesta tendrán que ser valorados por sí mismos.

Como nuestro interés se centraba no solo en obtener información sobre la frecuencia de la participación de los usuarios, sino también en identificar las actitudes profesionales, decidimos añadir un apartado sobre la frecuencia ideal con que debería darse la participación según el punto de vista de los encuestados.

El marco de muestreo estuvo constituido por las direcciones de correo electrónico que figuran en el banco de datos de la Asociación, que está constituido por 203 direcciones. Se remitió un cuestionario por vía electrónica a todas, repitiendo en tres ocasiones con el fin de mejorar la tasa de respuesta. Setenta y una fueron devueltas por dirección errónea, 30 no contestaron y otras 7 se recibieron en blanco, de manera que al final quedaron 95 encuestas bien cumplimentadas, es decir 72 % del total de direcciones válidas.

Es evidente que el marco de muestreo no es el adecuado para obtener una muestra representativa del colectivo de miembros de la AEN. A pesar de ello se optó por esta solución por motivos de economía y porque este es un primer paso en una línea de investigación que esperamos desarrollar en el futuro.

Los centros de trabajo de los profesionales que respondieron al cuestionario fueron mayoritariamente Unidades de Salud Mental (51%), de las

cuales casi todas (95%) atendían a usuarios adultos. Cerca de las tres cuartas partes de los encuestados fueron psiquiatras (70%) y el resto psicólogos (11%) y enfermeros (16%) y casi la mitad (42%) desempeñaban el cargo de jefes de servicio o de coordinadores de área. En cuanto a los años de experiencia profesional desde la obtención del título de especialista la media fue de 16.7 (de = 9.2) años y el tiempo de trabajo en el centro de 8.8 (de = 6.6) años. El 56% fueron hombres.

En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones de frecuencias de participación por áreas, ordenadas de menor a mayor. La puntuación que corresponde a la situación deseable es mayor que la correspondiente a la situación actual en todas las áreas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El hallazgo revela una actitud de los encuestados favorable a incrementar el nivel de participación.

Tabla 1. *Puntuaciones medias por áreas del cuestionario en una escala de frecuencias que va desde 1 (casi nunca o nunca) hasta 5 (casi siempre o siempre)*

Frecuencia	Actual	Deseable	Diferencia
En la planificación de los servicios	1,2	2,5	1,3
En apoyo a consumidores para participar	1,6	4,0	2,4
En las prestaciones	1,6	2,2	0,6
En la evaluación de los servicios	1,7	3,4	1,7
En el plan de tratamiento individual	2,9	4,1	1,2
Global	1,8	3,2	1,4

Los encuestados opinan que *apoyar a los consumidores para que puedan participar* es el área más necesitada de mejora. Esta opinión refleja la existencia de un problema real. La educación, las habilidades y la experiencia necesaria para participar en las comisiones en las que se toman decisiones gerenciales son completamente ajenas a la formación y experiencia de los usuarios, de ahí que aunque se les dé la oportunidad de sentarse en las comisiones de planificación y evaluación de los servicios su actitud sea predominantemente pasiva y su participación meramente testimonial, es decir, inexistente. La necesidad de apoyarles para que identifiquen y reconozcan las áreas de conocimiento en las que ellos son más expertos que los profesionales, así como dotarles de herramientas necesarias para expresar su opinión de forma asertiva son tareas ineludibles si se quiere mejorar su participación efectiva. En nuestra experiencia, los grupos focales de usuarios apoyados por profesionales entrenados son útiles para identificar las áreas de conocimiento específicas en las que pueden desenvolverse como expertos y el entrenamiento por medio del desempe-

ño de roles y supervisión directa el método adecuado para dotarlos de recursos que les ayuden a participar con eficacia.

Destaca por las puntuaciones muy inferiores a todas las demás, tanto en la situación actual como en la deseable, la *participación en las prestaciones*. En este sentido, hay que señalar que la contratación de usuarios como consultores en los servicios de salud mental es una práctica todavía infrecuente pero con una presencia sustancial y creciente en algunos países de nuestro entorno. Tal vez la pregunta pudo ser interpretada en el sentido estricto de prestaciones terapéuticas, en cuyo caso estarían justificadas puntuaciones tan bajas, pero esta explicación parece improbable ya que es evidente que las prestaciones tienen muchos aspectos no terapéuticos tales como informar, apoyar emocionalmente, aconsejar, etc., en los cuales pueden intervenir personas sin formación profesional. En mi opinión, además del estigma, es posible que en este caso el profesional perciba esta propuesta como un cuestionamiento de su autoridad o de su poder y de ahí el rechazo.

En el otro extremo destacan las elevadas puntuaciones otorgadas a la *participación en el plan individual de tratamiento*. Según las normas que rigen la entrega de servicios hoy en día, incluyendo las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la participación de los usuarios en la elaboración de su plan individual de atención debería acercarse al cien por cien. Precisamente por ello se comprende que sean las puntuaciones en esta área más elevadas que en otras, pero lo que no se comprende es que no lo sean mucho más. Llama la atención que se practique solamente «con frecuencia» (puntuación 2.9), y también que la puntuación deseable no sea 5, sino 4.1.

Con el fin de determinar la relación entre los datos profesionales de los encuestados y las actitudes se llevó a cabo una regresión lineal multivariante sobre las puntuaciones de frecuencia deseable en cada una de las áreas, incluyendo en el modelo de regresión el sexo, los años de experiencia profesional, la antigüedad en el puesto de trabajo, el cargo y la profesión de los encuestados. De este análisis resultó que el sexo, la profesión, el cargo y la antigüedad en el puesto de trabajo no juegan un papel significativo en la determinación de las actitudes. Solamente se encontró una asociación significativa entre los años de experiencia profesional y las actitudes favorables a la participación de los usuarios, especialmente en cuanto a la participación en la planificación de los servicios ( $p = 0,005$ ) y el apoyo a los consumidores para facilitar su participación ( $p = 0,003$ ). Llama la atención que sean los profesionales con más experiencia los que están más a favor de ampliar la participación de los usuarios.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la encuesta desde otra perspectiva. En la tabla se recoge el porcentaje de encuestados que está de acuerdo con que la participación se ponga en práctica siempre o casi siempre.



Tabla 2. *Porcentaje de encuestados que considera que la participación se hace o se debería hacer siempre o casi siempre*

	SE HACE	SE DEBERÍA HACER
<b>PARTICIPACIÓN EN EL TRATAMIENTO PROPIO</b>		
Cada consumidor dispone de un «Plan Individualizado de Atención» que ha sido elaborado con su participación activa	6,9	55,8
Los consumidores participan activamente en tomar decisiones sobre su tratamiento durante el episodio agudo	2,4	26,4
Los consumidores participan activamente en tomar decisiones sobre su tratamiento y cuidados durante el periodo de seguimiento	13,6	63,2
Los consumidores participan activamente en tomar decisiones sobre su tratamiento farmacológico	8,2	39,3
Los consumidores participan activamente en tomar decisiones sobre su situación legal (incapacitación, curatela, etc.)	4,8	34,1
Los cuidadores participan en tomar decisiones sobre el tratamiento y cuidados de las personas a su cargo	16,1	52,3
<b>PARTICIPACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO</b>		
Los consumidores están representados en los grupos de trabajo (comisiones, mesas técnicas, etc.) que llevan a cabo la planificación	0	20,7
Los consumidores están representados en otros grupos de trabajo (comisiones, mesas técnicas, etc.) relacionados con la planificación	2,5	26,9
<b>PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN DEL SERVICIO</b>		
Los consumidores participan activamente en la preparación de la estrategia de evaluación del Centro	2,3	33,3
Se consulta la opinión de los consumidores sobre la calidad del servicio que se les presta	13,6	66,3
Se proporciona retroinformación a los consumidores sobre su contribución a la evaluación del Servicio	0	–
Se llevan a cabo las mejoras que proponen los consumidores	0	–
Algunos proyectos de evaluación son gestionados por los Consumidores	1,2	25
<b>APOYO A LOS CONSUMIDORES PARA FACILITAR SU PARTICIPACIÓN</b>		
Se oferta formación a los consumidores para que puedan participar eficazmente en el servicio	4,7	49,4
En mi Servicio existe un profesional designado para apoyar a los consumidores que participan en grupos de trabajo	0	–

Tabla 2. *Porcentaje de encuestados que considera que la participación se hace o se debería hacer siempre o casi siempre (Continuación)*

	SE HACE	SE DEBERÍA HACER
Los gastos relacionados con la asistencia de los consumidores a los grupos de trabajo corren a cargo de la Administración	0	–
Se forma al personal sanitario para que puedan apoyar eficazmente a los consumidores en el proceso de participación	0	–
<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		
En mi Servicio, los consumidores participan activamente en la prestación de los servicios	1,1	13,8
El Servicio emplea ex-pacientes para que apoyen a los consumidores en el proceso de participación	0	–
<b>PLAN DE PARTICIPACIÓN DE LOS CONSUMIDORES</b>		
El Servicio dispone de un «Plan de Participación de los Consumidores»	17,2	84,7
El «Plan de Participación de los Consumidores» es elaborado con la participación de los consumidores	0	–
El «Plan de Participación de los Consumidores» está vigente y se aplica regularmente	0	–
El proceso de aplicación del «Plan de Participación de los Consumidores» se monitoriza regularmente y en ello participan también los consumidores	0	–

Desde un punto de vista ideal todos los porcentajes, tanto de la situación actual como de la deseable, pero especialmente de la deseable, deberían estar próximos al cien por ciento. Una lectura rápida de la Tabla 2 revela que este no es ni mucho menos el caso.

La tabla naturalmente confirma y amplía lo ya constatado anteriormente en relación con las puntuaciones de frecuencia, por lo que aquí solamente señalaremos algún aspecto más destacable.

Menos del 20% de los encuestados opina que la participación se practica siempre o casi siempre en cualquiera de las áreas. Esta cifra en sí misma, sin necesidad de recurrir a comparaciones, revela un nivel de participación muy escaso.

Otro dato a destacar es que se puede entender que la participación actual de los usuarios en la elaboración de su plan individual de atención no se produzca siempre o casi siempre ¿pero más difícil es entender que solamente el 55.8% de los encuestados opine que los usuarios deberían disponer siempre o casi siempre de un «Plan Individualizado de Atención» que haya sido elaborado con su participación activa, cuando las normativas actuales y las guías de práctica clínica lo recomiendan sistemáticamente?

Disponer de un Plan de Participación de los Consumidores en el Servicio recibe una aceptación casi unánime (84%), de forma que sería esta, junto con disponer de un mecanismo para consultar la opinión de los consumidores sobre la calidad del servicio que se les presta (66%) y buscar proactivamente la participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidados durante el periodo de seguimiento (63%), las primeras iniciativas a emprender para impulsar el proceso de participación sin levantar excesivas reacciones en contra.

Hasta aquí, los resultados cuantitativos de la encuesta. Veamos ahora los resultados en relación con los comentarios libres. Treinta y cuatro encuestados aportaron comentarios libres. El análisis de los textos corroboró la impresión de un escaso nivel de participación y enriqueció el resultado de los cuestionarios con matices que solamente se pueden expresar de forma narrativa.

Varios de los comentarios hicieron referencia a cuestiones generales, unos criticando con toda la razón algunos términos empleados en el cuestionario («resulta confuso distinguir entre consumidores pacientes o familiares», «deberían denominarse usuarios y no consumidores»), otros echando en falta una mayor precisión («¿hasta dónde esa participación?», «¿en qué contextos?»). Otros comentarios se refirieron a la calidad de la participación actual, como «meras consultas» sin repercusión real («no existe un mecanismo de participación formalizado», «espacio consultivo, sin capacidad ejecutiva», «hacemos un esfuerzo para que usuarios y familiares participen, pero este esfuerzo no lo asume la empresa») o como simples colaboraciones en la organización de Jornadas u otros actos asociativos. Otros señalan la falta de capacitación de los usuarios para participar señalan («su participación hasta donde yo sé es muy pasiva»).

Los comentarios acerca del plan individualizado de tratamiento son muy esclarecedores y van desde los más positivos, aunque menos de lo deseable («de una forma individualizada se atienden las sugerencias y preferencias de los usuarios, dentro de lo posible, por parte de su terapeuta y según el criterio de éste», «existen los Planes de Tratamiento [Individualizado] dentro del marco de los procesos, como objetivos, pero su realización e implantación es lenta y bastante insuficiente»), hasta comentarios que revelan la existencia de sectores profesionales radicalmente contrarios a la participación («estamos potenciando la línea de implicar lo más posible a los usuarios en la toma de decisiones respecto a cuestiones relativas a su tratamiento, decisiones de su vida, etc., pero eso ha sido, ya es menos, motivo de conflicto con parte del personal», «en estos momentos sería impensable la participación del paciente o su familia en el proceso terapéutico»).

## Conclusiones

1. La participación de los usuarios en los sistemas sanitarios es un hecho de creciente importancia en todos los países occidentales.
2. Los estudios empíricos pueden contribuir a mejorar su eficacia, pero su justificación se basa en un derecho.
3. Las actitudes de los profesionales, entre otros factores, juegan un papel importante en facilitar o dificultar el proceso de participación.
4. Según los resultados de una encuesta llevada a cabo entre los profesionales de salud mental miembros de la AEN:
  - En opinión de los profesionales el nivel de participación de los usuarios en la planificación y evaluación de los servicios, en las prestaciones y en los planes individuales de tratamiento es muy escaso.
  - Entre los profesionales predominan las actitudes positivas, aunque muy moderadas, hacia una ampliación de la participación en todos los niveles, especialmente en los planes individuales de tratamiento y también, aunque en menor medida, en la planificación y evaluación.
  - Los profesionales opinan que la participación de los usuarios cuando se les da la oportunidad es muy pasiva. Se hace patente la necesidad de capacitarlos para que participen de forma efectiva.

## Recomendaciones

- La AEN tiene la oportunidad de impulsar la participación de los usuarios incorporando a representantes de sus asociaciones en las Secciones de Rehabilitación, Psicoanálisis, Historia, Salud Mental Infanto-Juvenil y en las que en adelante se vayan formando, así como en los grupos de trabajo sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario, la aplicación de la Ley de Dependencia y otros que se vayan creando en el futuro.
- De manera especial la AEN podría contribuir al desarrollo de una participación activa mediante la puesta en marcha de mecanismos específicos de apoyo y de capacitación de los usuarios. La Escuela de Salud Mental podría jugar un papel en el diseño de este mecanismo. Una medida así sería mucho más eficaz si fuese asumida por las Delegaciones Autonómicas.
- Como primera medida para promocionar la participación en los servicios asistenciales sin levantar reacciones en contra la AEN podría defender que todos los servicios de salud mental lleguen a disponer de un *Plan de Participación de los Consumidores*. De nuevo esta iniciativa sería más eficaz en el caso de que las Delegaciones Autonómicas la asumiesen.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arnstein S., «A Ladder of Citizen Participation», *Journal of the American Institute of Planners* 1969, 35: 216-24.
- (2) Tritter, J. Q.; McCallum, A., «The Snakes and Ladders of User Involvement: Moving beyond Arnstein», *Health Policy*, 2006, 76: 156-168.
- (3) McCann, T. V., et al., «Mental Health Professionals' Attitudes towards Consumer Participation in Inpatient Units», *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2006, 15: 10-16.
- (4) McCann, T. V., et al., «Mental Health Clinicians' Attitudes about Consumer and Consumer Consultant Participation in Australia: A Cross-sectional Survey Design», *Nursing and Health Sciences*, 2008, 10: 78-84.
- (5) Goodwin, V.; Happell, B., «Psychiatric Nurses' Attitudes Towards Consumer and Carer Participation in Care: Part 1. Exploring the issues», *Policy Nursing Practice* 2007, 8: 276-81.
- (6) Kent, H.; Read, J., «Measuring Consumer Participation in Mental Health Services: Are Attitudes Related to Professional Orientation?», *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44: 295-310.
- (7) Hübner, C., «User Involvement in the Mental Health Field. A Comparative Research in Berlin and London», Disponible en: [www.maccess.nl/files/claudia\\_hubner.pdf](http://www.maccess.nl/files/claudia_hubner.pdf), accedido el 2-III-2009.
- (8) Sibitz, I., et al., «Mental Health Service user Involvement in Therapeutic and Service Delivery Decisions: Professional Service Staff Appear Optimistic», *Psychiatrische Praxis* 2008, 35: 128-134.
- (9) Browne, G.; Hemsley, M., «Consumer Participation in Mental Health in Australia: what Progress is Being Made?», *Australasian Psychiatry*, 2008, 16: 446-49.
- (10) *Consumer Participation Questionnaire*. Disponible en: [www.health.vic.gov.au/mentalhealth/archive/publications/conspar.pdf](http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/archive/publications/conspar.pdf), accedido el 1-IV-2009.

# LA ORGANIZACIÓN Y LOS PROFESIONALES. LAS HERRAMIENTAS TÉCNICAS

*José Carmona Calvo, Eudoxia Gay Pamos, Francisco del Río Noriega,  
Amalia Tesoro Amate*

## A. LA ORGANIZACIÓN

### 1. *La evolución de las organizaciones*

Desde el principio de la humanidad, con la división del trabajo, las personas se han unido en organizaciones para lograr objetivos comunes. Las personas por sí solas no pueden realizar tareas complejas, de ahí la importancia de las organizaciones como recurso para proveer bienes y servicios. Aunque las organizaciones sean consustanciales a la naturaleza humana, no es hasta principios del siglo pasado cuando se les reconoce como materia de estudio. Nace así la Teoría de la Organización, disciplina que intenta explicar de manera científica el funcionamiento de las organizaciones humanas. Los grandes cambios producidos en la segunda mitad del XIX por la revolución industrial hacen posible la creación de grandes empresas, el desarrollo de los medios de transportes y comunicaciones y la aparición de nuevos mercados. Es por tanto cuando la producción se hace compleja y cuando aparecen los primeros estudios de las actividades de las personas dentro de las organizaciones. Naturalmente la teoría evoluciona a lo largo de todo el siglo, apareciendo así distintos modelos explicativos que tratan de descubrir las bases del funcionamiento de las organizaciones para optimizar los resultados. Los primeros, de la mano de ingenieros y economistas (la *administración científica* de Taylor, el *proceso administrativo* de Fayol, la *burocracia* de Weber) (1) se centran en la ordenación del proceso de producción, dividiendo en funciones sencillas las tareas de las personas intervinientes.

En la década de los treinta, los modelos se van centrandos más en las personas, surgiendo las teorías orientadas al comportamiento de las mismas. Se considera, ya entonces, que el comportamiento de las personas en las organizaciones es fundamental para la productividad de la empresa. Son de relevancia en esta línea autores como Lewin (2) y Maslow (3) que ponen de manifiesto la importancia de la motivación para el logro de los objetivos de la organización. Un paso más allá lo representa el así llamado enfoque de los sistemas sociales –cuyo principal exponente fue Barnard– que intenta armonizar los objetivos de los diferentes grupos de la organización con los objetivos de la organización: es el sistema social cooperativo.

A mediados del siglo XX surgen otros intentos de buscar soluciones a los problemas de la organización, muy en relación con los problemas bélicos de la II Guerra Mundial. Se trata de reducir los elementos de un problema para averiguar las variables claves y estudiar sus relaciones. Son de resaltar aquí los modelos matemáticos que integran lo que luego se llamó la investigación operativa (programación lineal, no lineal y dinámica; teoría de juegos, de redes, de colas, etc.). Especial relevancia tuvo en los cincuenta el enfoque socio-técnico de Instituto Tavistock de Londres, que consideraba básico para la organización la interrelación de los subsistemas tecnológico (elementos para la producción) y sociológico (relaciones de las personas) y la integración con el entorno, apareciendo por primera vez la idea de la influencia del entorno en el funcionamiento de la organización y, por tanto, la necesidad de que ésta se diseñe en función de aquél. Hasta ahora las diferentes teorías habían partido de la idea de la organización como sistema cerrado.

A partir de aquí, ya en las últimas décadas, se desarrollan una serie de modelos, que perciben la organización como sistema abierto y pueden considerarse que alumbran la empresa moderna. Podemos resumirlos diciendo que se inspiran en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy (5), adaptándola al mundo de la empresa y así pueden citarse el enfoque contingente de Lawrence y Lorsch (6) y los enfoques evolutivos. En el primero la idea básica reside en que existen una serie de factores contingentes inherentes al contexto que influyen en el comportamiento y la estructura de las organizaciones. Los segundos se centran en la dependencia de las organizaciones de su entorno, en estudiar su supervivencia (perspectiva ecológica: lo que de verdad vale de una organización es su «rutina», lo que sabe hacer el conjunto de personas que la forman) o bien en diferentes enfoques de lo que se llama la eficacia organizativa.

En la actualidad puede decirse que no existe un modelo de funcionamiento puro, sino más bien modelos intermedios, de manera que pueden concebirse las organizaciones según pongan el acento en: el estudio de las actividades para alcanzar los objetivos; las relaciones entre las personas, las motivaciones; la organización como sistema abierto y, por tanto, la interdependencia con su entorno.

## *2. Los cambios en la organización sanitaria*

Pues bien ¿qué tiene que ver todo lo precedente con la organización sanitaria? Pensamos que mucho. La evolución de los distintos enfoques que se han sucedido en las organizaciones a lo largo de un siglo es lo que ha atravesado a la institución sanitaria, pero a lo largo de las tres últimas décadas. No nos extenderemos en este apartado, pues es ampliamente tratado en el capítulo 1, reservándonos la extensión para el siguiente epígrafe referido a la organización psiquiátrica.

En un principio la administración de los centros sanitarios se limitaba en la práctica a la gestión del gasto y estaba absolutamente separada de la actividad de las personas de la organización, fundamentalmente los médicos y las enfermeras, es decir de la actividad clínica. Los clínicos vivían ajenos a la administración sanitaria, quien tampoco se preocupaba de las condiciones en que se ejercía la clínica. A partir de los ochenta comienzan a sucederse una serie de cambios en cascada de forma vertiginosa. Como consecuencia de la crisis del petróleo de los setenta y del desarrollo de la tecnología médica que dispara los costes, la gestión sanitaria se centra sobre todo en la contención del gasto y el control del presupuesto. Aparece la Medicina Gestionada en EE. UU., aunque pronto se traslada a otros continentes. Por ejemplo, en Europa tiene una especial relevancia en las reformas que el *National Health Service* acomete en ese periodo. En general en los grandes centros es la época del «gerencialismo», caracterizada por una estructura jerárquica rígida y la idea de la eficiencia vacua, por no estar clara ni la eficacia, ni la efectividad (7). De forma paulatina, desde mediados de los noventa se abre un nuevo enfoque al introducir criterios de calidad, donde se involucra a los profesionales en la gestión, pero también se acerca la gestión al conocimiento de la operatividad sanitaria. Pasando por diversos estadios intermedios, aparece como emergente en estos momentos el modelo de *Clinical Governance* británico (8), que se extiende con más o menos variaciones a otros países (9; 10).

### 3. *Los cambios en la organización de los servicios de salud mental*

De forma paralela, en estos años de evolución de los sistemas sanitarios se llevan a cabo, en los países de nuestro ámbito, procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica. Siguiendo directrices de la OMS, que recomendaba la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general y la concepción comunitaria de la asistencia, se acometen importantes reformas que, en general, tienen las siguientes características:

- Integración de los servicios en el sistema sanitario general.
- Superación de los antiguos hospitales psiquiátricos, bien mediante su desmantelamiento parcial o completo, bien mediante cambios activos que supusieran una organización abierta.
- Creación de una nueva red de servicios de carácter comunitario que diversificara la atención a los diferentes problemas de salud mental de los ciudadanos.
- Búsqueda de nuevas prácticas asistenciales por parte de los profesionales, acorde con los cambios que se operan en la organización.



Las transformaciones son tan profundas y tan fluidas que puede decirse, sin temor a la exageración, que la organización de la asistencia psiquiátrica ha pasado de estructuras heredadas de la Ilustración a la organización sanitaria moderna, integrando los últimos cambios de la gestión sanitaria. Y esto, en un lapso de tiempo que no va más allá de treinta años. Como consecuencia, el escenario actual es de lo más variopinto, de unos países a otros y dentro de un mismo país. En España, por ejemplo, existen comunidades que aplicaron los principios de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, otras, que no han reformado prácticamente nada y, finalmente otras que han realizado reformas diferentes a lo propuesto por la Comisión.

Podemos esquematizar los cambios acaecidos en los últimos treinta años de la manera siguiente:

### 3.1. Estructura organizativa

En el nivel de la estructura organizativa, se ha pasado del hospital psiquiátrico tradicional, tipo manicomial, que proveía de todo tipo de prestaciones (sanitarias, sociales, judiciales), a las estructuras asistenciales propias del sistema sanitario actual más otras subsidiarias de otro sistema en transformación como es el de la atención social. El hospital psiquiátrico constituía hasta bien entrados los ochenta, sobre todo en nuestro país, casi la única oferta de atención pública a los diferentes trastornos mentales, en especial los graves. Los trastornos llamados «menores» o comunes, solo disponían de las obsoletas consultas de neuropsiquiatría de zona. Y para poblaciones específicas como la infantil, simplemente no existía ninguna oferta de atención especializada. En relativamente poco tiempo se ha pasado a una nueva arquitectura caracterizada por una tipología de servicios que ha requerido la fabricación de diagramas específicos (12). En síntesis serían los siguientes:

- Diversificación de servicios de salud mental comunitarios: centros de salud mental de adultos e infantiles, centros de rehabilitación de distinta tipología, etc.
- Integración de unidades de hospitalización de corta estancia en la mayoría de los casos para adultos, pero también se van creando algunas para población infanto-juvenil en los hospitales del sistema sanitario general.
- Creación de unidades específicas como hospitales de día, unidades de media estancia, unidades para patologías refractarias, comunidades terapéuticas, etc.
- Unidades de larga estancia, muchas de ellas como residuos de los hospitales psiquiátricos, otras (las menos) fuera de esas estructuras.
- A estos dispositivos hay que añadir el desarrollo desigual de servicios sociales para pacientes con trastorno mental grave. Aquí puede

observarse una gran disparidad, desde administraciones que no han hecho absolutamente nada hasta otras donde se despliega una diversidad que abarca alojamientos, talleres ocupacionales, centros formativos, de empleo, etc. A diferencia de los servicios sanitarios, salvo excepciones de titularidad pública en lo que respecta tanto a la financiación como a la prestación, los servicios de soporte social son en su mayoría de financiación pública, pero la prestación se asienta en la mayor parte de los casos en concertos con diversas entidades privadas. Citaremos aquí, por su importancia en Andalucía, a la Fundación Pública para la Integración Social del Enfermo Mental (13), organismo de provisión de servicios sociales específicos para personas con trastorno mental grave, con programas disponibles de alojamiento, programas ocupacionales, formativos, laborales, recreativos y fomento de órganos tutelares.

### 3.2. Conocimiento

En el plano de los conocimientos, el nivel de lo que «sabe hacer» la organización, también se han producido cambios significativos. Así, se ha trascendido el modelo médico tradicional, fisicalista-biológico (14), basado en la observación de síntomas que son tratados esencialmente con fármacos, para subsumirlo en otro modelo más amplio, sobre todo en lo que respecta a los aspectos terapéuticos –aunque no solamente– que recoge tecnologías provenientes de conocimientos de los campos psicológicos y sociales. En este sentido se enlaza con el conocimiento basado en la evidencia, donde la salud mental se nutre de diversos ámbitos del saber. Se está actualmente realizando una transición de un saber intuitivo y rudimentario a prácticas basadas en la evidencia disponible y no solo de fármacos. Conocemos por tanto no solo qué fármacos son de elección en los trastornos principales, sino también diversas técnicas que son útiles en el tratamiento de los mismos. Por ejemplo la psicoeducación de familiares de pacientes con TMG, los abordajes cognitivos de la depresión, la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia, el empleo con apoyo, etc., constituyen tratamientos que, de forma reglada, se están imponiendo en los servicios.

### 3.3. Modelos de gestión

En cuanto a los modelos de gestión en todo este proceso evolutivo, se han ido sucediendo toda la tipología que pueda suponerse. Hay que tener en cuenta que la transición que se ha operado ha ido desde la beneficencia hasta la gestión clínica.

El modelo de beneficencia ha sido el preponderante hasta hace bien poco tiempo. La gestión de la asistencia a los enfermos mentales fue dele-

gada a las administraciones locales. En nuestro país fueron las Diputaciones Provinciales las que tenían este tipo de asistencia, basada como decimos en el modelo de estado benefactor; es decir mientras que el sistema sanitario general emana del estado social, de la Seguridad Social, para los indigentes, locos y pobres, el Estado, a través de las administraciones locales, crea la beneficencia pública, suministrando asistencia caritativa a los que no disponen de recursos. El modelo de gestión se caracterizaba por el paternalismo de la institución benefactora que proveía atención a los pobres indigentes: modelo asimétrico, basado en la caridad de las instituciones donde los pacientes, lejos del estatus de ciudadano, recibían pasivamente atención asilar. La gestión económica se limitaba al control del gasto y los escasos profesionales, con escasa cualificación la mayoría, se limitaban al control de la población asilada.

Durante años el modelo de beneficencia y el de seguridad social coexisten para la asistencia general. Lo característico de la asistencia psiquiátrica es que su gestión, mayoritariamente, corresponde a la beneficencia a través de los hospitales psiquiátricos. Hasta tal punto esto es así que durante algún tiempo se produce una contradicción chocante: las personas que cotizaban a la seguridad social, cuando ingresaban o recibían asistencia ambulatoria en centros de la administración local, tenían que abonar el coste del servicio. Esto es lo que coloquialmente era conocido por la frase, tantas veces oída, de que «la psiquiatría no entraba en la seguridad social». De ahí que los trabajadores, por un lado tenían derecho a la asistencia psiquiátrica, pero al prestarse ésta en las corporaciones locales y al no ser aquéllos indigentes, debían abonar por cuenta propia el servicio. Dicho desde la historia, la contradicción se produce entre la Edad Contemporánea y la Edad Moderna, periodo donde surge la Beneficencia Pública, que a su vez procede de la Edad Media, cuando la asistencia era prestada de forma caritativa por órdenes religiosas.

Durante los años que se producen las reformas de la asistencia psiquiátrica, se crean organismos o programas intermedios encargados de gestionar la transición desde el modelo benefactor al modelo de bienestar social, de manera que la atención a las personas que sufren trastornos mentales se convierta en un derecho ciudadano al igual que otras atenciones sanitarias. Es un periodo breve, en el que se gestiona la transición, caracterizado por una «metagestión», es decir, no por una gestión directa de los recursos (humanos, organizativos, materiales, patrimoniales, etc.), sino por una gestión indirecta consistente en vigilar el proceso de transferencia desde las corporaciones locales al sistema sanitario general.

Al mismo tiempo, el sistema sanitario está inmerso a su vez en un proceso de cambio caracterizado por la extensión universal de la asistencia, descentralización, búsqueda de la eficiencia, rediseño de dispositivos, nuevas tecnologías, etc. y, particularmente importante por lo que nos concierne, en la creación de una nueva red de servicios de salud

mental. Como consecuencia, se producen una serie de turbulencias en la organización causadas por el encaje y la adecuación de sistemas que a su vez están en transformación.

Todo este proceso, denominado de integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, prácticamente está culminado en todos los países de nuestro entorno, si bien en nuestro país todavía existen estadios intermedios que se plasman en convenios de colaboración, conciertos diversos, etc. entre administraciones de ámbitos distintos o entre éstas y otras entidades para la prestación exclusiva de asistencia psiquiátrica (órdenes religiosas, cajas de ahorros, etc.).

El último período, en el que estamos inmersos, se caracteriza por la confluencia, en los servicios sanitarios generales, incluyendo los de salud mental, de modelos mixtos que mezclan modelos jerárquicos, muy centralizados, propios de la década de los ochenta, con nuevas tendencias que comenzaron tímidamente en la segunda mitad de los noventa y que tienden a modelos descentralizados, focalizados en la calidad de atención y orientados hacia la evaluación y mejoras continuas. La gestión clínica representa un avance en esta dirección (15). Una manifestación de lo que acabamos de exponer lo supone, hasta cierto punto, el decreto de ordenación de los servicios de salud mental en el Servicio Andaluz de Salud: un decreto, pionero en España, que organiza los servicios en unidades de gestión clínica. Decimos hasta cierto punto porque una cosa es que la gestión clínica necesite para desarrollarse un marco normativo y otra es «hacer gestión clínica por decreto». Recordamos aquí lo expuesto en el capítulo 1 acerca de lo relativamente sencillo que resulta modificar la fórmula jurídica de la institución, en contraposición con las dificultades que encierra modificar la motivación de las personas, así como la cultura de la organización.

#### 3.4. Las personas y la cultura de la organización

En el epígrafe siguiente, dedicado a los recursos humanos, se trata con amplitud la evolución sufrida por las distintas profesiones en los servicios de salud mental, por lo que solamente destacaremos aquí que, si bien la estructura está integrada en el sistema sanitario público, no está tan clara la integración en la percepción de los gestores y en el sentido de pertenencia de los profesionales clínicos. Sobre todo no es homogénea en todo el sistema, por lo que podemos encontrarnos con un mosaico de posibilidades muy dispares: desde servicios que son percibidos por ambas partes como no integrados, hasta situaciones donde la cultura de integración no se pone en cuestión. La consecuencia de todo ello es que la variabilidad, tanto de los modelos de gestión como de la práctica clínica es muy alta, no solo dentro del territorio nacional, sino de áreas colindantes. Es necesario, pues, un escenario común donde sea posible el entendimiento entre

gestores y clínicos del «psi», después de los cambios profundos y rápidos acaecidos en las estructuras; dicho de otra forma, donde la organización general asuma la cultura procedente de lo mental y los profesionales de lo mental se alineen estratégicamente con los valores de la organización. El modelo que aporta la gestión clínica representa la herramienta clave para avanzar en esa dirección.

#### 4. *Gestión Clínica y Psiquiatría Comunitaria*

Aparentemente alejados ambos discursos, sin embargo un análisis más minucioso pone de manifiesto muchos puntos en común. De un lado la organización sanitaria, como se ha insistido en varias ocasiones, se ha visto abocada a modelos de organización descentralizados, horizontalizados, integrando a los clínicos en la gestión, cobrando la microgestión cada vez más relevancia dentro de la organización. De otro, las bases de lo que ha venido en llamarse psiquiatría comunitaria (16) abogaban por un rediseño organizativo que superara los antiguos hospitales psiquiátricos ofreciendo como alternativa una red de servicios descentralizados y centrados en la comunidad (17; 18). Pero además, todo este movimiento ha sido liderado fundamentalmente por clínicos que, todo hay que decirlo, contaron en general con escaso apoyo, cuando no franca resistencia por parte de las direcciones administrativas. Quizá entonces, impulsando y gestionando este movimiento hacia la comunidad, ya se estaba haciendo gestión clínica sin ser consciente de estos conceptos y sobre todo de la nomenclatura. Analicemos esto con mayor detenimiento. Podemos ver la correlación de los elementos claves de la gestión clínica con los de la psiquiatría comunitaria y destacar los siguientes puntos de encuentro:

- En primer lugar, el ya citado rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos. No cabe duda de que los movimientos reformadores de la asistencia psiquiátrica han supuesto un rediseño asistencial, incorporando a los profesionales en la gestión de los cambios.
- El ciudadano como centro del sistema ha sido otro de los elementos claves para la reorientación de las actividades de la organización. Como dice Ortún (19) el objetivo fundamental de la gestión clínica es contribuir a mejorar el bienestar de los individuos y el de la población. Pues bien, precisamente la psiquiatría comunitaria ha facilitado en el último medio siglo una doble transición en lo que respecta a la consideración social de las personas que sufren trastornos mentales y por tanto a hacer una contribución primordial en la mejora de su bienestar. En un primer momento, parafraseando a López Álvarez (20), se ha pasado de la consideración de «loco» a

«enfermo» y por tanto susceptible de ser tratado por el sistema sanitario. Pero posteriormente estamos asistiendo a una segunda consideración como «ciudadano» (21), en tanto en cuanto es sujeto de derechos. Independientemente de las dificultades para el ejercicio de esos derechos, a veces por discapacidad, otras por múltiples barreras sociales (22), en los últimos treinta años se ha avanzado notablemente en los derechos fundamentales de los pacientes más graves, donde los profesionales han jugado un destacado papel. Así lo ilustra la regulación del ingreso involuntario, las garantías de los procesos de incapacitación, etc. (23). Pero más allá, interesa resaltar avances que tienen que ver con la gestión clínica, en el sentido que pueden y deben medirse y que por tanto son además susceptibles de mejora continua. Podemos resaltar los siguientes:

- Avances en la información, tanto del funcionamiento de los diferentes dispositivos, cuanto de la enfermedad y sus consecuencias.
  - Derecho a la libre elección de especialista y centro.
  - Derecho a la segunda opinión.
  - Avances en el consentimiento informado de algunos procedimientos terapéuticos (antipsicóticos, especialmente depot, TEC, psicoterapias, etc.).
  - Protocolos que tienen como objetivo disminuir el tiempo de la contención mecánica.
  - Acompañamiento en ingresos por familiares o allegados.
  - Participación activa en los procesos terapéuticos, lo que significaría la negociación de los tratamientos y la firma de contrato terapéutico.
  - Participación, a través de las asociaciones representativas, en los procesos de planificación, gestión y evaluación de los servicios.
- La construcción de equipos asistenciales y la gestión de redes supone otro criterio esencial de la gestión clínica. Como señala Ortún, hacer gestión clínica implica coordinar y motivar a las personas para conseguir objetivos de eficiencia (19). Conceptos que son también cercanos al trabajo en equipo y a la multi e interdisciplinariedad. Lo que ocurre es que, con los cambios que se van sucediendo en nuestras organizaciones y en el contexto social, es más adecuado hoy día hablar de trabajo en red. Tenemos que pensar en una mayor complejidad organizativa más acorde con las necesidades y la tecnología del mundo actual, para lo cual el concepto de red se adapta mejor que los conceptos referentes a las disciplinas (20). Ortún se refiere a contextos puramente clínicos, pero en nuestro caso tendremos que pensar múltiples programas susceptibles de llevarse a cabo desde diversas agencias. De ahí que no pensemos solo en equipos sanitarios, sino también en distintos sectores sociales,

educativos, laborales, etc., sin olvidar la participación de movimientos asociativos, no solo los de familiares y allegados, sino el relacionado con el voluntariado, inserción, inmigrantes, minorías étnicas, etc. Solo el trabajo en red puede hoy día facilitar otro de los conceptos clave y comunes a ambos discursos: la continuidad de la asistencia. Ha sido uno de los lemas de la psiquiatría comunitaria, nominándolo de distintas formas según el momento evolutivo de los servicios: así, se ha hablado sucesivamente de psiquiatría integral e integrada; integración de la salud mental en atención primaria y viceversa; continuidad de atención y cuidados; coordinación de servicios; cooperación interniveles, etc. En este momento evolutivo de la tecnología, de desarrollo de servicios y de estructuras sociales en permanente cambio, el concepto que mejor se adapta es el concepto de red, en oposición a dispositivos, convertidos muchas veces en compartimentos estancos y con coordinaciones burocráticas y no de soporte. Más adelante se desarrolla este tema de forma amplia en epígrafe aparte.

- Vamos ahora a abordar otro de los elementos clave de la gestión clínica: la medicina basada en la evidencia (MBE). Desde hace unos veinte años estamos asistiendo a una nueva manera de enfocar las actuaciones clínicas en la Medicina en general (8; 24; 25) Se trata de que la toma de decisiones clínicas esté basada en un proceso de búsqueda sistemática, evaluación y aplicación de los hallazgos de la investigación disponible. Su práctica ha sido posible gracias a la potencia que hoy tiene la epidemiología con el desarrollo de las nuevas tecnologías. Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis y los ensayos controlados aleatorizados, se convierten así en herramientas básicas para aplicar a la práctica clínica, en contraposición a la práctica tradicional de la observación no sistemática, el sentido común, los buenos hábitos o la certeza de que el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad es suficiente para guiar la práctica clínica. El concepto, acuñado por la Escuela de Medicina de la universidad canadiense de McMaster, ha producido y está produciendo una verdadera revolución en la práctica de la medicina y, por extensión, en otras prácticas como la práctica de cuidados en enfermería, la psicología clínica, etc. Tanto, que se ha hablado de un nuevo paradigma científico, en el sentido de Kuhn: definición de un problema, análisis, interpretación y muestra de evidencias que planteen sus posibles soluciones. Chalmers y Haynes, pioneros de las revisiones sistemáticas reivindican una nueva disciplina científica sobre las revisiones en la investigación. La colaboración Cochrane surge para la promoción y difusión de revisiones sistemáticas de todos los ensayos controlados aleatorizados en biomedicina. Todos

estos eventos son manifestaciones de una ruptura con la práctica clínica clásica y que, por tanto, vamos a asistir o estamos asistiendo a un cambio en nuestro quehacer, en nuestras «rutinas», que a su vez redundará en un cambio en la organización general y en su entorno. De todas formas la MBE tiene sus limitaciones, como que se necesita tiempo y medios para que penetre en la organización de los servicios; que es una referencia sobre un problema clínico, no una «verdad» y por tanto habrá que relativizarla en el contexto clínico (hay que tener en cuenta aquí la clasificación jerárquica de la evidencia); y que no resuelve algunos problemas de la clínica sobre los que precisamente no hay evidencia. Este último aspecto nos concierne directamente a los que trabajamos en servicios de salud mental, al menos en tres direcciones:

- La evidencia no está disponible si no la creamos nosotros mismos ejercitándonos en su práctica.
- Al menos se debe conocer la ausencia o la escasa evidencia.
- Los orígenes del movimiento MBE son biosanitarios, por lo que en este campo existe un gran desarrollo que contrasta con la dificultad de crear evidencia en otros campos: psicoterapias diversas, modelos de psicoeducación, de rehabilitación, inserción laboral, etc. No obstante en los últimos años se han puesto de manifiesto evidencias en alguno de estos campos, con distinta gradación, que suponen avances en nuestra práctica clínica cotidiana.

En relación con este último aspecto se pueden diferenciar dos niveles de aproximación a nuestra evidencia: el nivel de la organización de los servicios y el de las intervenciones que deben proveerse en ellos. En el primero, la evidencia positiva se inclina a que la superación de los antiguos hospitales psiquiátricos y el desarrollo de servicios en la comunidad han supuesto, a igualdad de costes, una mejora importante para la vida de las personas que padecen trastornos mentales graves (16; 26-28). Se convierte así la propia organización de servicios en una herramienta terapéutica de primer orden. De ahí que la atención comunitaria sea concebida por algunos autores (29) como una tecnología, es decir como sistema complejo que incluye una base científica de conocimientos de diversos campos, unos procedimientos técnicos basados en esos conocimientos, unos profesionales específicos y una interrelación permanente con el contexto social. Probablemente el avance más importante de la atención a las personas que padecen enfermedades mentales en los últimos años sea la organización y el desarrollo de servicios diversificados y especializados, lo que ha permitido, a su vez, que se desarrollen intervenciones que de otra forma no hubieran demostrado evidencia. Intervenciones que supondrían el segundo nivel señalado y que podríamos clasificar, de una manera muy



general, en aquellas dirigidas a los trastornos mentales comunes y las que se aplican a los trastornos mentales graves. En cuanto a los primeros, citaremos además de los fármacos antidepresivos y ansiolíticos, que demuestran efectividad en los trastornos de ansiedad y depresión, a diversas técnicas de intervención como la terapia interpersonal de la depresión, psicoterapia cognitiva en la depresión y en trastornos de ansiedad. Hay que hacer notar aquí que la organización comunitaria de los servicios no solo ha permitido una oferta de intervenciones en los trastornos graves, sino en los comunes, pues era inviable la realización de intervenciones especializadas, con carácter generalizado, en las escasas consultas ambulatorias preexistentes a los procesos de reforma. En cuanto a las intervenciones que demuestran algún grado de evidencia en los trastornos graves cabe citar a los antipsicóticos de primera y segunda generación, reguladores del humor, TEC, psicoeducación a pacientes y familiares, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades personales y sociales, y empleo con apoyo.

No es momento de ser exhaustivos en estos aspectos, sino que la intención, por el contrario, es dejar constancia que también en la atención a la salud mental se viene recorriendo un camino de búsqueda de evidencia acerca de intervenciones efectivas, bien sean en relación a desarrollos de servicios, o a efectos de fármacos u otras terapias biológicas, o a técnicas de intervención psicoterapéuticas. En contraposición, deberíamos ir cuestionando aquellas prácticas clínicas que no hayan demostrado su efectividad con las herramientas propias de la evidencia.

- Relacionado con el apartado anterior, otro de los componentes básicos de la psiquiatría comunitaria lo constituye el que su práctica ha estado y está orientada con criterios epidemiológicos y, por tanto, con acciones dirigidas a la población y con criterios de prioridad en la atención. Se ha querido evitar la «ley de cuidados inversos», dando prioridad a los trastornos que más impacto tienen en la población, a causa de la gravedad de la enfermedad, la discapacidad producida por la misma y la carga que supone a los allegados. Dicho de otro modo, son criterios de gestión de servicios de salud pública, otra de las líneas de confluencia de los profesionales de la salud mental comunitaria con el sistema sanitario público general, como organización. La base científica para la planificación de los servicios públicos de salud no puede ser otra que la epidemiología. Es esta ciencia la que debe aportar la información sobre la distribución poblacional de la enfermedad mental, la prevalencia, la morbilidad atendida, los factores de riesgo y protección, así como la efectividad de las distintas intervenciones en la población, como se ha expuesto en el apartado anterior. Y esta información es la que debe orientar la planificación de los servicios públicos para una

atención acorde con las necesidades detectadas en la población. Los sistemas de información se convierten así en herramientas imprescindibles en la organización, no solo en la planificación de los servicios, sino en su funcionamiento, sistemas que con las nuevas tecnologías proporcionan, en la actualidad, el soporte de registro de la actividad clínica.

- La gestión de los recursos es otro de los puntos claves para hacer gestión clínica. Con ello se intenta que los servicios clínicos dispongan de autonomía para gestionar sus propios recursos, lo que significa un doble proceso de transferencia: traspasar la gestión y traspasar también los riesgos que dicha gestión lleva consigo. Quizá, para los servicios clínicos, en general, este aspecto resulte novedoso, pero si analizamos el movimiento de transformación de la asistencia a la salud mental de los últimos años, una de las cuestiones más relevantes ha consistido, precisamente, en la gestión de los recursos que nos son propios. Cuando decimos recursos propios nos estamos refiriendo a tres tipos fundamentalmente: personas, espacio y comunicaciones. He ahí nuestra principal tecnología, como decíamos más arriba en cuanto al modelo de organización de servicios comunitarios. Veamos estos recursos más detenidamente.
  - En cuanto a *los profesionales*, hemos sido uno de los sectores dentro del sistema sanitario que más se ha preocupado por la incorporación de recursos humanos, tanto en cantidad, como en cualificación. Téngase en cuenta que hasta hace bien poco la profesión predominante, y casi exclusiva, en salud mental eran los psiquiatras. El resto, salvo algunos profesionales de la enfermería, estaba formado por personas de nula cualificación y, en general, escasa instrucción, a los que se les encomendaba la custodia de las personas recluidas en los hospitales psiquiátricos. Pero, desde la mitad del siglo pasado o, en el caso de España, desde los ochenta, la incorporación de diversos perfiles profesionales ha sido una constante. Lo más importante, para lo que queremos resaltar, reside en que esta incorporación ha constituido una prioridad tanto de cualquier Plan de Salud Mental, cuanto de los clínicos de orientación comunitaria que han visto imprescindible, en una organización con este enfoque, la configuración multiprofesional de todos los dispositivos. De esta manera se han ido incorporando progresivamente diversas tipologías profesionales: psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, cuestión que, ahora, nos parece obvia, pero que la realidad asistencial de nuestro país de hace solo dos décadas no la contemplaba en las plantillas. De todas formas, la evolución ha sido aún mayor en los últimos años, dando entrada a recursos humanos de múltiples perfiles

que cuidan, ayudan, instruyen y orientan a las personas con problemas mentales, más allá del sistema sanitario y que ejercen su actividad, en general, en otros sectores: servicios sociales, educativos, servicios de empleo, judiciales y, en general, diversas instancias de la sociedad civil en su conjunto, donde se articulan colectivos de personas que cuidan, de manera formal o informal, de personas sufrimiento mental.

Pero no sólo la incorporación de recursos de diverso perfil profesional ha estado presente en la planificación de servicios, sino que también otros aspectos de la gestión de personas ha formado parte de la idiosincrasia de la organización de lo mental. Así, se han conformado equipos asistenciales teniendo en cuenta ratios y estándares poblacionales, se ha luchado por la selección de personas a la hora de su incorporación a los servicios, lo que en muchas ocasiones ha supuesto conflictos en un sistema con gran tradición administrativista, se ha tenido como tarea habitual la asignación de agendas, tareas específicas, cargas de trabajo por profesional, etc., lo que indica que la participación de los profesionales en su propia gestión, dentro del modelo comunitario de atención, ha sido una cultura y por eso, a nuestro juicio, la gestión de los recursos humanos no es algo que vaya a coger desprevenido a la organización comunitaria de lo mental. Cosa que es lógica, por otra parte, pues nuestra principal herramienta terapéutica son las personas. Personas para tratar, cuidar, ayudar, acompañar a otras personas, por lo que la gestión de los recursos humanos es algo que viene dado en sí mismo. Otra cosa distinta es que los órganos directivos de los centros sanitarios –la mesogestión– hayan visto con buenos ojos esta cultura de los servicios y no haya recelado en algunas ocasiones de algo que ha podido sentir como intrusismo, pero de lo que se trata precisamente es de transferir la gestión de las personas a la microgestión.

Por la importancia que tiene la gestión de las personas, la gestión del talento y gestión por competencias profesionales, se dedican apartados específicos más adelante.

- Algo parecido nos ha ocurrido con *los espacios*, aunque como es natural es asunto de menor peso que el anterior. No obstante merece alguna reflexión, pues es el lugar donde se desarrollan las intervenciones, el lugar de la clínica, el escenario donde tiene lugar la relación. Teniendo en cuenta este enfoque los espacios deben estar acondicionados para lo que en cada momento se necesite, dependiendo de edad (infantil, adulto), momento evolutivo del trastorno (ingreso de corta, larga estancia) o tipo de intervención (individual, familiar, grupal). Este es un aspecto que, en general, ha sido mejor gestionado desde la clínica que desde los

servicios administrativos. Lo cual es lógico, pues aunque los espacios son similares desde ambos campos (despachos, salas), la visión no es la misma. Ha sido habitual que muchos gestores, acostumbrados a gestionar espacios médico-quirúrgicos, no hayan entendido la causa de que los servicios de salud mental necesiten disponer de «tantos» despachos y salas en comparación con otros servicios médicos. La consecuencia, es que se produce confusión al no entender que el espacio individual o grupal forma parte del encuadre terapéutico, que no administrativo. Es por tanto necesario personalizar el espacio, disponer de espacio por cada relación que se vaya a producir, preservar su intimidad, etc. Por otra parte, existen espacios más complicados, por ejemplo en una estancia larga, el espacio aún siendo sanitario, debe disponer también de dependencias íntimas, más personalizadas que para una estancia corta; a veces tienen que coexistir hospitalización total con parcial, o bien personas que asisten a centros todos los días durante un tiempo, para lo que es más adecuado el modelo pedagógico que el sanitario, etc. Lo que intentamos decir con todo esto son al menos dos cosas: a) el espacio es un recurso que se gestiona (se ha gestionado) mejor desde lo clínico. b) El espacio donde se llevan a cabo intervenciones de salud mental constituye pequeños o dilatados lugares donde se desarrolla la vida de las personas, no donde se interviene sobre algún órgano y por poco tiempo.

- Con respecto a *las comunicaciones*, tercer tipo de recurso esencial, podemos aplicar los mismos criterios. Los principios de la continuidad, de ofrecer una atención integral que abarque desde la prevención hasta la rehabilitación y recuperación, suponen una base comunicacional amplia, a la que siempre ha sido sensible la organización psiquiátrica de enfoque comunitario, asignando tiempo en las agendas de las unidades asistenciales y de los distintos profesionales. Podemos distinguir clásicamente tres tipos de comunicación, atendiendo al soporte: la presencial, telecomunicación y la escrita. Desde otro punto de vista, la comunicación dentro de nuestra organización puede y debe ser a su vez intradispositivo (trabajo en equipo), interdispositivo (trabajo interunidades) e intersectorial (cooperación con otros sectores). Este esquema tan básico ha producido verdaderos quebraderos de cabeza a la organización sanitaria general, que ve con dislicencia que los profesionales dediquen tiempo a «reunirse», cuando parecía que esta es una actividad propia de los directivos. Pero ya hemos dicho que vivimos tiempos en los que las fronteras entre la gestión clínica y la administrativa adelgazan. Cierto es también que en los servicios de salud mental la comunicación

ha sido fuente de conflictos continuados, bien porque los profesionales no se comunican (el difícil trabajo en equipo), bien porque en otros casos se ha producido una inflación de reuniones nociva para la operatividad del trabajo. En la actualidad, las nuevas tecnologías están cambiando también esta faceta de nuestra organización al facilitar comunicaciones no necesariamente de presencia, la fluidez de la comunicación escrita es un hecho utilizado hoy de forma masiva. Es decir, sería inconcebible que en la época que estamos viviendo la organización no disponga de canales de comunicación operativos, bien sea por no disponer de los soportes necesarios, bien porque los servicios no contemplen como valor la comunicación entre todos sus miembros y usuarios. En este sentido, es de gran valor la implantación de la historia digital, incluyendo sistemas de citas que mejoren la accesibilidad, sistemas de información, mediante explotación de los datos incluidos en la historia y la posibilidad de exportar la información, lo que supondría un soporte de gran alcance para la gestión de servicios que debieran estar en continuidad efectiva «on line».

Los distintos aspectos hasta aquí analizados tienen por objeto mostrar que, aunque con discursos diferentes, la organización sanitaria general y la de salud mental en particular confluyen en el modelo emergente de gestión de la atención pública a la población. La integración del sistema mental en el sanitario, la influencia mutua de ambos, el impacto de los cambios acaecidos en el contexto y las nuevas tecnologías han sido los hitos fundamentales para concebir hoy la organización de servicios de atención a personas con problemas de salud mental. Desde esta perspectiva se puede afirmar que la atención comunitaria a la salud mental se llama hoy gestión clínica.

##### 5. *Los Planes de Salud (mental) como herramientas de la organización*

Como ya se ha dicho, en distintos lugares de esta ponencia, la organización sanitaria en las últimas décadas está inmersa en un proceso de cambio importante y continuado. Los factores que influyen en ese proceso han sido explicados ampliamente en el primer capítulo. Recordemos solo aquí el desfase entre la demanda (mayor esperanza de vida, enfermedades crónicas, nuevas tecnologías, expectativas ilimitadas, etc.) y la oferta, debido a la limitación de los recursos. Descartada una financiación «ad infinitum» por insostenible, se impuso la necesidad de racionalizar el sistema, primero reduciendo costes, después introduciendo los elementos de calidad empresarial, es decir buscando la eficiencia y, por último, buscando la

efectividad de las intervenciones a tenor de su evidencia. Ahora bien ¿de qué instrumentos se sirve la organización para introducir la necesaria racionalización? Evidentemente existen las normativas, pero las normativas se inspiran en estrategias, son las que se aplican en un momento determinado, en un país o región concretos las estrategias, son las que marcan la tendencia de las políticas a seguir para la consecución de resultados en un mundo cada vez más globalizado. La planificación estratégica se convierte así en uno de los métodos más fructíferos para conseguir guiar las políticas sanitarias, en este caso y, por extensión, de la empresa (30). De ahí que uno de los instrumentos principales que dinamizan la organización, para adecuarla a su contexto y orientar las actuaciones para conseguir los objetivos, sea la elaboración de Planes de Salud. Un ejemplo lo constituye la estrategia de la OMS de «salud para todos en el año 2000» redefinida después como «salud para todos en el siglo XXI». Dicha estrategia ha orientado los planes de salud en los últimos decenios en los distintos países y regiones del mundo, con resultados muy desiguales, en función de múltiples variables locales.

¿Qué estrategias de ámbito global hacen referencia a la salud mental? Por limitarnos a los últimos años, citaremos una serie de documentos claves para entender las nuevas orientaciones:

- El informe de la OMS de 2001 sobre la salud en el mundo, dedicado a la salud mental.
- Un conjunto de guías de la OMS sobre servicios y políticas de salud mental.
- La declaración de Helsinki, surgida de la Conferencia Ministerial Europea de la OMS de 2005.
- El Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas de 2005 y la resolución del Parlamento Europeo de 2006 que definen, ambos, una estrategia en salud mental para Europa.
- En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica Estrategias en Salud Mental del SNS en 2007.

Estos son, en síntesis, los documentos que definen hoy el marco de referencia obligado para la planificación y organización de los servicios de salud mental en nuestro entorno. En resumen, tratan de adecuar la organización a los cambios socio-políticos y técnicos que se están produciendo en el contexto. En consecuencia, priorizan una serie de líneas estratégicas, ya analizadas, como adoptar políticas y legislación en materia de salud mental, el aumento de la inversión en servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada, la lucha contra el estigma mediante la inclusión social y recuperación de la personas que sufren trastornos mentales, la promoción y prevención de la enfermedad mental, la participación ciudadana a través de todos los agentes implicados, la coo-

peración con los servicios de Atención Primaria, la investigación estratégica y operativa, entre otras. En este marco se están insertando los diferentes Planes de Salud Mental de las distintas regiones, en nuestro caso de las CC. AA., y que deberían ser seguidos por planes de servicios que pudieran operar en la realidad las grandes líneas estratégicas. Este es el reto que se nos plantea: cómo transformar las declaraciones contenidas en los planes en compromisos para la intervención operativa. Por eso debe establecerse una cascada entre, las Estrategias globales, los Planes de Salud Mental de un territorio y los planes de servicio, es decir buscar la continuidad entre lo macro-meso y micro. Y que además sea un modelo circular que permita ir ajustando de forma permanente los cambios de la organización al contexto. Este es el modelo necesario en un mundo cambiante con organizaciones «inestables», como se definió en el capítulo 1, donde las fronteras se van difuminando: entre la atención primaria y la especializada; entre la gestión administrativa y la clínica y, también, entre la macro y micro gestión.

## 6. *La ética de las organizaciones sanitarias*

Ha sido el proceso de cambio de las organizaciones sanitarias el que ha producido el auge actual de la ética de la organización. Hasta los años noventa la rama hegemónica de la bioética era la bioética clínica, debido a los problemas surgidos por la repercusión de la tecnología médica en la relación entre profesionales y pacientes (31). Pero desde entonces, debido por una parte al peso del período «gerencial» cuyo principal objetivo era la contención del gasto y, por otra, a problemas clínicos que superaban los límites de la relación médico-paciente (consentimiento informado, retirada de terapias de soporte), se entra en un segundo estadio de la bioética que, englobando al anterior, supone el salto a identificar los valores de la organización sanitaria para los nuevos retos. Es cierto que también influyeron movimientos como la ética de la empresa o de los negocios y un hecho importante en las organizaciones sanitarias, como lo fue que la Joint Commission en 1995 la contemplara como criterio para la acreditación. Todos estos acontecimientos sucedieron en los EE. UU. pero pronto se trasladaron a toda la organización sanitaria del mundo desarrollado.

Sea como fuese, el caso es que la complejidad de las instituciones genera una serie de problemas que no pueden resolverse solo en el contexto de la relación entre profesionales y pacientes, sino en un contexto más amplio que tenga en cuenta a todos los agentes implicados en la organización. La ética de la empresa se ocupa del análisis de estos agentes a los que llama *stakeholders* (32) (los que se juegan o apuestan algo en la empresa) y los define de distinta forma, pero de una manera general y amplia pueden percibirse como «cualquier grupo o individuo que puede

afectar a la consecución de los objetivos organizativos» o en un sentido más estrecho «cualquier grupo o individuo del que depende la organización para la supervivencia en el tiempo» (33). Las organizaciones sanitarias no son ajenas a estas concepciones. Pensemos que la consecución de los objetivos y su supervivencia depende hoy de agentes plurales: gestores, profesionales, usuarios, grupos de consumidores, sindicatos, industrias proveedoras, grupos de presión de la comunidad donde se inserta, disposiciones legales, etc. La cosa se complica aún más si tenemos en cuenta que los intereses de cada grupo tampoco son uniformes. Desde este punto de vista el conflicto, como señala Morgan, es el estado natural de las organizaciones y la gestión debe ser el punto de encuentro donde los conflictos se resuelvan. Pero para ello deben ser explícitos los valores de referencia donde la organización se asienta, de ahí que la ética de la organización sea el auténtico campo donde los conflictos se dirimen.

Toda la complejidad descrita ha puesto de manifiesto que los instrumentos éticos clásicos de la organización sanitaria, como los comités de ética han quedado estrechos para dirimir estas cuestiones. La tendencia actual es la conformación de plataformas de consensos más amplias donde entren otros agentes, donde los usuarios juegan un papel primordial. Veamos ahora como se traduce todo esto en la organización de la salud mental. Como todos sabemos existe una gran tradición de la psiquiatría comunitaria en la defensa de los derechos de los pacientes gravemente afectados, lo que representa un componente ético de la organización asistencial psiquiátrica desde la segunda mitad del pasado siglo, lo que ha producido cambios esenciales, en todos los países de nuestro entorno, en cuanto a la garantía de los derechos en circunstancias comprometidas, como los ingresos involuntarios y la incapacitación. En nuestro país, cabe citar las modificaciones del Código civil en materia de tutela de 1983, que luego alumbraron la Ley de enjuiciamiento civil de 2000, en lo que se refiere a los procesos sobre la capacidad de las personas y sobre todo al reivindicado artículo 763 sobre el internamiento no voluntario.

Pero se trata ahora de tener una visión más amplia de los valores de la organización de la atención a la salud mental, que enmarquen el funcionamiento y las intervenciones de los distintos servicios que la componen. Se trata de hacer transparente tanto los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cuanto el funcionamiento de los servicios. Para ello proponemos su articulación en diferentes dimensiones como un modo operativo de avanzar en esta dirección:

- *Información* básica a los ciudadanos sobre la composición, funcionamiento, cartera de servicios, etc. en cada dispositivo de atención. Dentro de este apartado contemplaríamos la información específica en lo referente a procedimientos. Resulta llamativa la poca extensión del consentimiento informado en nuestros servicios. Pero



debiera al menos implantarse en algunos procedimientos terapéuticos especializados: psicofármacos, en especial los de depósito; TEC; psicoterapias, lo que daría lugar por otra parte a la definición de un contrato terapéutico explícito, etc.

- *Accesibilidad* a la atención en general, lo que incluiría no solo hacer públicas las demoras, sino extender la atención fuera de los centros (domicilio, hogares, apoyo en talleres ocupacionales, en empleo, etc.)
- *Libre elección de especialista y centro*. En algunas regiones está regulado por ley. El «centro», en nuestro caso, puede concebirse como un área de atención, dada la configuración de varios centros para una atención continuada.
- *Acompañamiento por familiares y/o allegados en los ingresos*. Hasta ahora una práctica poco extendida, existiendo todavía unidas con prohibición expresa para los acompañamientos.
- *Participación efectiva de las organizaciones de usuarios y familiares*. En España estamos todavía en el embrión de esta participación. Nos referimos no solo a las encuestas de satisfacción de usuarios y a un análisis de las reclamaciones, sino a la participación reglada de las organizaciones implicadas en la gestión y planificación de los servicios. Esta ponencia dedica un capítulo a este tema.
- *Seguridad*. Dimensión cada vez más en boga en los últimos años. Frente al modelo imperante con anterioridad en que los errores sanitarios se analizaban centrándose en las infracciones cometidas por los individuos, actualmente los errores sanitarios se analizan desde un modelo sistémico donde se apunta a los defectos del sistema sanitario como causa principal y orienta a los remedios del mismo (34). Como dice Simón (35), las obligaciones en cuanto a la seguridad no solo son personales de cada uno de los profesionales, sino de las organizaciones en su conjunto. En referencia a la salud mental, es interesante el estudio sobre eventos adversos producidos en usuarios de servicios de salud mental, realizado por la *National Patient Safety Agency* del *National Health Service* del Reino Unido. Y traducido al español (36). Según este estudio los tipos de incidentes en salud mental más notificados fueron: caídas, comportamiento agresivo/antisocial, autolesiones-suicidio, fugas-desapariciones, errores de medicación, sexualidad, incendios. Dimensión, por último, que debiera estar explicitada en los documentos clave de la organización (37).

De todas formas, éstas son solo indicaciones sobre algunas dimensiones donde el componente ético gira directamente sobre el ciudadano objeto de nuestra atención. Pero la ética de la organización es de por sí una dimensión transversal que abarca a todos los procedimientos e intervenciones que se

realicen en y por la organización, bien sea de consumo interno (variabilidad de la práctica clínica, formación/investigación, etc.), bien en interacción con el contexto (relación con proveedores, con empresas de empleo, etc.).

## B. LOS PROFESIONALES

- *Los roles sociales de los profesionales sanitarios*

El origen de las profesiones se sitúa en los inicios de la propia estructuración social y derivado de la organización político-eclesiástica primitiva. Es en este lugar donde se definen las profesiones iniciales, los militares y los sacerdotes, como la forma de preservar el poder de cada sociedad. De estas dos profesiones derivan luego otras, entre las que se encuentran los juristas y los médicos (Herbert Spencer, 38). En el origen varias profesiones podían recaer en una misma persona ya que, en realidad, el objetivo de todas ellas, de una u otra forma, era preservar, alargar, la vida de quien detentaba el poder o de quién o qué lo representaba una vez muerto. La progresiva complejidad de las sociedades ha dado lugar a una subdivisión de estas primeras profesiones hasta un número indeterminado, dependiendo del momento histórico y de las necesidades concretas que han ido surgiendo.

Otra característica, derivada de esta función primaria, es su estatus dentro de la sociedad con una característica especial: las personas que ejercen una profesión no se ven obligados a trabajar para ganar el sustento, sino que son sostenidos por el propio poder a cuyo servicio estaban. Ligado a estos aspectos, la transmisión de sus conocimientos, la formación de nuevos profesionales se realiza en lugares especiales (los templos, primero, y las universidades, posteriormente). Hay que destacar que hasta hace relativamente muy poco tiempo estas características no han comenzado a modificarse, dando lugar a otra forma de entender las profesiones, los profesionales, el ejercicio de sus tareas, etc. Tenemos un ejemplo muy cercano en la profesión médica y en su resistencia al fenómeno de ser un trabajador «asalariado».

Es necesario recordar que en España la primera ley que reglamenta a la profesión médica como tal se sitúa en 1855 (Ley del Servicio General de Sanidad), y la ley fundacional de los Colegios Médicos sólo data de 1898. En estas leyes se habla de los médicos como «profesores médicos» y de clase médica en el sentido de «cuerpo» (corporación), no en el sentido de clase social. Posteriormente a partir de 1940 (Reglamento de los Colegios Médicos de 1945) se utiliza el término clase en su acepción de status social (de Miguel, 39).

En esta misma reseña bibliográfica, el autor propone varias hipótesis sobre las características de la situación del colectivo médico en nuestro entorno en los siguientes términos:

a) En España existe una tardía institucionalización de la profesión médica impidiendo una defensa eficaz de los intereses de la misma. Además de tardía, se hace en un contexto que la impregna de «absolutismo» y «autoritarismo» lo que no favorece el asociacionismo, restando como consecuencia capacidad y poder de influencia a la profesión médica. En este sentido, los Colegios Médicos son más delegaciones del poder estatal que organizaciones gremiales, con lo que se resta independencia a los profesionales.

b) Por otra parte, no ha existido una estabilidad en el proceso de institucionalización. Su historia está llena de vaivenes, desde iniciativas originadas en el poder central a otras originadas en la periferia, pero que posteriormente eran reprimidas; desde el autoritarismo a la autonomía, y vuelta a empezar. Como consecuencia los profesionales médicos no ha llevado nunca la iniciativa en las soluciones a los problemas que le afectarían, sanitarios, profesionales, de formación, etc., siempre han ido por detrás y corrigiendo lo legislado.

c) Todas las circunstancias anteriores, hasta los años ochenta, han enlentecido el proceso de democratización de la profesión en relación a otras. Y, aunque ha tenido poco poder gremial, debido en gran medida a la incompetencia y lentitud de la burocracia de los Colegios, sí ha tenido poder social. El resultado de este proceso en los años de consolidación del Seguro Obligatorio de Enfermedad y en las circunstancias políticas de la dictadura fue que: «El precio pagado por la sociedad es la *corrupción* de la profesión médica... Se podría hablar incluso de una negociación implícita (un proceso de *bargaining* –regateo–) entre la profesión médica organizada y el Estado, para permitir una socialización del sector sanitario, a costa de que este nuevo sector sirva para alimentar la profesión y sus deseos de lucro por encima de otras profesiones».

Posteriormente, a partir de los años ochenta tienen lugar cambios en los roles sociales de los profesionales de la medicina a los que aún estamos asistiendo y cuyas consecuencias están aún por venir y evaluarse.

Antes de continuar debemos hacer una breve referencia al contexto en el que tiene lugar esta situación de «crisis» profesional. Durante este último período se han modificado las condiciones de trabajo de los profesionales, como se ha señalado en otros apartados de esta ponencia. Además han ocurrido grandes cambios en la atención a las necesidades de salud de la población, lo que ha dado lugar a grandes modificaciones en la organización, en el nivel de las exigencias técnicas, y también se ha modificado el protagonismo de los usuarios, etc. De todas formas, en los resultados de la mayoría de los estudios y encuestas realizados sobre población general acerca de la profesión médica aparece una alta valoración y consideración de la misma, destacando su alta preparación. Sin embargo, a los profesionales no les basta este respaldo, y existe un sentimiento de fracaso, inse-

guridad, que terminan conformando fenómenos como el *burnout*. ¿Qué ocurre? Algunas de las claves de esta situación las encontramos expresadas en Vukusich y otros (40):

a) La salud ha dejado de ser un «don» a ser un «derecho», en un contexto ideológico dominado por la pérdida de influencia de las religiones y las ideologías, en el que sólo es valorado lo inmediato y el éxito para distinguir lo verdadero de lo falso, y en el que se pone fin a la utopía de obtener un conocimiento completo y acabado en el terreno de las ciencias.

b) Al menos en nuestro contexto occidental, existe pues un extendido agnosticismo, con el que conviven el hedonismo, la inmediatez; a las ciencias sólo se les pide un rol instrumental en el manejo del mundo, como por ejemplo una esperanza sin límites en las posibilidades de la medicina. No se acepta pues la enfermedad ni la necesidad de la muerte. La consecuencia de esta situación es un nuevo «contrato» en la relación médico-paciente, con una característica implícita: es imposible de cumplir.

c) El cambio proviene también de la modificación de los objetivos profesionales de la etapa anterior. De un trabajo centrado en el cuidado de las personas se pasa a tener que incluir otros aspectos; algunos relacionados con el nivel científico-tecnológico, otros referidos a problemas éticos, el marco jurídico, los mecanismos de regulación económica y de evaluación, los objetivos de los responsables políticos, los de las organizaciones profesionales, etc.

Por otra parte, en un interesante artículo tras un estudio cualitativo de entrevistas con profesionales de la medicina, Horwitz (41) identifica una serie de variables en las que cabe centrar la crisis de la profesión médica:

a) la percepción de cambios en la relación médico-paciente: el paciente está más informado, la relación es menos asimétrica, el paciente se dirige a una organización, sea pública o privada, para resolver sus problemas de salud y no directamente al profesional.

b) Existe una percepción de disminución de la libertad profesional en varias dimensiones: la mayoría ejerce en organizaciones, públicas o privadas, en las que su status es de asalariados o funcionarios, en las que la racionalidad no es sólo técnica, también, o sobre todo, es económica; cada vez existe más control, valoración o auditoría de su actividad, a la vez que mayor homogeneización y estandarización a través de protocolos, guías clínicas, etc.

c) La tecnología ha sustituido al arte. La consecuencia de esta circunstancia de mayor especialización y tecnificación creciente, obliga cada vez más a una mayor hiperespecialización; es la fragmentación de la profesión y como consecuencia una menor representatividad como colectivo

(intereses encontrados entre la medicina rural y la urbana, entre la hospitalaria y la extrahospitalaria, etc.). Otra consecuencia de esta circunstancia es la de una mayor competitividad, lo que obliga a mayores esfuerzos, mayor dedicación y, como consecuencia, una menor calidad de vida.

Otro acontecimiento al que se refiere este artículo, aunque aún no suficientemente estudiado, es el porcentaje creciente de mujeres en esta profesión.

Todas estas circunstancias hacen que nos encontremos ante una nueva situación que requiere una modificación en el posicionamiento de los profesionales de la medicina. Sin esta modificación será imposible encontrar una nueva forma de sentirse *satisfecho* en el ejercicio profesional y que desaparezca así la epidemia del *burnout*. Concepciones profesionales que derivan en expresiones o ideas tales como, «de brujos a burócratas», «de sabios a proveedores de demandas», «de sanadores a facilitadores de prestaciones» etc., ponen de manifiesto que la situación de crisis y el cambio necesario para superarla no han tenido lugar aún en nuestros días, a pesar de que como veremos desde hace ya tiempo se vienen definiendo unos nuevos roles para los profesionales sanitarios.

Nos hemos centrado hasta ahora en la profesión médica por cuestiones meramente históricas, por su origen consolidado, por su evolución posterior y por el momento de crisis al que hemos aludido. Haremos ahora referencia a la situación de otros profesionales sanitarios, como el colectivo de enfermeras, que por otra parte, han sido uno de los elementos importantes en la redefinición del nuevo estatus del médico en los servicios sanitarios.

Lejos estamos ya de la situación descrita por Kaufmann y Guilera (42) sobre la relación entre médicos y enfermeras, relación de dominación/subordinación en función de conocimientos, estatus social e incluso de género. La situación de la enfermería en esos momentos (1979) se ha modificado enormemente, desde el número de profesionales incorporados a los servicios sanitarios del estado hasta el nivel de conocimiento y desarrollo de la profesión, alcanzando un nivel comparable al existente en la mayoría de los países de nuestro entorno. Las connotaciones religiosas y de género que señalan las autoras en los inicios de esta profesión, surgida de la medicina militar en campaña, han sido superadas para constituir hoy en día un colectivo con un desarrollo de los conocimientos de sus herramientas tecnológicas, de su organización, además de su conciencia acerca de su rol profesional.

A lo largo de los años ochenta se consolida la profesión. A destacar una palabra clave para esta consolidación: cuidar. Ligada en principio a una perceptiva femenina de estos años (43) y de los trabajos de Leininger y otros. El desarrollo de la palabra cuidar derivará del mantenimiento, o no, de la capacidad individual de poseer un buen nivel de

autocuidados. Lo cierto es que, a lo largo de estos años la Enfermería ha consolidado en general su identidad como profesionales sanitarios. Han desarrollado una metodología de trabajo, herramientas diagnósticas, intervenciones y actividades, pero al margen de todos estos aspectos que tienen que ver con la dimensión técnica, ha ganado también en poder interno en las organizaciones sanitarias y extiende su campo de trabajo hacia otros lugares tradicionalmente ocupados por otros profesionales tanto sanitarios (médicos: podología, laboratorio, obstetricia, rehabilitación, etc.) como no sanitarios (Servicios Sociales: enfermería de enlace, de familia). Hay aquí posibles áreas de conflictos, sobre todo si la incursión de estos profesionales en otros campos, entre otras cosas por la introducción de la palabra «cuidados» convertida en el objeto de su profesión, es la forma (simple) de establecer los límites con otras profesiones fronterizas.

Al respecto conviene citar, a modo de ejemplo, lo expresado por Duarte (44) en su ponencia en el Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria de 2007 refiriéndose a la enfermería de enlace: «¿Por qué enfermeras? ¿Por qué no pensar en médicos de enlace, o en trabajadoras sociales de enlace? La respuesta la da el propio paciente y su familia. El problema de salud principal de este tipo de pacientes y sus familias gira alrededor de los cuidados, alrededor de las necesidades de cuidados de los pacientes. El liderazgo en el campo de los cuidados pertenece a las enfermeras, los profesionales que más saben sobre las necesidades de cuidados y cómo responder a ellas son las enfermeras. Por ello los profesionales de enlace han de ser enfermeras, y han de ser enfermeras comunitarias porque son las más cercanas a la atención domiciliaria».

Es necesario tener en cuenta que el proceso de profesionalizar una actividad lleva aparejado un complejo procedimiento que comprende dos dimensiones, una que afecta a la identidad personal-profesional de los sujetos y otra que tiene que ver con los aspectos técnicos-científicos (García-Carpintero, 45): «El proceso de profesionalización presenta dos características que son la búsqueda del estatus profesional y el desarrollo de una actividad monopolista». O bien (Ramíó, 46): «El elemento fundamental para el desarrollo de una profesión es una identidad profesional fuerte, que se caracteriza por la adopción de valores y actitudes profesionales, además del conocimiento experto, y habilidades propias».

Además, existe en las aseveraciones de Duarte, representativas de la situación actual de la Enfermería una cuestión de lenguaje implícita, por otra parte común a todas las profesiones y relacionada con la consolidación de la identidad profesional, en este caso de Enfermería. Si por un lado está el término «cuidar» como elemento monopolizado por esta profesión, no se detiene aquí esta dimensión. Se ha procurado un lenguaje propio

diferenciado del lenguaje clínico del médico para valorar, medir, actuar, en los problemas de salud. Ahí están las clasificaciones NANDA, el NIC y el NOC.

Lo que a nuestro parecer constituye un error, al contrario de la afirmación de García-Carpintero en el artículo antes citado, es conceder carácter «científico» a una herramienta clasificatoria de una actividad técnica. La tecnología se basa en ciencias, no son ciencias. En este aspecto medicina y enfermería no son ciencias, son técnicas, es decir, aplicaciones de la ciencia biológica al campo de la enfermedad en los seres humanos. («Otro aspecto a considerar es la importancia del lenguaje, ya que el lenguaje científico propio es uno de los componentes fundamentales de toda disciplina. Existe un lenguaje científico complejo y especializado para cada rama del saber, pues cada una utiliza conceptos distintos, con un significado concreto», esta afirmación se hace en relación con los Diagnósticos de Enfermería).

Por otra parte, otro error también explicitado por la misma autora es que este lenguaje, constituido en modelo conceptual enfermero, etc. «Nos ayuda a comunicarnos de forma más significativa, así como servir de guía en la práctica, la docencia y la investigación. Nos permite representar teóricamente la intervención práctica de la enfermera, mostrándonos aquello que es esencial en la actuación enfermera». Creemos que no tenemos que destacar el que si bien el lenguaje da coherencia, cohesión e identidad a una teoría, un modo de entender la realidad, también establece fronteras, y puede que al final sólo se trate de establecer un criterio de poder, como en esta expresión de la autora citada: «Es un error importante asignar un diagnóstico enfermero a un diagnóstico médico, ya que refleja una dependencia total de la enfermería y la disciplina médica».

Al margen de estas consideraciones, hay que reconocer que los veinte años pasados han supuesto la consolidación de la profesión enfermera, tanto en aspectos técnicos, teóricos, como en cuanto a sus funciones o roles. No quiere esto decir que todo esté acabado o que esté libre de contradicciones o dificultades, pero esto afecta a cualquier profesional y es una tarea inacabable. Remitiéndonos a la tesis doctoral de Ramió, ya citada, en sus conclusiones destaca los siguientes factores influyentes en la evolución de la profesión enfermera: (a) la influencia del género en la profesión, predominantemente femenino; (b) la pasividad de las propias enfermeras/os en cuanto a hacer visible su aportación social, con escaso reconocimiento por parte de la sociedad de su rol profesional; (c) la escasa planificación a largo plazo, a nivel laboral, dada la precariedad laboral en cuanto a condiciones de trabajo, sobre todo en los enfermeros noveles; (d) la falta de estrategias para cuidar a los cuidadores, en las organizaciones sanitarias; (e) el papel del Estado (que en los últimos años favorece la consolidación del colectivo enfermero: Decreto sobre Especialidades

–abril 2005–, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias –noviembre, 2003–); (f) dificultades en las relaciones con otros profesionales, especialmente los médicos contribuyendo a una imagen desvalorada de los enfermeros.

Nos hemos referido a estas dos profesiones por ser las genuinamente sanitarias, la LOPS recoge otras que vamos a referir pues podríamos realizar reflexiones parecidas a las dos aludidas. Unas estarían en situación semejante a la medicina y otras en situación parecida a la enfermería. La LOPS define como profesiones sanitarias: Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados, según artículo 19.1, como los Psicólogos; y en el grupo de Diplomados, en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley (47).

No hemos comentado una profesión, considerada como no sanitaria por la legislación española: Trabajo Social; pero muy ligada a los servicios de salud y en especial a los de salud mental. Curiosamente podemos situar su nacimiento en el seno de los servicios sanitarios en los inicios del siglo XX (Cabot, Pelton, Canon, del Río...), y en su desarrollo posterior se ha extendido a otros ámbitos de los servicios. Esta profesión, como las comentadas anteriormente, pasa por etapas semejantes y aunque consolidada no deja de estar en una situación de redefinición ante los nuevos retos a los que la nueva situación de los servicios públicos la somete. Sus roles y funciones, en especial en el ámbito de los servicios de salud, se hayan no sólo cuestionados por las nuevas circunstancias contextuales, sino por sus relaciones con otras profesiones con las que entra en competencia.

¿Qué ocurre con los profesionales de la Salud Mental? No vale el mismo análisis para cada uno de los profesionales que forman parte hoy día de los equipos de trabajo de los servicios de salud mental. Ninguna de estas profesiones ha seguido el mismo proceso ni, como consecuencia, se encuentran en la misma situación. De esta forma, los Psiquiatras han recorrido un camino que va desde la situación de «alienistas de lo mental» (Castel, 48), como médicos de los asilos que atendían la locura, a profesionales «médicos especializados en lo mental». Así, la primera dificultad en este proceso de integración de los profesionales de lo mental es la de definir el objeto de su conocimiento, cómo encontrar el estatus de lo mental frente a lo orgánico del saber médico, y qué instrumentos aplicar para su atención, ya que según este autor: «Tanto si la alienación mental tiene raíces orgánicas como si no, se manifiesta bajo la forma de un desorden en la organización de la sociabilidad y la psiquiatría representa el saber y la práctica capaces de combatir y de anular estas turbulencias. De entrada



se convierte así en medicina social antes que en una medicina orgánica». Esto ha supuesto un cambio de estatus pero con contradicciones y conflictos no resueltos en el seno de la profesión y los profesionales. Por una parte, la incorporación, o mejor, la integración en el «cuerpo» del resto de los profesionales médicos. Supone ganancia en prestigio social, se es igual al resto de la clase médica; aumenta el prestigio profesional porque no se ejerce en un gueto; y también prestigio científico, ya que se forma parte del modo de acceso al conocimiento científico oficial –medicina basada en la evidencia–. Otra consecuencia es la de encontrarse en un contexto en cierto modo extraño y en el que se puede estar de dos maneras diferentes. Una, con sentimiento constante de extrañamiento, de anomia, de ser ignorado por la organización sanitaria en la que está como un recién llegado no comprendido y al que no se le facilita la integración, lo que lleva en numerosas ocasiones a la automarginación. La otra, totalmente opuesta, es la que conecta con el discurso sanitarista más avanzado y moderno. En este caso, el movimiento es de integración del «alienismo» con el discurso salubrista, por el camino de abordar los problemas de salud mental a través del trabajo en equipo, de favorecer el trabajo comunitario, favorecer la integración, etc. Evidentemente, por regla general, los profesionales que han protagonizado los procesos de reforma de los Servicios de Salud Mental de estos últimos veinte-treinta años se han visto envueltos en estos vaivenes y han pasado o están pasando por algunas o todas estas situaciones. En aquellas partes de la geografía del Estado en las que esos procesos ya llevan este tiempo, la situación de los nuevos psiquiatras es diferente. Se han formado en los servicios reformados y probablemente sus vivencias-experiencias sean en parte distintas, o al menos no vividas con tanta fuerza en los últimos aspectos señalados.

Creemos que la Enfermería en Salud Mental tiene el mismo recorrido de la Enfermería en general dada su coincidencia en el tiempo de ambos desarrollos. Nos quedan otros colectivos profesionales incorporados al conjunto de los profesionales sanitarios en los últimos tiempos a través de los servicios de salud mental: los Psicólogos Clínicos y los Terapeutas Ocupacionales.

Los primeros, que empezaron siendo sólo Psicólogos, han pasado por el momento de tener que defender su autonomía frente a la Filosofía para constituirse en una Ciencia. Y posteriormente, tras una larga batalla en la que el propio colectivo estuvo, y aún lo está, dividido, han pasado de ser unos profesionales, en el campo de la salud, subsidiarios de los Psiquiatras a tener entidad como colectivo, y definir roles y funciones propias. Redefinidos en el campo sanitario como Psicólogos Clínicos pasan a formar parte del colectivo de «especialistas» (pocos profesionales de la salud no son hoy en día especialistas). Y participan pues de las circunstancias y conflictos de estos colectivos, ya aludidos. El doble modo de estar en los

servicios sanitarios que hemos definido para los Psiquiatras, podríamos referirlo también para los Psicólogos Clínicos. Unos pueden posicionarse como «Psicólogos-médicos especialistas», blindados en su tarea de psicoterapeutas y otros como «Psicólogos-salubristas», situados en una estrategia de psicología social. Aunque pueda parecer un atrevimiento, con todo lo que está pasando en este contexto de las profesiones y los profesionales, este debate sobre sus roles y funciones, que afecta tanto a Psiquiatras como a Psicólogos, podría tener una salida si se pusiera en marcha un proyecto común de formación de profesionales de Ciencias de la Salud Mental, en la línea que hace bastantes años explicitó Castilla del Pino hablando de la Psiquiatría: «La psiquiatría es una institución social que pertenece a la gran institución social de la medicina... Ello no significa que en un futuro haya de seguir perteneciendo a la medicina. Precisamente el que sea un hecho social permite la movilidad» (14).

Aspectos semejantes se podrían contar acerca de los Terapeutas Ocupacionales. Nueva profesión en este campo de la Salud Mental y cercana, en su rol y funciones, a la Enfermería. Podríamos decir, al igual que con Psicólogos Clínicos y Psiquiatras, complementarios.

Asistimos pues, en cada una de las profesiones citadas, a momentos diferentes de su desarrollo. Sin embargo, todas tienen en común aquello que comparte las profesiones: un cuerpo de conocimiento, una orientación de servicio, una organización colegial y un mandato (Coe, 49).

En el caso de las profesiones sanitarias descritas, el cuerpo de conocimiento precisa de un largo aprendizaje hasta su adquisición, cada vez más largo por ser cada vez más especializado. La orientación de servicio en nuestro caso es hacia la colectividad, en este aspecto la sociedad espera de los profesionales sanitarios que antepongan los intereses colectivos a los propios (la vocación), lo cual provoca no pocos conflictos. Las características de las profesiones hacen necesaria la colaboración entre sus miembros y como consecuencia la formalización y ordenación de esa colaboración, regulándola por medio de organizaciones como los colegios profesionales. El mandato viene dado a través de una licencia o diploma que otorga, por un lado, la facultad de ejercer las actividades que sus conocimientos le suponen y, por otro, el reconocimiento social (status profesional) y la función de ejercer socialmente como técnico en una materia pudiendo delimitar pensamientos y comportamientos en la población general.

Se encuentren los profesionales en una situación de crisis, caso de los médicos, o en un punto de desarrollo/afirmación profesional, caso de la enfermería, la conclusión es que las condiciones de desempeño profesional se han modificado por numerosas razones: hiperespecialización, con la segmentación correspondiente y los intereses en conflicto en muchas ocasiones; la complejidad en la gestión de los servicios, evaluación de la

relación coste-beneficio, planificación, priorizaciones desde instancias gestoras o políticas; el nuevo papel a desempeñar por los ciudadanos y la interrelación entre las profesiones.

Nos detenemos aquí en este aspecto tratado. Sólo insistir en un punto de máxima incidencia en los momentos en los que nos encontramos. La interacción con otros profesionales de otros ámbitos. La salud ya no es un campo exclusivamente de los profesionales sanitarios. Existen hoy otros profesionales de otros campos del conocimiento con los que incluso «competimos» en temas de salud y con los que tenemos que saber relacionarnos a partir de ese nuevo contrato entre los profesionales sanitarios y la sociedad. Aquí podemos incluir economistas, gestores-empresarios, sociólogos, educadores, periodistas, trabajadores sociales, publicistas (vivimos en la sociedad del consumo), etc. No olvidemos que muchos profesionales no sanitarios junto con la ciudadanía están contribuyendo, influyendo, en la construcción del concepto de salud concreto en un contexto determinado (Bauleo; 50): La salud... «no es ya más la ausencia de enfermedad... Nosotros ya nos demandamos sobre la producción de salud. De qué formas una comunidad (lo social) engendra, promueve y difunde la salud en un territorio determinado... La Salud Comunitaria... se establecería a partir de las condiciones de posibilidad que cada comunidad ofrece para producir aquella salud. Podemos terminar diciendo que todo intento de definición de salud comunitaria nos lleva a pensar sobre los inicios y constitución de esa comunidad, en la cual la salud aparecería como un producto elaborado por ella misma en diversos momentos de su existencia».

Por último, y antes de entrar en la próxima era, en los próximos retos, unas ideas, reflexiones acerca del síndrome de los profesionales «quemados». Una revisión de esta circunstancia (Mingote Adán, 51; González Correales, 52; Guimón, 53) pone de manifiesto que la concepción del «Síndrome del quemado» está caracterizado por «agotamiento emocional, alteración de su rol social, malestar general, inadaptación al trabajo, vivencias de baja realización personal, desmotivación y desinterés». En cuanto a su «etiopatogenia» los diversos autores atribuyen su origen a diversas variables, el estrés laboral crónico, la tensión creada por el trabajo continuado de atención a otras personas, la discrepancia entre las expectativas profesionales y la realidad laboral, la propia configuración de la personalidad del sujeto. Al hablar de esta situación en los psiquiatras, Guimón, alude a la burocratización, la actividad administrativa, de gestión, diríamos hoy, en la que se desarrolla su trabajo en las instituciones públicas fundamentalmente que es al contexto al que se refiere. Como vemos, y volviendo a lo que hemos tratado al hablar de la evolución y roles de los profesionales, nos atreveríamos a decir que habría que cuestionar esta situación del «quemado» como un «síndrome». Al margen de que probablemente algunos síndromes construidos en los últimos años ha

servido a otros intereses y no a la clínica, si eliminamos entre los factores «etiológicos» de este síndrome los aspectos subjetivos (expectativas, características de personalidad), los que podemos catalogar como factores ambientales (condiciones del trabajo, tareas) se relacionan directamente con las cuestiones que estamos planteando a lo largo de esta ponencia. De este modo, podríamos concluir que este síndrome aparece cuando el profesional no ha realizado una tarea que debe hacer: renovar su «actitud» profesional en las nuevas condiciones de llevar a cabo su rol y sus funciones, y que lógicamente influyen en la dirección en la que se adquieren los conocimientos y las habilidades. Es más, en la bibliografía citada (Mingote Adán), y aludiendo a otro autor, Pinés, destaca como elementos preventivos para evitar este «síndrome»: «la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, la supervisión y las oportunidades de promoción, aprendizaje continuado y desarrollo de la carrera profesional». ¡Qué casualidad que todas estas condiciones son técnicas de las nuevas formas de gestión! Por otra parte, y como elemento ideológico contenido en este fenómeno del síndrome del quemado, por definición según algunos autores se restringe a las profesiones que se dedican a atender necesidades sociales: sanitarias, educativas y de servicios sociales. El vendedor de seguros o el comercial de una gran superficie no se «queman», al parecer sólo los funcionarios en nuestro contexto. ¿A dónde vamos?

De todas formas, al margen de los comentarios anteriores, lo que creemos es que las nuevas formas organizativas de los servicios públicos nos obligan a muchos profesionales a rectificar un posicionamiento en los roles y las funciones tradicionales y nos obliga a activarnos para desempeñar otros nuevos.

- *Los profesionales sanitarios en el siglo XXI:*  
Empowerment and Accountability

Ya se ha hecho alusión en otros apartados a este nuevo tiempo en el que desempeñamos nuestra labor profesional. La realidad social es compleja y lógicamente su gestión. De manera resumida se podría decir que la atención a los problemas sociales no se puede realizar hoy en día por medio de la acción de una sola profesión. Cualquier problemática a la que nos enfrentamos está rodeada de una serie de variables que dependen de la acción de varias profesiones y el contexto social en la que se halla.

Unido a estas consideraciones, dos nuevos conceptos forman parte en la actualidad de la identidad de todos los profesionales. Son dos conceptos que están incluidos en ese aspecto del *self* que es la profesión según hemos visto. Sin ellos en estos momentos no se puede decir que uno es un profesional completo. Se trata de los conceptos de *empowerment* y *accountability*.

– *Empowerment*:

Se trata del hecho de facilitar la participación de los profesionales en la gestión, basado en el conocimiento científico y tecnológico y atendiendo a su puesto en la organización. Podemos considerarla como un método de descentralización.

Atendiendo a su significado en castellano se le puede asimilar a conceptos como poder, capacitación y permitir, literalmente «empoderamiento». Por medio de esta herramienta la organización otorga a sus trabajadores la tecnología y la información necesaria para que la utilicen de manera óptima y responsable con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Este método, opuesto a los modelos de organizaciones autoritarias, tiene una serie de ventajas:

- Se impulsa la autoestima y la confianza.
- El personal participa en la toma de decisiones.
- Se puede medir el rendimiento de los empleados.
- El trabajo se convierte en un reto, no en una carga.
- Se reconoce a las personas por sus ideas y esfuerzos.
- Los trabajadores tienen mayor control sobre su trabajo.

Las razones por las que se llega a aplicar esta metodología y se otorga este «empoderamiento» son las siguientes (Codina, 54):

- Las organizaciones están siendo menos jerárquicas, más «aplanadas», con la reducción de sus niveles de dirección (sobre todo en los niveles intermedios). Menos dirigentes deben atender a más personas.
- Las tecnologías informáticas ayudan a la descentralización del flujo de información y de decisiones, a los niveles más bajos. Esto, no sólo otorga más «poder» sino también más flexibilidad a los niveles inferiores. En muchos casos, los trabajadores hacen su trabajo fuera del centro y se conectan con la empresa mediante ordenadores.
- Las fronteras tradicionales dentro de las organizaciones se están haciendo más borrosas. Algunas funcionan más como una «red de trabajo» (*network*) que como estructuras jerárquicas. Los cambios estructurales modifican las relaciones de autoridad tradicionales.

Profundizando algo más en este concepto y recurriendo a Max Weber en el mundo de las organizaciones se puede decir que el poder es la capacidad de forzar a otros a hacer lo que decide uno (el jefe), y que, por otro lado, la autoridad apunta a conseguir que los demás hagan, con voluntad (de buen grado) lo que uno desea. En la empresa se viene utilizando poder y autoridad como sinónimos, pero hay una sensible dife-

rencia entre acatar y compartir los deseos de la jefatura. Hoy se pretende dirigir personas de una forma más próxima a la autoridad (liderazgo) que al poder.

Unido a estos conceptos y a estas nuevas formas de ejercer la autoridad en las técnicas de actuación sobre otros se encuentran el uso de la persuasión y la influencia, la delegación y el *empowerment*: «Quizá, a veces, delegado y apoderado nos parecen sinónimos; pero, a un trabajador, lo de la delegación le suena a tarea especial que le encomienda su jefe y de la que se debe sentir responsable, y lo de *empowerment* ya va sonando a cesión de responsabilidad y también de poder» (Enebral Fernández, 55).

Según este autor, los ingredientes del auténtico *empowerment* son:

- responsabilidad ante los resultados;
- poder (autoridad formal) para tomar decisiones;
- recursos materiales para la ejecución;
- información y conocimientos necesarios, y
- competencia profesional del sujeto apoderado.

Y aún añade algunas características más, aunque pone en duda que algunas o todas se implementen a la hora de llevar a cabo el empoderamiento:

- sentimiento de significancia;
- sentimiento de competencia;
- sentimiento de pertenencia, y
- sentimiento de disfrute.

– *Accountability*:

Los anglosajones han acuñado el término *accountability* para el conjunto de actividades y propósitos asociados a rendición de cuentas. La gestión moderna exige esta dimensión cuando hay objetivos, recursos y personas que deben cumplir con metas y tareas. Posee pues una dimensión ética, ya que es la forma de garantizar públicamente el cumplimiento de lo que una organización o la sociedad espera de personas u organizaciones. Este concepto se puede incluir dentro de un contexto más amplio que estaría relacionado con el desarrollo y la profundización de los sistemas democráticos.

Con bastante frecuencia se asiste a que las instituciones, los grupos u organizaciones, en casi todas las áreas de actividad, utilizan los procedimientos de la planificación corporativa u organizacional y también las técnicas del trabajo por medio de grupos. No obstante, la experiencia enseña que la mayor dificultad se plantea a la hora de la evaluación y de la rendición de cuentas.

En toda empresa el proceso de producción discurre por un camino que va, clásicamente, desde el hecho de tener una finalidad definida como objetivo a largo plazo y al que se dirige toda la acción empresarial; un diagnóstico, análisis de la realidad, a partir del cual se decide un objetivo general con unos objetivos específicos a alcanzar por medio de unas acciones concretas, y finalizar con su evaluación. Aquí se cierra el círculo clásicamente y se vuelve al nuevo análisis de situación, definición de objetivos, etc. La nueva concepción empresarial añade un punto más, la rendición de cuentas: «Cuando las personas son capaces de asumir en un todo la responsabilidad por lo hecho, para bien o para mal, y hacerlo cara a cara frente al otro, entonces han dado un gran paso hacia delante. Todo este proceso, que debe realizarse con la más amplia participación de todos los miembros de la organización, permite aprovechar intensivamente todos los recursos existentes, así como un alto grado de compromiso e involucramiento de las personas con el proceso que se pone en marcha»... «Siguiendo esta línea de pensamiento, me siento tentado de decir que debería ser obligatorio, en términos de esta visión de derechos, que todas las organizaciones del dominio público, así como las del ámbito privado, que brindan servicios públicos, presenten públicamente sus evaluaciones y hagan periódicamente una rendición de cuentas» (Antúnez, 56).

Precisamente la rendición de cuentas es uno de los elementos centrales del gobierno clínico, de la gestión clínica (Ruiz Iglesias, 15). En esta publicación y en el capítulo dedicado a la implementación del gobierno clínico, citando a Rosen, se señala algunas de las dificultades para llevar a cabo el control de las responsabilidades (*accountability*): «La escasez de recursos y personal dedicado al gobierno clínico, las dificultades para crear un ambiente abierto y participativo entre los profesionales, y las dificultades para desarrollar una dimensión multiprofesional en el trabajo... Es necesario estudiar los mecanismos efectivos para desarrollar el principio de responsabilidad, los incentivos a la participación, los métodos de participación de los ciudadanos y las mejores técnicas de formación de grupos multidisciplinarios».

### *La nueva interdisciplinariedad*

Una situación como la que venimos describiendo nos aboca a una forma de enfrentar la tarea cotidiana en los servicios sanitarios actuales, especialmente en los públicos, de manera que no es posible realizarla sin que las dimensiones de multidisciplinariedad y, sobre todo, de interdisciplinariedad estén presentes. La complejidad de las actividades a realizar y la interdependencia hacen que ambos conceptos sean imprescindibles a la hora de abordar el trabajo en este contexto.

Una tarea como la de la atención sanitaria, y por tanto la de la atención a la salud mental, no puede realizarse hoy en día sin la concurrencia de varias profesiones. Es imposible que una sola profesión pueda atender a todas las necesidades que hay que satisfacer en los usuarios de estos servicios del siglo XXI. En ellos, la relación de esos usuarios ha dejado de ser binómica y dependiente (médico-paciente, enfermera-paciente, etc.) para convertirse en otra diferente, la de ciudadano que espera recibir una prestación a la que tiene derecho a través de sus impuestos, como se ha profundizado en apartados anteriores. La relación es pues la de un usuario con la institución sanitaria que debe atenderle. Esta perspectiva hace que las expectativas del servicio que espera recibir este paciente, y sus familiares, se refieran no sólo y exclusivamente a las intervenciones sanitarias necesarias sino también a otras muchas que influyen en la valoración global que estos hacen del servicio recibido: la información, la señalización, la hostelería, el confort, la accesibilidad, la rapidez, etc. Hemos pues ampliado y sumado profesiones intervinientes, pero también profesionales diferentes. Todo ello nos obliga, desde el punto de vista de la gestión de los recursos, a tener en cuenta la aportación de cada una de ellas y que su actuación sea un todo ordenado y coherente. De manera que, los conocimientos de cada una de ellas, unido a las habilidades y actitudes de cada profesional en concreto, tenga como resultado un conjunto que dé respuesta a las expectativas de todo potencial cliente. No se trata de que haya buenos equipos de trabajo porque de esta manera los profesionales trabajan en mejores condiciones, se trata de que estos cumplan con un requisito al que hemos aludido en el párrafo anterior: la rendición de cuentas.

No podemos, pues, poner en duda que nuestro trabajo actual es el resultado de la acción de varias profesiones, y de que esta acción ha de ser interdependiente, sino que debe contar con otra dimensión, la complementariedad entre ellas. Complementariedad que surge de poner en valor los «talentos» que todos y cada uno de los profesionales inmersos en el proceso de producción pone como plusvalía para enriquecer el resultado final. En este nuevo escenario, el mayor riesgo para el logro de este objetivo es el del corporativismo. Esta *actitud* se opone como ningún otro factor a esta nueva forma de entender el trabajo en equipo. Y ya sabemos que ni las deficiencias en el conocimiento, ni las deficiencias en las habilidades, ponen tanto en riesgo el logro de la tarea como la presencia de actitudes que no favorecen esta forma de trabajar de manera sumatoria y complementaria, como son los corporativismos y los personalismos.

Cuando nos referimos en este aspecto a las condiciones necesarias para la atención de la salud mental, además de asumir los presupuestos anteriores, hemos de añadir más complejidad. La atención a los problemas



de salud mental, especialmente de los más graves, requiere no ya de respuestas complejas que requieren el concurso de la acción de varias profesiones del ámbito sanitario, sino que en muchas ocasiones hemos de ampliar la respuesta a sus necesidades mediante la intervención de otras instituciones y, por tanto, de los profesionales que en ellas trabajan. Hemos de incorporar necesariamente los métodos y herramientas de una nueva manera de concebir y abordar complejos problemas sociales: el trabajo en red. A él nos referiremos más adelante.

- *Los roles sociales de los profesionales de la salud mental*

«De brujos a burócratas», escribía Guimón (53) hace unos años en relación a los psiquiatras y sus roles profesionales en 1990. El desarrollo de los servicios haría que este profesional debería adquirir una dimensión administrativa que esta situación le exigiría: la gestión. Dejaba de ser un *médico*. Esto es cierto. Pero, dicho de otro modo, los roles que cumplimos los profesionales de la salud mental no son definidos en exclusiva por los contenidos técnicos de las profesiones. Son las exigencias sociales las que van definiéndolos. O mejor, lo que realmente existen son diversos roles dependiendo de quién se dirige a nosotros y según nos demanda.

Así, se nos puede demandar que ejerzamos de contenedor, custodio, mediador ante determinadas situaciones provocadas por personas con un trastorno mental desde, por ejemplo, instancias administrativas del Estado como la justicia, la educación o los servicios sociales. Pero también se nos puede requerir en estas funciones desde las familias de esos pacientes.

De otro lado, los usuarios nos pueden exigir según sus demandas que seamos sus conseguidores de prestaciones sociales, de beneficios personales, de felicidad infinita o bien, en algunos casos de terapeutas que les tienen que ayudar o acompañar para que se produzca en ellos un cambio.

Desde otras instancias, sociólogos, filósofos, antropólogos, pedagogos, juristas, quieren que cumplamos el papel de hermeneutas del comportamiento humano.

Como se ve, el nivel de exigencia y complicación de la labor de estos profesionales es alto. No es extraño pues que se vea sometido a grandes presiones desde diversos ámbitos y tenga que verse, en más de una ocasión, teniendo que responder a requerimientos contradictorios. Vivir en medio de este contexto supone un constante examen del nivel de competencias del profesional y de su salud mental, al menos del profesional que se dedica a desempeñar su labor en el contexto de la Salud Pública. El que lo hace en el ámbito privado tiene el privilegio de limitar la oferta en función de intereses más personalizados.

• *Las competencias de los profesionales del siglo XXI*

En el momento actual, la expresión «competencias profesionales» es un término polisémico, omnipresente en el ámbito de los recursos humanos. Históricamente (57) las primeras definiciones de competencias aludían a la capacidad de la persona para el desempeño de las actividades o funciones de su puesto de trabajo. Lo que dio lugar al enfoque de competencias centrado en la tarea.

Posteriormente además de a lo anterior se prestó atención a los rasgos y características del profesional excelente, aquel capaz de dar el máximo resultado en su actividad profesional, aquellas competencias que diferenciaban entre el profesional que cumplía con su tarea y el profesional que destacaba en dicho logro. En este nuevo enfoque centrado en el perfil no sólo se prestaba atención a la base técnica y profesional sino que se empezó a indagar acerca de las competencias clave, las competencias que dotaban al profesional de flexibilidad, capacidad de aprendizaje y superación, y todos aquellos rasgos que se estimaran necesarios para llegar a ser este tipo de profesional excelente.

Finalmente se ha llegado a conceptualizar un enfoque de competencia de naturaleza holística y compleja, cuyas diversas conceptualizaciones intentan recoger y abordar los elementos de tarea, los de excelencia profesional y los de desarrollo y adaptación al entorno complejo y global en que se desarrolla la actividad profesional.

Echeverría (58) recoge nueve conceptualizaciones del término y Pérez Escoda (59), muestra hasta doce definiciones diferentes en el ámbito laboral. Este mismo autor sintetiza las características comunes de las enunciaciones, reuniéndolas en las siguientes características:

- El concepto es aplicable a las personas (individualmente o en forma grupal).
- Implica unos conocimientos (saberes), unas habilidades (saber hacer), y unas actitudes y conductas (saber estar) integrados entre sí.
- Incluye las capacidades y procedimientos informales además de las formales.
- Es indisoluble de la noción de desarrollo y de aprendizaje continuo unido a la experiencia.
- Constituye un capital o potencial de actuación vinculado a la capacidad de movilizarse o ponerse en acción.
- Se inscribe en un contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad.

En definitiva en el siglo XXI entendemos por «competencias» las aptitudes que posee la persona y que hacen que su desempeño resulte efecti-

vo o incluso superior en relación a lo que ese puesto de trabajo requiere. Se conforma así el término «competencias profesionales» como cualquier característica individual que se pueda medir de modo fiable y cuya relación con la actuación en el puesto de trabajo sea demostrable.

En el Sistema Sanitario Público, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, en su artículo 42 que hace referencia a la evaluación de las competencias, las define como «la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean» (60). Para que el profesional sanitario desarrolle las buenas prácticas, es decir, los comportamientos observables asociados a una competencia (hacer) es necesaria la presencia conjunta de los cinco componentes de la competencia (61):

Los conocimientos: El conjunto de saberes técnicos que posee una persona. El saber.

Las habilidades: Normalmente se adquieren mediante la formación y experiencia. El saber hacer.

Las actitudes: Son rasgos de carácter o características de las personas. El saber ser (o estar).

La motivación: El querer hacer.

Aptitud profesional y medios: Las competencias no son solo una característica de la persona sino que resultan también de la interacción entre organización e individuo. El poder hacer.

Las competencias en el Sistema Sanitario Público son etiquetas que se refieren a un conjunto de comportamientos observables y mensurables, y por tanto susceptibles de mejora, que están relacionados con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización determinados. Se centran en lo que el profesional hace mediante comportamientos observables donde se mezclan conocimientos, habilidades y actitudes. Este bien hacer de los profesionales constituye las llamadas 'Buenas Prácticas'.

El conjunto de competencias que debe reunir el/la ocupante de un puesto de trabajo es su *Mapa de Competencias*. En él tienen que estar identificadas las competencias y las buenas prácticas asociadas a ellas, así como los criterios de verificación para determinar la presencia de las buenas prácticas (evidencias) y las pruebas. Estas últimas constituyen los instrumentos de medición y evaluación que determinan el cumplimiento de las evidencias de cada buena práctica integrada en una competencia profesional.

En función de la frecuencia y la forma que se cumplan cada una de esas buenas prácticas, el profesional puede cumplir unos criterios definidos previamente que suelen ser inicial (para la selección), experto y excelente, conllevando cada cual una serie de retribuciones u otras ventajas, aunque puede haber otras clasificaciones dentro de una organización. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, probablemente la Comunidad

Autónoma que más pasos adelante haya dado en el camino de la gestión de competencias, en el ámbito de la organización de la salud, no se utiliza (¿todavía?) este sistema para la contratación, por lo que los grados de acreditación profesional son de avanzado, experto y excelente. Estos grados no son estáticos, dado que buscan la mejora continua. De esa forma se puede –en función de la medición de las buenas prácticas, mediante evidencias y pruebas– aumentar o disminuir el grado de acreditación.

El modelo de gestión de recursos humanos que se basa en las competencias profesionales se llama *gestión por competencias*. Indisolublemente ligado a él se encuentra la evaluación del desempeño que consiste en la medición de los resultados (lo que hace el profesional ligado directamente a las competencias) y en función de esa medición tener unas u otras retribuciones. La evaluación del desempeño pretende estimular la aportación de cada trabajador/a a la organización, involucrar al/la profesional en los objetivos de la organización, retribuir a cada empleado en función de su contribución al logro de los objetivos de la organización e identificar a las personas con potencial para la organización y las necesidades formativas de cada uno de los profesionales.

Para que esto sea posible es preciso haber definido previamente los objetivos de la organización, en nuestro caso, sanitaria: no es lo mismo ni precisa las mismas competencias una organización que tiene como objetivo la cobertura pública y universal de la asistencia que otra que los tenga en la obtención de beneficios económicos.

En lo que a Salud Mental se refiere sería diferente la definición de buenas prácticas si lo centráramos en un modelo que tenga como eje una concepción biológica y hospitalocentrista que si lo hiciéramos en un modelo comunitario que persiga la integración de la persona en la sociedad mediante las distintas intervenciones sanitarias y no sanitarias que necesitan los pacientes, especialmente los que padecen un Trastorno Mental Grave, favoreciendo la autonomía y la independencia del paciente, considerándolo conceptual y conductualmente como un ciudadano con todos los derechos, organizativamente con un sistema de trabajo en red, que contemple un modelo psicopatológico centrado en lo relacional y no solo en los síntomas; y que tenga en cuenta las evidencias científicas y la complementariedad de los distintos profesionales que deberán trabajar en equipo. Desde ese punto de vista ni las competencias ni las buenas prácticas pueden definirse en abstracto sino que están intrínsecamente ligadas a las políticas sanitarias generales y de Salud Mental en particular de cada organización. En este momento sería posible que difiera la formulación de competencias y por tanto las buenas prácticas profesionales si lo definirían las autoridades sanitarias en Andalucía que en Madrid, dada la disparidad que existe en la política sanitaria de ambas Comunidades Autónomas.

Para sortear ese problema, en lo que a los psiquiatras se refiere, en el momento actual *the Psychiatric Section and Board of the European Union of Medical Specialist* (UEMS S&B Psych) ha decidido comenzar un proceso que estructure la formación postgraduada de los futuros psiquiatras en torno a una serie de competencias basadas en principios considerados esenciales para nuestra profesión, de una manera independiente de las autoridades sanitarias. Para eso organizó un conjunto de grupos de trabajo para revisar los avances en esta línea existentes en Canadá, EE. UU., y la misma Europa con los objetivos de:

1. Desarrollar un set de competencias necesarias para la práctica de la psiquiatría, aceptables para todos los miembros de las asociaciones profesionales Europeas de Psiquiatría y complementariamente para la Carta Europea de Psiquiatras en formación y el perfil de los Psiquiatras Europeos.
2. Posteriormente desarrollar un programa de entrenamiento para los psiquiatras basado en un set de competencias (Formación basada en competencias).

Parte de la definición de la Psiquiatría como (62): La rama de la medicina concernida por el estudio biopsicosocial de la etiología, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, emocionales y conductuales que se produzcan, ya sea en solitario o coexistiendo con otros trastornos médicos en las etapas de la vida. La psiquiatría también debe promover hábitos de vida mentalmente saludables. Por lo tanto, las competencias que se esperan de un psiquiatra después de su formación corresponde a conocimientos, habilidades y actitudes para un eficaz cuidado de los pacientes a su cargo y ser capaces de atender a diversas capas de la población en distintas etapas de la vida, siendo a la vez capaz de tratar cuestiones de género, edad, cultura, etnia, creencias religiosas y éticas de una forma profesional. En el mapa de competencias de un psiquiatra está contemplado desde los conocimientos psicopatológicos, la capacidad de establecer y mantener la alianza terapéutica o el trabajo con pacientes y cuidadores en la formulación y la revisión de los planes individualizados de tratamiento.

Una organización sanitaria que lleve a cabo de una forma estratégica una POLÍTICA DE INCENTIVOS pretende:

- Conciliar los aspectos calidad y costes, aumentando la primera y reduciendo los segundos.
- Potenciar el efecto reputación del profesional desde la propia organización.
- Conseguir la máxima excelencia.

- Integrar la DIRECCIÓN POR OBJETIVOS con la evaluación del desempeño de los profesionales.
- Elaborar un pacto de actividad o servicio de cada Área o Unidad.

De esa forma la evaluación del desempeño, además de significar unas retribuciones económicas en función de los logros del profesional, debe llevar aparejado un plan de futuro de desarrollo profesional para las áreas de mejora identificados por el profesional y por la organización.

Esta metodología parece la más útil para poner en marcha un modelo de carrera profesional, algo largamente reivindicado por los profesionales en nuestro medio. Esta carrera profesional debería de estar incentivada por dinero pero también por formación, y por dotación de medios. Medios para hacer actividades que redunden en la mejora de la calidad asistencial y que es más razonable que estén en poder de servicios y/o profesionales que demuestren un buen aprovechamiento de los recursos que de una manera indiscriminada.

- *La formación de los profesionales de la salud*

La formación en salud mental se enfrenta a un reto insoslayable, cual es preparar y habilitar a los profesionales para impulsar cambios y dar una respuesta adecuada a las exigencias de los nuevos sistemas de atención y de las nuevas formas de intervención para producir y gestionar nuevos conocimientos (63). Los nuevos retos que suponen formar profesionales competentes para las nuevas necesidades, concierne a todos los programas formativos necesarios para lograr profesionales competentes (pregrado, postgrado y formación continuada). Pero así como la posibilidad de influir en la formación pregrado es escasa para la mayoría de los servicios sanitarios públicos en España, la formación postgrado y los diferentes programas de formación continuada pueden, y deben, retroalimentar y modular a los servicios donde se realizan.

- La formación postgrado

En cualquiera de las disciplinas que integran la salud mental, la formación de los nuevos profesionales no requiere solamente la adquisición de conocimientos teórico-prácticos necesarios para adquirir una titulación. Todos los programas formativos reglados en nuestro país han sido elaborados y sancionados por el Ministerio de Sanidad, pero se imparten en los servicios sanitarios públicos.

El proceso formativo de estos profesionales en fase de postgrado, interfiere en los programas asistenciales de los servicios, aportando reflexión y actualización sobre los mismos. De hecho la única forma de adqui-

rir cualquier conocimiento es hacerlo en los sitios donde se realizan las tareas, practicándola. La primera responsabilidad formativa de un servicio debe ser, no solo enseñar la tecnología necesaria para determinadas prácticas e intervenciones, sino, fundamentalmente, la de favorecer en los residentes la toma de conciencia, la introyección de valores y el compromiso de implicarse en el lugar donde trabajan. Un buen profesional es siempre un profesional comprometido con la mejora continua de su trabajo y de su formación, lo cual le ayudará a identificar y combatir, entre otras cosas, el desgaste profesional y a mantener posicionamientos críticos y constructivos sobre su propia práctica y la de su equipo y su organización.

En el momento actual se está a punto de iniciar la formación de acuerdo a nuevos programas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería en salud mental. En ellos se contempla la formación conjunta de las tres especialidades en comisiones de docencia multidisciplinarias, lo cual suponen una oportunidad para actualizar el conocimiento de los servicios y gestionarlo de manera más transversal, superando viejos problemas de corporativismo.

Cualquier profesional de la salud mental debe contar desde su formación postgrado con herramientas básicas para desenvolverse en los nuevos rumbos que están tomando las organizaciones sanitarias. Los nuevos programas postgrado incluyen formación en temas inéditos en los anteriores tales como planificación de programas asistenciales, aspectos éticos y legales de la salud mental y gestión clínica, además de dedicar mas tiempo a la adquisición de algunas herramientas terapéuticas en las que, tradicionalmente, han existido graves carencias formativas, tales como la psicoterapia y la rehabilitación y recuperación de pacientes. Pero la pregunta es: ¿están los servicios, y los profesionales que los componen, suficientemente motivados y preparados para ofrecerla? La oportunidad de la que hablábamos anteriormente es ésta. La formación postgrado y la formación continuada convergen en este momento con las mismas necesidades, en el seno de los servicios necesitados de gestión clínica y gestión de su conocimiento.

#### – La formación continuada

La formación continuada no puede ajustarse, como la postgrado, a un programa único sino que debe adaptarse a las necesidades de cada situación, de cada equipo y de cada profesional, lo cual exige un análisis previo de dichas necesidades. Por lo tanto, para la elaboración de programas de formación continuada deben tenerse en cuenta las necesidades poblacionales e institucionales (16). La formación continuada debe ser un proceso dinámico en continua actualización y adecuado al contexto de cada servicio o UGC. Pero, además, la formación continuada debe ir dirigida a fomentar la interdisciplinaridad y el trabajo en red. El equipo multidiscipli-

plinar no es la suma de los profesionales que lo componen, sino el resultado de la interacción entre ellos. Por este motivo, como acertadamente señala «La estrategia en salud mental del MSC» (2006) se necesitan programas y actividades formativas dirigidas, no solo a cada uno de los especialistas sino al equipo como unidad discente.

Es precisamente el equipo, el que debe actualizar permanentemente su mapa de competencias y señalar las necesidades en formación que tiene, priorizándolas según sus objetivos asistenciales. Es muy importante que los equipos comprendan el papel fundamental que el aprendizaje tiene dentro de la organización, e introducir en su dinámica cotidiana grupos de reflexión y análisis sobre cuáles son las demandas asistenciales que recibe de los usuarios y utilizarlas como elemento generador de conocimiento para el reciclaje y perfeccionamiento de los profesionales.

Hasta ahora, la formación continuada ha dependido de la responsabilidad y motivación del profesional, y la ha encontrado, casi siempre impartida por proveedores privados –la industria farmacéutica en el caso de los psiquiatras o la universidad en el caso de los psicólogos– con intereses no siempre confluyentes sino, muy a menudo, contrapuestos. La cesión progresiva, en los últimos años, de la docencia e investigación hacia la industria farmacéutica es alarmante y plantea serios problemas éticos dentro de los equipos, que van más allá del sesgo biologicista que imprimen a la práctica de la salud mental. La formación continuada financiada por la industria corren el riesgo de girar siempre sobre temas de su interés, que finalmente dotan del prestigio de «lo científico» a la formación exclusivamente relacionada con la psicofarmacología, las técnicas de imagen, la genética, etc., frente a otras necesidades de formación básicas para equipos multidisciplinarios e intersectoriales tales como la promoción de la salud, habilidades comunicativas, psicoterapia y rehabilitación.

La formación de los profesionales en salud mental es el principal instrumento estratégico con el que se cuenta la organización y no puede depender exclusivamente de la motivación de cada profesional. En la mayoría de las especialidades médico-quirúrgicas, lo que determina, en gran medida la calidad asistencial y el gasto, son los instrumentos tecnológicos y el conocimiento de técnicas muy precisas. Esta dispersión de especialidades acota cada vez más el rol del médico, convirtiéndolo en superespecialista en determinadas materias pero cada vez más carente de las cualidades humanistas que han caracterizado desde siempre a la profesión. En salud mental, por el contrario, lo que determina en gran medida la calidad asistencial son los buenos profesionales, su capacidad y disposición para ser instrumentos de comunicación, tratamiento y recuperación. Los programas de formación deben incidir profundamente en la adquisición de conocimientos pero también de habilidades y actitudes que modulen el rol del profesional en esa dirección.



El otro elemento clave, además del profesional, de la tecnología sanitaria y sociosanitaria es la calidad de la red donde trabaja, transformada en un instrumento de cooperación y transmisión de conocimiento. Lo relevante, en definitiva, es que nadie puede estar fuera de la organización funcional, todos los profesionales debe participar de una otra manera creando el entorno, influyendo constructivamente para conseguir el mejor conocimiento posible para su servicio.

En la ponencia: *La formación de los profesionales de la Salud mental en España* (2003) se recogen algunos conocimientos considerados como imprescindibles para todos los profesionales, especialmente para aquellos que trabajen en gestión clínica. Coincidimos plenamente con este glosario de temas que reproducimos a continuación:

1. Sobre el trabajo en equipo:
  - Capacidades y limitaciones del desarrollo individual y colectivo de las organizaciones.
  - Posibilidades y riesgo del trabajo en equipo.
  - Complementariedad y conflicto del trabajo interdisciplinario.
  - Dinámica grupal: liderazgo, individualidad y cohesión grupal.
  - Comunicación interpersonal, conflicto y negociación.
  - Prevención y detección del desgaste profesional (*burn-out*).
2. Planificación y gestión en Salud Mental:
  - Las especificidades y diferencias con otros servicios de los «clientes-paciente» de Salud Mental.
  - El trabajo sectorizado y en redes asistenciales.
  - Qué es un modelo de atención y cómo se elabora.
  - Metodología para la mejora continua.
  - La utilización de guías y protocolos clínicos y el desarrollo de planes de investigación y docencia.
3. Aspectos éticos y legales en psiquiatría:
  - Derechos y deberes de los pacientes.
  - Conflictos éticos en psiquiatría y psicología.
  - Historia clínica y consentimiento informado.
  - Código civil y penal en materia psiquiátrica.

La red intra e intersectorial, que funcionalmente deben constituir las unidades de gestión clínica, deben convertirse en instrumentos de difusión del conocimiento necesario sin olvidar que éste también engloba a los usuarios. En los últimos años, el gran desarrollo que está alcanzando el *paradigma de la recuperación*, ha incorporado a los usuarios y sus familiares a participar en programas de formación conjunta con los profesionales. Aunque su desarrollo es aún muy incipiente, el alto grado de satisfacción que genera en los colectivos implicados unido a los buenos resultados obtenidos, hace pensar que, poco a poco, se irán generalizando. La participación de los usuarios en estos programas se acoge a formas muy variadas que van

desde la comunicación de sus experiencias vitales a retroalimentar a los profesionales sobre la eficacia de los tratamientos. En todos los casos suponen una modificación muy positiva de la relación terapéutica y de los roles, tanto del profesional como del paciente, que pasa a ser miembro activo en el tratamiento de su enfermedad.

### C. LAS HERRAMIENTAS TÉCNICAS:

- *La Medicina basada en la evidencia*

La *Medicina Basada en la Evidencia* (MBE) representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia *científica* aplicado al cuidado y manejo de pacientes individuales. La práctica de MBE requiere la integración de la experiencia *clínica* individual con la mejor evidencia clínica externa derivada de los estudios de *investigación* sistemática.

El objetivo primordial de la MBE es el de que la actividad médica cotidiana se fundamente sobre bases científicas provenientes de estudios de la mejor calidad metodológica, en los que se refleje de forma fidedigna el estado actual de conocimientos. Algunas de las herramientas básicas sobre las que se asienta la metodología de la MBE son la lectura crítica de la literatura médica y la revisión sistemática de la evidencia existente.

La MBE como método para tomar decisiones clínicas se basa en:

- Búsqueda y hallazgo de la literatura biomédica original y relevante. Lectura crítica de la misma y establecimiento de su nivel de evidencia para interpretarla correctamente. El razonamiento fisiopatológico tradicional se considera insuficiente para tomar decisiones clínicas.
- La experiencia clínica y el conocimiento sistemático del contexto de esa práctica.
- Las preferencias del paciente.

El proceso de la MBE sigue estas etapas:

1. Formulación de una pregunta clínica clara y precisa a partir de un problema clínico dado.
2. Búsqueda de la literatura de artículos originales relevantes y apropiados para el problema.
3. Evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados (Nivel de evidencia).
4. Aplicación de los resultados a la práctica clínica al paciente tomando en cuenta su contexto y sus preferencias.

*Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación. Según la US Agency for Health Research and Quality:*

NIVEL DE EVIDENCIA	CRITERIO	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Ia:	La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados.	A: Basada en una categoría de evidencia I. Extremadamente recomendable.
Ib:	La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.	
IIa:	La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.	B: Basada en una categoría de evidencia II. Recomendación favorable.
IIb:	La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.	
III:	La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.	C: Basada en una categoría de evidencia III. Recomendación favorable pero no concluyente.
IV:	La evidencia proviene de opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.	D: Basada en una categoría de evidencia IV. Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son el conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, cuyo propósito es ayudar a médicos y a pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas.

En España existe GuíaSalud, un organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 CC. AA. para promover la elaboración y uso de GPC y otras herramientas y productos basados en la evidencia científica. Para ello cuenta con:

1. Un órgano de dirección y gestión constituido por: Consejo Ejecutivo, Consejo Consultivo y Comité Científico.

2. Una red de colaboración formada por profesionales, instituciones, sociedades científicas y asociaciones de pacientes.
3. Un núcleo central o Secretaría, constituido por 20 profesionales que realizan labores técnicas y de gestión.
4. Y está organizado en 5 programas:
  - a. Programa de elaboración de GPC.
  - b. Programa de elaboración de otros productos de MBE.
  - c. Programa de capacitación y difusión.
  - d. Programa de implementación del GPC.
  - e. Programa de investigación.

En lo que a Salud Mental se refiere existen 6 GPC:

- GPC de Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria.
- GPC de Manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria.
- GPC para la atención al paciente con esquizofrenia.
- GPC de los trastornos de la alimentación.
- GPC sobre el manejo de la Depresión mayor en el adulto.
- GPC para el Tratamiento hospitalario del síndrome de privación alcohólica.

Las GPC intentan disminuir la incertidumbre del clínico a la hora de la toma de decisiones y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud.

Sin embargo, las Guías de Práctica Clínica tienen algunos inconvenientes (65):

- Son costosas de elaborar por el gran esfuerzo de análisis de la práctica, sistematización de las decisiones que necesitan ser guiadas y síntesis de evidencias que requieren.
- A veces no dan la respuesta a las dudas principales que surgen en la práctica clínica diaria, especialmente cuando no hay suficientes evidencias como para responder a todas las situaciones en las que podría ser necesaria una GPC. Puede ser necesario realizar un proceso de adaptación local en guías producidas a nivel nacional.
- No todas las GPC están elaboradas con las mejores evidencias y a veces el clínico puede tener dificultades para elegir la mejor opción encontrada.
- Tampoco son reglas fijas de actuación, sino que las recomendaciones que propone la GPC, deberán integrarse en la práctica

con las preferencias tanto de los clínicos como de los pacientes y con las circunstancias de cada lugar de trabajo y esto requiere habilidades en la adaptación local y en la comunicación con los usuarios.

- La decisión final sobre cuál es el procedimiento clínico más apropiado puede resultar incierto a pesar de la GPC, porque tendrá que tener en cuenta la situación clínica concreta en la que ha surgido el problema, considerando el contexto en el que se plantea y las preferencias del paciente.

Los temas evaluados críticamente (*Critically Appraisal Topic CAT's*) son resúmenes breves de los estudios científicos más relevantes sobre una pregunta clínica específica que debe ser formulada claramente. Representa una táctica que ayuda a los profesionales a formular preguntas clínicas correctas, buscar la mejor prueba/evidencia estimando, organizando, resumiendo, integrando y llevándolas a la práctica. En España se llaman «Preguntas Clínicas».

La pregunta tiene que tener tres componentes: Tipo de paciente (al menos diagnóstico. Generalmente sexo y edad). La intervención que se pregunta y el resultado que se busca. Posteriormente se hace una estrategia de búsqueda y después se lee críticamente el o los artículos que se hayan seleccionado para llegar a una conclusión.

Pero no podemos olvidar que, como señala Desviat (66) «una colección de hechos no basta para constituir una ciencia. Y las verdades son siempre provisionales, inconclusas; la razón científica, al contrario que la razón ideológica, es siempre una razón abierta».

#### • *Gestión por procesos*

«Las organizaciones sanitarias son, de hecho, empresas generadoras de servicios que operan en entornos específicos y que generan servicios específicos... pero son empresas y, por tanto, pueden y deben ser gestionadas con los mismos principios y criterios de dirección.

Hoy existen ciertas grandes tendencias que las *empresas excelentes* de servicios han comenzado a implantar y de donde se pueden derivar lecciones útiles para las empresas de servicios de salud. Las más importantes de estas tendencias son:

- La aparición del *product plus/servicio expandido*.
- La primacía de la *organización por procesos*.
- La gestión por *momentos de la verdad* y del *círculo virtuoso*.
- El desarrollo de *empresa virtual/hueca*.
- El uso de las nuevas tecnologías de apoyo.

De esta forma comienza L. Ruiz el capítulo de «La gestión de operaciones de un servicio clínico» dedicado a los procesos asistenciales, en su libro *Claves para la gestión clínica*, ya citado.

Al definir una «organización por procesos», dice la autora, «la organización se concibe como un sistema articulado de actividades, funciones y resultados, que adquiere recursos del entorno externo a la organización (presupuestos, inversiones, pacientes, conocimientos, etc.) y los transforma en servicios o productos finales con un mayor valor añadido... Para articular estos grandes procesos de manera eficaz, las grandes cuestiones y opciones de la organización deben ser respondidas de manera interna y externamente coherentes entre sí y con los objetivos generales de la empresa. Estas grandes cuestiones pueden enumerarse sucintamente como: ¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿quién?».

En general, un proceso es un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente. Por tanto, la utilización de esta herramienta se sitúa en la dirección de la Calidad Total. De manera más concreta, refiriéndose a los Procesos Asistenciales, según la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales (67) se expone:

«La gestión por procesos se centra, pues, en una serie de elementos fundamentales, como son:

- enfoque centrado en el usuario
- implicación de los profesionales
- sustento en la mejor práctica clínica a través de Guías de Práctica y desarrollo de vías clínicas
- desarrollo de un sistema de información integrado.

La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de sustancial importancia, la continuidad de la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada».

Con esta concepción se pretende que el usuario sea el centro de la atención y los profesionales participen de la solución con la mejor evidencia científica existente, de manera que los servicios presten una atención de calidad, equitativa, homologada y continuada. Esta última característica es de gran importancia al ser uno de los puntos débiles de la mayoría de los servicios sanitarios públicos: garantizar la continuidad de la atención, entre niveles asistenciales, entre distintos servicios, diferentes especialidades y diferentes profesionales.

Un elemento a destacar de esta metodología, en consonancia con las nuevas prácticas de gestión, es que procura dar una respuesta a un problema sanitario atendiendo a una realidad concreta, geográfica, demográfica, cultural, con una organización sanitaria definida, y garantizando la mejor calidad. Para ello, la metodología de elaboración de los procesos parte del

conocimiento de las necesidades y las expectativas de los usuarios, sean pacientes o familiares. De manera que, sus parámetros de calidad no se refieren exclusivamente a aspectos técnicos o científicos, caso de las guías clínicas, sino que se tienen en cuenta otros aspectos relacionados con cuestiones como las demoras, la confortabilidad, la accesibilidad, la información, las cualidades de las relaciones usuarios-profesionales, etc. De la misma forma, se parte también del conocimiento previo de las necesidades y expectativas de los profesionales. En ellas no sólo están incluidas los aspectos más técnicos o científicos, hay otros puntos como las relaciones entre los profesionales, las relaciones entre los servicios o niveles sanitarios, etc. Teniendo en cuenta estas premisas se elabora el recorrido asistencial para dar respuesta al problema de salud de que se trate, mediante aquellas intervenciones que garanticen la mejor calidad según la evidencia científica. Se trata pues, con todas estas características de dar una respuesta integral e integrada a los problemas de salud de la población de un territorio. Por último, todo este desarrollo ha de ser evaluado, se requiere un sistema de información e indicadores que nos den cuenta tanto de la marcha del proceso como de sus resultados.

Abundando en estas particularidades, una vez que el Proceso Asistencial ha sido elaborado y aprobado, que en el caso de Andalucía es competencia que corresponde a la Consejería de Salud, se implanta en todo el territorio, pero de manera que se adapte a cada lugar y conjunto de servicios, así como atendiendo a las características de sus profesionales, siempre conservando sus aspectos centrales de definición, recorridos y características de calidad.

En la búsqueda realizada hemos encontrado algunos ejemplos del uso de esta metodología pero de manera parcial, sólo en hospitales (algunas experiencias en País Vasco y Cataluña), algunas en Atención Primaria (País Vasco, Madrid), en algunas especialidades como Salud Mental en Castilla la Mancha, pero hasta donde hemos podido averiguar no existe en nuestro entorno una experiencia que extienda esta metodología a tanta población, incluyendo a los dos niveles asistenciales sanitarios y cubriendo tantos problemas de salud como el desarrollo y la experiencia que existe en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En estos momentos, se han elaborado 61 Procesos Asistenciales Integrados. Según se proponía en el II Plan Andaluz de Salud, se comenzó la elaboración de los 20 primeros Procesos Asistenciales en 2001, tras una etapa de selección de aquellos que según determinados factores resultaban más prioritarios. A partir de esta fecha se han ido elaborando los restantes. Por lo que respecta a la Salud Mental, han sido tres los Procesos elaborados: PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (68), PAI Trastorno de la Conducta Alimentaria (69) y PAI Trastorno Mental Grave (70).

En el contexto de esta ponencia hemos de decir que los Procesos Asistenciales Integrados han sido de gran ayuda para la implantación

de la gestión clínica en nuestro ámbito. Han servido para fijar objetivos de los contratos programas con los servicios o los acuerdos de gestión con las Unidades de Gestión Clínica; de manera que, progresivamente, los procesos se han convertido en el centro de la tarea de los servicios sanitarios en nuestro contexto. Sin embargo, la implantación de los mismos no está exenta de dificultades y problemas dada la complejidad del propio proceso de implantación. Por esta razón, queremos terminar este punto con la exposición de algunas de las conclusiones expuestas en el «7.º Encuentro de Procesos Asistenciales Integrados», organizado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por Pérez Moreno (71):

- Buena herramienta para la disminución de la variabilidad clínica.
- Implementación mejorable. Evitar las diferencias de ritmos en la implementación entre A. Primaria y A. Especializada.
- Reforzar la cultura de gestión por Procesos Asistenciales Integrados en los profesionales y acotar el número de los procesos a implantar.
- Evitar la pérdida de la visión de una atención integral del paciente.
- La adaptación de la estructura organizativa de los centros sanitarios a esta realidad no ha sido suficiente.
- Han servido para mejorar la cultura organizativa: El acercamiento entre A. Primaria y Especializada, la ordenación de flujos asistenciales, garantizar los plazos y ampliar la cartera de servicios.
- La coordinación intra e interniveles es insuficiente y compleja, basada en exceso en la relación personal.
- La Gestión Clínica como pilar de los PAIs.
- Garantizar suficientemente la dotación de recursos, formación y la información necesaria para la implementación de esta estrategia.
- Mejora y desarrollo de los PAIs.
- Mejorar los sistemas de información incorporando indicadores de medida de los PAIs.
- Potenciar los acuerdos de gestión compartidos entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.
- Implicación más efectiva de los equipos directivos.
- Priorización de los procesos según la morbilidad detectada.

Estas conclusiones son el resultado de un trabajo de evaluación realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública entre profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz, tanto de niveles directivos, asistenciales y de apoyo de los servicios centrales a través de talleres y grupos focales.

A pesar de las dificultades comentadas, el camino de la profundización y el desarrollo de la gestión clínica en nuestro entorno pasa necesariamente por la insistencia en el trabajo por procesos asistenciales.



- *El trabajo en red*

Establecer redes es la forma más elemental y básica de articular el tejido social. Una red consigue multiplicar la capacidad de actuación de cada elemento, conectándose con los demás integrantes de su entorno. En definitiva, establecer una red va más allá de adaptarse al contexto, se trata con ellas de construir el contexto más favorable posible para desarrollar una actuación.

Trabajar en red hace alusión a una forma de intervenir, en la que todos los recursos con los que se cuenta para atender una necesidad deben funcionar compartiendo un objetivo general y toda la información (conocimiento) disponible al respecto. Para ello es imprescindible crear espacios de trabajo conjunto y definir de forma compartida los objetivos de intervención, teniendo siempre en cuenta como telón de fondo el contexto social y laboral en el que la red trabaja. En un sistema funcionando en redes las preguntas y las respuestas que hasta ahora eran útiles para la dirección y gestión de los servicios han quedado obsoletas. Las redes ofrecen nuevas formas de ejercer el poder y requieren estilos diferentes de dirección, pero ¿qué tipo de espacios de coordinación deben favorecerse en una red?, ¿cómo impulsar la red en el interior de las administraciones públicas? ¿Qué protocolos o guías deberían ponerse en marcha para lograr el objetivo? ¿Cuáles deben priorizarse? ¿Quiénes tendrían que participar? Parece evidente que las respuestas a estas preguntas ya no puede darse sin contar con la implicación de todos los elementos de la red, debidamente coordinados, y la consiguiente distribución de las responsabilidades para lograr el control del proceso. El funcionamiento de una red de trabajo (*network*) resulta, por tanto, muy complejo. Requiere un contacto fluido entre todos los integrantes, pero además deben quedar explícitos y ser compartidos los valores, objetivos, las estrategias y las tácticas a seguir. Asimismo, precisa una asignación clara de competencias y responsabilidades.

«Cada “nudo” de la red es “intermedio” entre muchos otros y, en definitiva, entre ninguno, ya que no hay dos extremos tan importantes que por si solos definan los dos polos de referencia de la atención... Nudos (es decir dispositivos o servicios o personas), “cuerdas” (es decir conexiones), pero también “huecos” por los que se pueden perder las personas a falta de continuidad de cuidados» (72). De esta metáfora manera definía López Álvarez una red asistencial dentro del modelo comunitario, y señalaba ya de esa manera su principal fortaleza: la amplificación y potenciación de su capacidad de trabajo, mediante el establecimiento de conexiones, por las cuales puede circular la información y ejercerse el control de la calidad necesario en el proceso, sea éste de la índole que sea, aumentando la eficacia y la eficiencia. Pero en esta definición está igualmente implícita su mayor debilidad: la laxitud o la insuficiente capa-

cidad de contención que puede producirse precisamente en este reparto de responsabilidades y tareas: pueden difuminarse las responsabilidades, desatender algunas tareas menos priorizadas, disminuir la producción y generarse conflictos personales y de intereses corporativos que precisen ser gestionados.

Las redes utilizan formas de coordinación mucho más «informales» como la negociación, los acuerdos y el consenso en la toma de decisiones. De lo que estamos hablando es de generar «espacios concretos creados por personas concretas para resolver problemas concretos», donde la confianza en la competencia y la implicación del otro es clave para lograr el objetivo. Cada uno de ellos se constituye en un nodo de producción, convenientemente interconectado con otros. Para aminorar estos riesgos es imprescindible generar un lenguaje común, una nueva cultura dentro de la organización solo posible mediante la difusión y gestión del conocimiento que sustenta este instrumento, que nos parece imprescindible para conseguir continuidad asistencial, entre otros valores añadidos tales como la optimización del capital humano, material y del conocimiento. Trabajar en red implica integrar conocimientos teóricos, técnicos y grupos de profesionales específicos que actúan en el logro de diferentes objetivos en estrecha conexión con el desarrollo general de la sociedad y las distintas dinámicas macro y microsociales.

Todas estas peculiaridades del trabajo en red chocan frontalmente con el modelo tradicional de las organizaciones sanitarias existentes en nuestro país y su entorno, fundamentalmente por sus modelos jerárquicos. Como señala Joseph S. Nye (73): «Hay redes de muchas formas y tamaños. Unas crean vínculos fuertes mientras que otras producen lazos débiles o blandos... Las redes basadas en vínculos fuertes crean el poder de la lealtad (corporativismo) pero pueden convertirse en círculos que redistribuyan conocimientos tradicionales. Pueden sucumbir al «pensamiento de grupo». Las (redes) basadas en vínculos débiles, como las que encontramos en la red Internet, son más eficaces que la de vínculos fuertes para aportar la información necesaria a fin de conectar grupos diversos de forma cooperativa... Los estilos tradicionales de dirección se han vuelto menos eficaces, obstaculizan las corrientes de información dentro de las organizaciones y entorpecen el carácter colaborador y fluido que hoy tiene el trabajo bien hecho».

- *El trabajo en red en la salud mental*

- De la beneficencia al estado de bienestar

Es imprescindible mencionar la reforma psiquiátrica acontecida en los últimos treinta años en España y en el conjunto del entorno europeo.

Los hitos fundamentales de esta transformación se resumen en el cambio de un modelo asistencial asilar, hospitalocéntrico y centrado en la figura del psiquiatra, paradigma del conocimiento científico, que se aplica exclusivamente sobre el «paciente», a un modelo comunitario, interdisciplinario, donde las expectativas del ciudadano modulan las intervenciones profesionales, realizando cada día nuevas demandas asistenciales y exigiendo seguridad y evidencia en las intervenciones. En definitiva, de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en el ciudadano enfermo, que exige, además, la sostenibilidad del sistema, legalmente basado en nuestro país, en prestaciones universales. En la nueva terminología asistencial, los recursos sanitarios deben ser, no solamente eficaces, sino también eficientes y seguros. Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1973 origen del cambio, hasta las recientes leyes de autonomía del paciente, protección de datos y dependencias el conjunto legislativo español que sustenta el sistema sanitario pone el énfasis en el usuario y sus derechos y obliga a la eficiencia y la calidad (74).

Este proceso de cambio ha supuesto la transformación del modelo de institución total que representaban los hospitales psiquiátricos cuya característica fundamental era la exclusión social de las personas allí asiladas, unas veces aquejadas de enfermedad mental y otras por variadas y variopintas razones. Bajo el aparente proteccionismo que supone la institución manicomial el paciente asilado pierde toda su independencia y autonomía personal mucho más allá de las limitaciones impuestas por la enfermedad. En estas circunstancias, a la persona afectada por una enfermedad mental no le resta más que la posibilidad de asumir el rol pasivo de enfermo, excluido de la comunidad y de sus derechos como ciudadano.

El modelo comunitario, con mayor o menor implantación en el conjunto del estado español, ha contribuido a transformar las condiciones asistenciales del paciente, integrándolo socialmente, favoreciendo su autonomía e independencia y asignándole un estatus de ciudadano. Los riesgos y dificultades que han supuesto el cambio hacia un modelo comunitario han sido suficientemente analizados y exceden este capítulo, pero conviene tener en cuenta, si hablamos desde la perspectiva del trabajo en red, los riesgos de marginación y anomia social que amenazan a un paciente descontextualizado y no suficientemente integrado y la deambulación por los intersticios del sistema, si no transformamos éste en una red suficientemente tupida, capaz para realizar una atención integral del enfermo mental que incluya su peripecia vital y a su familia.

- De la institución total a la interinstitucionalidad:  
De lo multiprofesional a lo interprofesional

Desde esta perspectiva, la red asistencial capaz para sustentar el tratamiento integral debe ser capaz de trascender los modelos asistenciales

basados exclusivamente en el tratamiento de los aspectos psicopatológicos y sintomáticos del paciente, para dar paso a formas de intervención relacionales, donde el paciente se sitúa como un interlocutor activo en busca de un tratamiento que ofrezca respuestas a todas las necesidades derivadas de su patografía. Este enfoque relacional de la enfermedad mental ha supuesto, probablemente, el agente más activo para el cambio del modelo institucional al modelo comunitario, porque ha motivado la incorporación de nuevas profesiones, imprescindibles para realizar tratamientos bio-psico-sociales.

Del psiquiatra sabio y, necesariamente, omnipotente, ayudado por cuidadores, que propugnaba la institución total, se ha ido evolucionando hacia modelos de tratamientos relacionales, avalados por la evidencia y el desarrollo del conocimiento sobre la enfermedad mental. Este es en nuestra opinión el núcleo duro del modelo comunitario: los equipos clínicos se han transformado en equipos multiprofesionales, lo que ha modificado sustancialmente las formas de relación, jerarquización, comunicación, establecimiento de objetivos, etc. Los equipos multiprofesionales son, de igual forma, la base de la transformación de los Servicios de Psiquiatría en Servicios de Salud Mental y este proceso lleva intrínseco el germen del trabajo en red.

Los servicios de salud mental deben asegurar la parte sanitaria del tratamiento de los trastornos mentales, estos no son «el tratamiento» en sí, ni son recursos suficientes para abordarlos. Es necesario incorporar a los tratamientos integrales las aportaciones de los servicios de Atención Primaria, los servicios sociales específicos y generales, educacionales, la formación profesional y los organismos encargados de promocionar las formas de empleo ordinario y protegido entre los enfermos mentales. De la misma manera que consideramos que los servicios sanitarios no son el tratamiento de la enfermedad mental, los servicios sociales no son el complemento del tratamiento sanitario sino que juntos, probablemente con algún elemento más, deben constituir una red interinstitucional e interprofesional que proteja, trate e integre al enfermo mental con todos los derechos y garantías que exige un ciudadano.

Como señala acertadamente La Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006): «Para mantener la continuidad asistencial en un panorama tan variado ha sido necesario poner en práctica estrategias de coordinación que faciliten mantener la continuidad longitudinalmente –a lo largo de todo el proceso asistencial– y transversalmente –entre los dispositivos e instituciones implicadas en un momento determinado–... Coordinar significa combinar, armonizar o unir con lógica varias cosas (instituciones, sectores, agencias, recursos, agentes y/o actuaciones) de modo que cooperen en un mismo objetivo. El principal objetivo de la coordinación, sea intrasectorial e intersectorial es mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y

mensajes y lograr que el sistema funcione de forma eficiente» (16). Probablemente la mejor forma de lograr este engranaje sea trabajar en red.

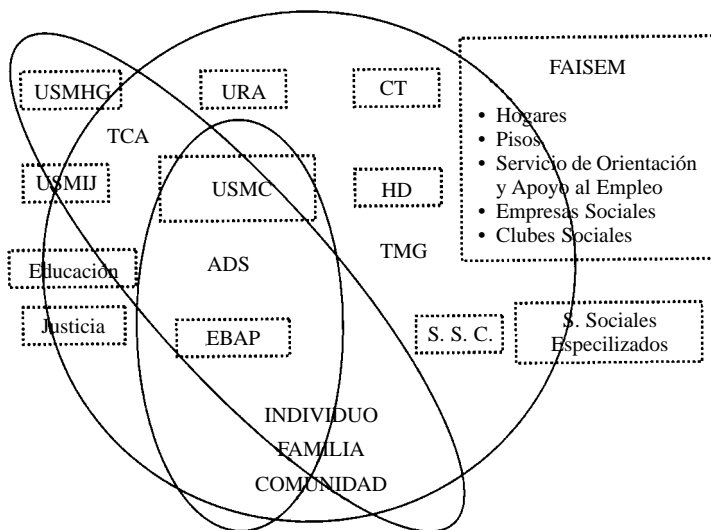
- *De la derivación a la cooperación*

Si se pretende consolidar el concepto de red y facilitar a través de ella la atención individual y el anclaje colectivo de una persona con dificultades sanitarias y sociales, es imprescindible cambiar las formas de comunicación entre los diferentes nodos.

Hasta ahora, el modelo comunitario ha funcionado ligado a un sistema de «dispositivos» situados en diferentes «niveles» asistenciales (Atención primaria –atención especializada en salud mental–, unidades de rehabilitación –recursos sociosanitarios–, etc.). El ya clásico esquema que representa la red de servicios de salud mental en Andalucía, y que, con escasas modificaciones, es muy similar al de otras comunidades españolas no ha conseguido superar los problemas de coordinación. A pesar de que se representa configurado como una red, con el Equipo de Atención Comunitaria (USMC) situada en el centro, donde se distribuyen tareas al conjunto, no se han superado los mayores problemas que acontecen en el modelo comunitario: se mantiene el predominio hospitalocéntrico, existe un gran hiato entre la atención primaria y la especializada y las relaciones con los recursos sociosanitarios son muy fragmentarias, cuando no inexistentes. Esta arquitectura de recursos resulta en muchas ocasiones obsoleta para las nuevas prestaciones que la demanda exige, y obstaculiza, más que facilita, la tarea. La comunicación interdisciplinar en cada uno de los recursos, frecuentemente no converge nunca, y los pacientes son abordados por cada profesional sin integrar los problemas. Siguiendo la metáfora anterior, aunque los nudos de la red están contruidos, las cuerdas que los ligan están trazadas «en paralelo» o son muy escasas para sostener al paciente y transmitir de forma fluida la comunicación necesaria. En definitiva, los cambios que acontecen cada vez más deprisa en las demandas de los ciudadanos, el conocimiento científico y las formas de gestión de ambos elementos (demanda y conocimiento) están propiciando la «difuminación» de lo comunitario, sustituido por modelos en red más adecuados a la «liquidez», a la que en capítulos anteriores se refieren S. Minúe y J. F. Gutiérrez.

El modelo de trabajo en red precisa de formas de comunicación basadas en la cooperación entre las personas necesarias para poner en marcha procesos o intervenciones asistenciales, para las cuales quedan obsoletas formas de trabajo en paralelo, basadas en la derivación de problemas, de un nivel a otro o de una disciplina a otra, sin centrarse en el paciente. La arquitectura actual de una red asistencial, capaz de dar atención a los problemas de Salud mental, se parece más a este nuevo esquema (Figura 2) que debe ampliarse con otros muchos según cada fase de un proceso asistencial.

Figura 2. Trabajo en red en Procesos Asistenciales: ADS, TCA y TMG



Las diferencias entre un modelo de coordinación basado en la derivación de pacientes y problemas, y un modelo de cooperación entre personas pertenecientes a distintos niveles, dispositivos e instituciones, quedan claramente recogidas en el siguiente cuadro:

Derivación	Cooperación
Información + relación Interprofesional	Información + relación Interprofesional + relación interpersonal
Predominio de relación jerárquica	Predominio de relación participativa
Centrado en los profesionales	Centrado en los usuarios
Predominio de acción unidisciplinar sobre lo multidisciplinar	Predominio de acción interdisciplinar (profesional + red informal)
Atención contingente	Atención priorizada
Desconoce los recursos	Ajusta la oferta y la demanda
Disgrega problemas	Integra problemas
Se limita a tramitar, facilita la pasividad	Acompaña, apoya, facilita adherencia
No tiene en cuenta los límites	Tiene en cuenta las limitaciones. Cuenta con un nivel de frustración óptima

La tabla anterior recoge las principales características de ambas formas de trabajo. Los modelos de comunicación basados en la cooperación allanan, sin duda, las jerarquías, que quedan inmersas en redes fluidas de contactos y en muchas ocasiones acarrear problemas de responsabilidad. Necesitan nuevas formas de gestión de recursos y de conflicto; implica nuevos pactos y compromisos entre los diferentes profesionales en cada tarea, que aseguren la complementariedad y la corresponsabilidad, pero parece la mejor y, tal vez, la única forma posible de transmitir el conocimiento y realizar el trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Weber, M., *Qué es la burocracia*, Buenos Aires, Leviatán, 1985.
- (2) Lewin, K., *Dinámica de la personalidad*, Madrid, 1969.
- (3) [jeasacademia.wordpress.com/category/teoria-de-la-organizacion/](http://jeasacademia.wordpress.com/category/teoria-de-la-organizacion/)
- (4) Maslow, A., *Motivación y personalidad*, Buenos Aires, Sagitario, 1955.
- (5) Bertalanffy, L. von; Ross Ashby, W.; Weinberg, G. M., *Tendencias en la Teoría General de Sistemas*, Madrid, Alianza, 1978.
- (6) Lawrence, P. R.; Lorch, J. W., *Organización y ambiente*, Barcelona, Labor, 1976.
- (7) Tafani, R.; Roggeri, M., *Organizaciones sanitarias: de la gerencia mercantil al gobierno clínico*, 2007.
- (8) Starey, N., «What is Clinical Governance?», *Hayward Medical Communications*, 2003, 1 (12): 1-8.
- (9) Malcolm, L.; Mays, N., «New Zealand Independent Practitioner Associations: A Working Model of Clinical Governance in Primary Care», *BMJ*, 1999, 319: 1.340-2.
- (10) [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov). Agency for Healthcare Research and Quality, USA.
- (11) Pérez Lázaro, J. J.; García Alegría, J.; Tejedor Fernández, N., «Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación», *Rv. Calidad Asistencial*, 2002, 17 (5): 305-311.
- (12) Johnson, S.; Kuhlmann, R.; Grupo EPCAT, *The European Service Mapping Schedule*. (Diagrama de Servicios de Salud Mental). Trad. cast. de L. Salvador, C. Romero, F. Torres y C. Rosales.
- (13) [www.faisem.es](http://www.faisem.es)
- (14) Castilla del Pino, C., *Introducción a la Psiquiatría. 1. Problemas generales de psico(pato)logía*, Madrid, 1980.
- (15) Ruiz Iglesias, L., *Claves para la Gestión Clínica*, Madrid, Mc Graw Hill, Interamericana, 2004.
- (16) Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estrategias en salud Mental del SNS*, Madrid, 2007.
- (17) Thornicroft, G.; Szmukler, G. (eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- (18) García, J.; Espino, A.; Lara, L., *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998.
- (19) Ortún, V., *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*, Barcelona, Masson, 2003.
- (20) López, M., «Atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social a personas con trastorno mental severo», en Verdugo, M. A., y otros, *Rehabilitación y salud mental. Situación y perspectivas*, Salamanca, Amaru, 2002.
- (21) Sarraceno, B., *La fine dell'Intrattenimento*, Milán, Etas Libri, 1995.

- (22) Corrigan, P. W.; Penn, D., «Disease and Discrimination: Two Paradigms that Describe Severe Mental Illness», *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 4: 355-366.
- (23) *Ley de Enjuiciamiento civil*.
- (24) [www.evidence-based-medicine.co.uk/What\\_is\\_series.html](http://www.evidence-based-medicine.co.uk/What_is_series.html)
- (25) Muir Gray, J. A., *Evidence-based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions*, Londres, Churchill Livingstone, 1997.
- (26) Leff, J., «The Outcome for Long-stay non Demented Patients», en *Care in the Community: Illusion or Reality?*, Londres, Wiley, 1997.
- (27) Wing, J. K.; Brown, G. B., *Institutionalism and Schizophrenia*, Londres, Cambridge University Press, 1970.
- (28) Mueser, K. T.; Bond, G. R.; Drake, R. E., «El tratamiento comunitario de la esquizofrenia y otros trastornos mentales severos: resultados», 2002.
- (29) Tizón, J. L., «Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos», *Revisiones en Salud Pública*, 1995, 4: 57-83.
- (30) Gispert, R.; Tresserra, R., *De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo*.
- (31) Simón, P., «La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética», *Rev. Calidad Asistencial*, 2002, 17 (4): 247-59.
- (32) Lozano, J. M., *Ética y empresa*, Madrid, Trotta, 1999.
- (33) Freeman, R. E.; Reed, D., «Stockholders and Stakeholders. A New Perspective on Corporate Governance», *California Management Review*, 25/3, 1983: 88-106.
- (34) Reason, J., «Human Error: Models and Management», *Br. Med. J.*, 2000, 320: 768-70.
- (35) Pablo, Simón, «Ética y seguridad del paciente», *Monografías Humanitas*, 8: 145-160. disponible en [www.fundacionmhm.org/edicion.html](http://www.fundacionmhm.org/edicion.html)
- (36) *Con la seguridad en mente: Servicio de Salud Mental y Seguridad del Paciente*. 2.º informe del observatorio de la seguridad del paciente Julio 2006. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA).
- (37) Domínguez Guerrero F., y otros, *Diseño e implantación de un Plan de Seguridad para los pacientes de la Unidad de Gestión Clínica del Área de Salud Mental de Jerez*. Documento interno; en prensa.
- (38) Spencer, H., «El origen de las profesiones», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1992, 59.
- (39) Miguel, J. M. de, «Para un análisis sociológico de la profesión médica», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1982, 20.
- (40) Vukusich C., y otros, «Causas de la crisis de la profesión médica en Chile», *Rev. méd. Chile*, nov. 2004, 132, 11: 1.425-1.430.
- (41) Horwitz C., Nina, «El cambio de la práctica médica: Desafíos psicosociales para la profesión», *Rev. méd. Chile*, junio 2004, 132, 6: 768-772.
- (42) Kaufmann, A. E.; Guiler, E., «Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario (el médico y la enfermera)», *Papers. Revista de Sociología*, 1979, 12.
- (43) Ferrer, C., «La enfermera en su rol de garante del usuario: salvaguarda para el ejercicio de la autonomía», *Bioética. Ciencias de la Salud: Enfermería*, Universidad Autónoma de Madrid, enero, 2003.
- (44) Gonzalo Duarte, Cl., «Ordenando los cuidados: enfermera de enlace», Simposium internacional de Enfermería Comunitaria, Valencia, noviembre, 2006. [www.enfermeriacomunitaria.org/congreso](http://www.enfermeriacomunitaria.org/congreso).
- (45) García-Carpintero Blas, E., «Reflexión del papel de la Enfermería a los largo de la historia», *Revista Enfermería Global*, 11, noviembre, 2007. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)



(46) Anna Ramió, J., *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. TD. Dep. de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona, mayo, 2005.

(47) «Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias», *BOE*, 280 de 22-XI-2003.

(48) Castel, *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*, Anagrama, Barcelona, 1984.

(49) M. Coe, *Sociología de la Medicina*, Alianza, 1973.

(50) Bauleo, A., *Notas de Psicología y Psiquiatría Social*, Atuel, Buenos Aires, 1988.

(51) Mingote Adán, J. C.; Pérez Corral, F., *El estrés del médico*, Madrid, Díaz de Santos, 1999.

(52) González Correales, R.; Gándara Martín de la, J. J., *El médico con burnout*, Madrid, International Marketing and Communications, 2004.

(53) Guimón, J., *Psiquiatras: de brujos a burocratas*, Barcelona, Salvat, 1990.

(54) Codina, A., «Fuentes de poder en las organizaciones». Degerencia.com. [www.degerencia.com/articulo/fuentes\\_de\\_poder\\_en\\_las\\_organizaciones](http://www.degerencia.com/articulo/fuentes_de_poder_en_las_organizaciones). [www.degerencia.com/acodina](http://www.degerencia.com/acodina).

(55) Enebral Fernández, J., «Empowerment: el poder en las empresas». Degerencia.com. [www.degerencia.com/articulo/empowerment\\_el\\_poder\\_en\\_las\\_empresas](http://www.degerencia.com/articulo/empowerment_el_poder_en_las_empresas). [www.degerencia.com/jenebral](http://www.degerencia.com/jenebral).

(56) Antúnez, V. G., «Accountability rendición de cuentas», Centro de Competencia en Comunicación para América Latina, [www.c3fes.net](http://www.c3fes.net). Montevideo, 2005.

(57) Aneas Álvarez, A., «Competencias Profesionales. Análisis Conceptual y aplicación profesional», Conferencia para el Seminari Permanent d'Orientació Professional. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Universidad de Barcelona, 2003.

(58) Echeverría, B., Sarasola, L., *Cualificaciones-competencias: la contribución de los proyectos Leonardo da Vinci y Adapt.*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

(59) Pérez Escoda, N., *Formación Ocupacional*. Proyecto docente e investigador. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en la Educación, Barcelona, Universidad de Barcelona, 2001.

(60) *Ley 16/2003, del 28 de mayo*, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

(61) *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Programas de Acreditación de Competencias Profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, Sevilla, Consejería de Salud, 2004.

(62) UEMS Section and Board of Psychiatry. COMPETENCE BASED TRAINING CONSULTATION DOCUMENT.

(63) García González, J., «La formación para la cooperación interdisciplinar y la actuación trasversal en la formación de los profesionales de la Salud mental en España», Ponencia de la AEN, 2003.

(64) Sentís Hortes, E; Ramos Montes, J., «¿Qué es la gestión clínica y para qué sirve en el trabajo en salud mental?», *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003: 427-443.

(65) Davis, D. A.; Taylor-Vaisey, A., «Translating Guidelines into Practice. A Systematic Review of Theoretic Concepts, Practical Experience and Research Evidence in the Adoption of Clinical Practice Guidelines», *CMAJ*, 1997, 157: 408-16

(66) Desviat, M., «La psiquiatría: ¿Ciencia en crisis?», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [periódico en Internet]. 2004 Jun [citado 2009 Feb 23]; (90): 3-6. Disponible en: [www.scielo.es/periodicos/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.es/periodicos/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200001&lng=es&nrm=iso).

- (67) *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2001.
- (68) *Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2002.
- (69) *Trastornos de la conducta alimentaria: proceso asistencial integrado*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, 2004.
- (70) *Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado*, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla 2006.
- (71) Pérez Moreno, C., «Implantación de los PAIs. Dificultades existentes y propuestas: panel de expertos», Escuela Andaluza de Salud Pública, 7.º Encuentro de Procesos Asistenciales Integrados, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. [www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/procesos.asp?am=1](http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/procesos.asp?am=1)
- (72) Lopez Álvarez, M., «Algunas reflexiones sobre el llamado 'espacio sociosanitario' en Salud Mental en Andalucía». Ponencia «El espacio sociosanitario y las redes de apoyo social». *VII congreso de la A.A.N.*, Sevilla, 2004.
- (73) Nye, S., «Dirigentes conectados en redes», *El País*, 15-III-2009.
- (74) Gay Pamos, E; del Río Noriega, F., *Manual de Psiquiatría*, Madrid, EN, 2009, Capítulo 62.



# LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS

*Francisco Chicharro Lezcano, José J. Uriarte Uriarte*

## A. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS PÚBLICOS

«En un mundo ideal, el trabajo de gestión incluiría el establecimiento de objetivos y la adquisición de los recursos necesarios para cumplir con los mismos. Pero no vivimos en un mundo ideal, principalmente porque está lleno de gente como nosotros...». Y puesto que en este mundo el gestor carece de autoridad para establecer objetivos y adquirir recursos, sólo le quedan dos opciones lógicas: No hacer nada (y que le despidan a uno por no hacer nada, en el caso de los servicios públicos un riesgo asumible), o hacer muchas cosas irracionales y poco productivas (y recibir felicitaciones por ser un gestor con iniciativa y empuje). Para colmo, se espera que dedique hasta 40 horas a la semana a asuntos relacionados con la gestión, independientemente de si se necesita tanta gestión. Evidentemente, a menos que las cosas estén muy mal, la mayor parte de las cosas que hace el gestor pueden describirse como de 'relleno'».

Manual de Gestión Empresarial de Dogbert (1)

Muy probablemente resulta sano y apropiado acercarse al tema de la gestión en ámbitos sanitarios (especialmente en ámbitos sanitarios públicos, y más aún en el de la asistencia a la salud mental), desde una postura de cierto escepticismo. Palabras como liderazgo, misión, visión, valores, clientes, resultados, satisfacción, rechinan en los oídos de quienes estamos acostumbrados a los pacientes, la clínica, y hemos vivido ajenos a aspectos como costes, organización asistencial, etc. La confianza en que un nuevo paradigma «gerencial» vaya a solucionar los complejos problemas que afrontamos en la práctica cotidiana es más bien escasa, y la nueva jerga de la gestión es saludada con indiferencia o desconfianza por parte de los que trabajamos a «pie de cama», que en general identificamos la gestión como meros artificios para reducir costes, obtener mayores rendimientos sin incrementar los recursos, o aumentar el control sobre los profesionales sin mejorar sus condiciones de trabajo. Pero no podemos vivir ajenos al mundo que nos rodea, y los nuevos modelos de gestión han llegado para quedarse, al menos por una buena temporada, toda vez que las organizaciones sanitarias los han incorporado a sus planes estratégicos, y por tanto, al contexto general en que trabajamos y vamos a trabajar en un

futuro. Así que quizás lo mejor sea acostumbrarse e intentar comprender y utilizar aquellas herramientas que pueden ofrecernos oportunidades para afrontar algunos de nuestros problemas.

## 1. *Financiación y provisión de servicios sanitarios*

### Sistemas Sanitarios: Marco Político y Económico

En los últimos 40-50 años, los modelos de atención sanitaria y las consecuentes reformas, especialmente en el entorno europeo, han ido de la mano de los cambios políticos y sociales, incluyendo el desarrollo del Estado de Bienestar, con las consecuentes políticas públicas de protección social y consolidación de la cobertura universal de las prestaciones sanitarias y el crecimiento asociado del gasto sanitario.

La crisis económica en los años setenta y el crecimiento de la demanda de nuevos recursos y servicios sanitarios comienza a tener un fuerte impacto en el gasto público, y a desvelar importantes fuentes de ineficiencia que se traducen en una progresiva insatisfacción de usuarios y profesionales. La necesidad de incrementar la eficiencia del sector público y de controlar el gasto se convierte en una prioridad, y en el principal motor para profundas reformas sanitarias como las llevadas a cabo por el sistema sanitario británico en los años ochenta y noventa.

El acceso universal a la atención médica y sanitaria es, sin duda, una de las conquistas sociales más relevantes y consecuentemente un elemento fundamental de las políticas públicas. Dichas políticas deben arreglárseles para obtener un equilibrio entre criterios de cobertura, mecanismos de financiación, un modelo de provisión de servicios y unos mecanismos eficaces de regulación. Y deben hacerlo de acuerdo con valores esenciales en las sociedades democráticas no exentos de tensiones: equidad, autonomía personal y eficacia. De acuerdo con estos requisitos, los sistemas existentes responden básicamente a estos modelos (2):

- Modelo de Seguridad Social (modelo Bismarck). Basado en el seguro obligatorio, es el sistema imperante en países como Alemania, Holanda, Francia, Austria, Bélgica y España hasta la Ley General de Sanidad de 1986.
- Modelo de Sistema Nacional de Salud: sistema universal de provisión financiado por el Estado a través de sus presupuestos generales, es el sistema de países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Italia, Portugal y la propia España.
- Modelo de Mercado, desarrollado especialmente en EE. UU.

En todo caso diversos modelos coexisten a menudo en un mismo entorno; en EE. UU. existen dos programas de cobertura sanitaria pública

muy importantes, Medicaid y Medicare, y en España funciona una extensa red de seguros sanitarios privados. Y más allá de las diferencias en cuanto a financiación, modelos de provisión y cobertura, todos los sistemas sanitarios se enfrentan a problemas similares: satisfacer las demandas y expectativas de los ciudadanos en un entorno de cambios en las necesidades asistenciales derivadas del envejecimiento de la población y del crecimiento en la prevalencia de enfermedades crónicas. El crecimiento continuado del gasto sanitario y las carencias de los procesos de financiación, pago y regulación de la sanidad se combinan con una práctica ineficiente. En estas circunstancias los países afrontan reformas en la organización de sus servicios sanitarios con el objetivo de mejorar la eficacia y la eficiencia, y de asegurar la equidad en el acceso universal a dichos servicios, al menos a los básicos.

Desde hace ya varias décadas, los responsables de los servicios sanitarios en los países desarrollados vienen mostrando una fundada preocupación en relación con el futuro de la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios, como consecuencia del continuo incremento de los costes económicos que el funcionamiento de los servicios ha evidenciado año tras año.

Es especialmente a finales de la década de los ochenta y a lo largo de toda la década de los noventa cuando han sido más frecuentes las propuestas de reforma de los sistemas de salud en Europa, reformas orientadas fundamentalmente a conseguir ahorros en la gestión de los presupuestos sanitarios, una mayor eficiencia en la gestión y una mayor satisfacción de profesionales y usuarios de los servicios de salud. La evolución de estas reformas en los últimos años y su relativo fracaso en relación con esos objetivos, ha tenido como consecuencia el desarrollo de la gestión clínica como elemento que permita definitivamente la consecución de los objetivos de eficiencia y ahorro en el interior de los servicios de salud.

Una característica muy evidente de los modelos de gestión para los profesionales sanitarios ha sido la excesiva preocupación de las autoridades sanitarias por la contención de los costes económicos del sistema, preocupación que ha condicionado en exceso las reformas sanitarias de nuestro país en los años noventa; esto es así hasta el punto de haber generado importantes resistencias y falta de adhesión a los cambios entre los profesionales, ya fueran relacionadas con las propuestas de cambio del Informe de la Comisión de Evaluación y Análisis del Sistema Nacional de Salud que en 1990 presidiera Fernando Abril Martorell, ya sean a las más recientes medidas tales como las sugeridas por el Parlamento español en 1997 o las que posibilitaron legalmente la creación de las Fundaciones Públicas Sanitarias como figura jurídica en la que se transformarían los hospitales públicos dependientes del INSALUD y que finalmente fueron abandonadas «de facto» como camino a seguir por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Actualmente se propugna el desarrollo de la gestión clínica como estrategia adecuada para mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos y como mecanismo de ahorro en los costes sanitarios (3); propuestas que aparecen impregnadas de nuevo de una excesiva preocupación por los costes, al menos aparentemente. Y esta excesiva preocupación por los costes si no se logra reorientar hacia una preocupación real por la calidad y por la aplicación en la práctica de la medicina basada en la evidencia para mejorar la efectividad de la práctica clínica, puede suponer el seguir alentando el escepticismo de los profesionales sanitarios. Ni siquiera la aplicación correcta de las estrategias de gestión clínica en los servicios de salud garantiza de por sí la generación de ahorros en la gestión de los presupuestos sanitarios. Ni garantiza los ahorros, ni debe ser esa su principal finalidad por muy importante que sea el objetivo de conseguir una mejor gestión y un ahorro en los recursos que en un momento determinado sean innecesaria e ineficientemente utilizados en los servicios de salud.

Las posibles fuentes de financiación de los servicios sanitarios son limitadas; cargar el gasto directamente a cada usuario, los sistemas de aseguramiento privados o públicos, la financiación vía impuestos e incluso los fondos procedentes de donaciones. El problema es cómo utilizar estos recursos para financiar un sistema de salud sostenible y crear los incentivos adecuados para los pacientes, los financiadores y los proveedores de servicios.

La Economía Sanitaria es una rama de la economía que aborda los asuntos relacionados con la distribución de los recursos sanitarios. De una manera amplia, los economistas sanitarios estudian el funcionamiento de los sistemas sanitarios, y de las repercusiones sobre los mismos y su sostenibilidad, de las conductas que afectan a la salud, y de sus causas, privadas y públicas. El nacimiento de la Economía Sanitaria se atribuye a Kenneth Arrow, quien en un artículo publicado en 1963 distinguía conceptualmente entre la salud y otros objetivos. Algunos factores que permiten distinguir la Economía Sanitaria de otras áreas son una intervención gubernamental extensa, una importante incertidumbre, una información asimétrica, y una repercusión muy importante en otros ámbitos económicos y sociales.

Los gobiernos tienden a regular fuertemente la asistencia sanitaria, y tienden asimismo a ser los financiadores más importantes del mercado de la salud. La incertidumbre es algo intrínseco al ámbito de la salud, tanto en lo que concierne a los resultados sobre los pacientes como a las cuestiones financieras. La brecha que el conocimiento médico establece entre los profesionales sanitarios y sus pacientes establece una situación de información asimétrica. Y las repercusiones de las actuaciones sanitarias se extienden a menudo a toda la población, más allá de los que toman las decisiones y la población objeto de las actuaciones.

El ámbito de la Economía Sanitaria comprende aspectos como: a) Cuáles son los factores que condicionan la salud; b) Qué es la salud y cuál es su valor; c) La demanda de cuidados sanitarios; d) La provisión de cuidados sanitarios; e) La evaluación microeconómica, en el nivel del tratamiento; f) El equilibrio del Mercado; g) La Evaluación del sistema a nivel global; h) Los mecanismos de planificación, financiación y evaluación.

## Profesionales y Gestores

En los últimos años, la atención sanitaria ha experimentado una profunda transformación. Por un lado, los avances en los conocimientos y en la tecnología diagnóstica y terapéutica han sido muy relevantes en algunas áreas de la atención a la salud. Por otro, los costes asistenciales, los cambios en la demanda de la población y en la propia relación de los usuarios de la sanidad con la misma han derivado en el desarrollo de diversos sistemas de provisión, financiación y cobertura sanitaria para la población. Y de alguna manera, esta situación ha ido promoviendo una mayor conciencia de los médicos en particular, y del personal sanitario en general de que su práctica diaria depende estrechamente de los sistemas y organizaciones sanitarias en las que se ejerce. Y viceversa; la razón de ser de las organizaciones sanitarias es, en última instancia, promover decisiones clínicas que redunden en beneficios para la salud de los ciudadanos. Y esta interdependencia genera un marco de relación complejo en el que pueden darse conflictos entre la autonomía en las decisiones individuales de los profesionales, y los intereses generales de la organización, el uso de sus recursos y los criterios de eficiencia. Cuando las actuaciones sanitarias «descienden» al terreno cotidiano e individual, el de la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes que éstos atienden, los criterios e intereses más generales se diluyen a menudo en la peculiar relación que se establece entre el personal sanitario y cada paciente, y en la que la percepción de las actuaciones que aportan salud, que reducen sufrimiento o que simplemente aportan esperanza se distorsiona, y la conciencia del uso de los recursos y su dimensión económica se difumina.

Los profesionales sanitarios, y quizás más especialmente los médicos, hemos sido formados en una cultura profesional que alienta el trabajo autónomo e independiente, que sólo responde y debe explicaciones a sus colegas. Los gestores, sin embargo, dependen totalmente del trabajo y de la colaboración de los demás, de conseguir hacer funcionar equipos según sus directrices, y de responder de sus decisiones ante la propia organización. Esta diferencia en la cultura profesional se traduce en una tradicional resistencia a la gestión, y a ser gestionados por parte de los profesionales sanitarios, una minusvaloración de su utilidad y justificación y en ocasiones una abierta hostilidad. Las actividades de los gestores se con-



templan como una sobrecarga de trabajo y una innecesaria fiscalización que carece de valor añadido y entorpece la verdadera labor de los profesionales: atender a sus pacientes. Y los propios gestores son vistos a menudo como meros instrumentos políticos, al servicio de criterios y mandatos puramente economicistas, e ignorantes de las realidades clínicas. Por otro lado, la formación de los profesionales sanitarios no incluye nada que tenga que ver con la gestión y organización sanitaria o con el impacto económico de las decisiones clínicas. La consecuencia es que los profesionales sanitarios, y muy especialmente los médicos, tienden a orientar su actividad a atender las necesidades de los pacientes sin tener en cuenta sus costes.

La percepción que tienen los gestores sobre el personal sanitario a menudo no es mucho mejor; los consideran ignorantes en lo que concierne a sus conocimientos acerca de la gestión, de las repercusiones de su actividad sobre un entorno de recursos limitados, y a veces innecesariamente arrogantes, autoritarios o paternalistas.

En todo caso, en el contexto de una atención sanitaria moderna en ámbitos asistenciales avanzados de países desarrollados no es posible obviar la necesidad de eficiencia de las organizaciones sanitarias, y por ello de la introducción de criterios de gestión y calidad asistencial en la práctica cotidiana, con un objetivo común: prestar la mejor atención sanitaria posible, obtener los mejores resultados con los recursos disponibles.

## 2. *Calidad: eficacia, eficiencia y efectividad*

«Se debe alcanzar un compromiso entre un cierto grado de libertad profesional e independencia... y la dirección y controles necesarios para generar los cambios que han de producir un sistema de atención más eficaz para la población en su conjunto».

Fry y Wandale, 1972

El concepto de calidad puede aplicarse a diferentes aspectos de la actividad de una organización asistencial, incluyendo el producto o servicio resultante o las características del proceso seguido para obtenerlo. También puede entenderse como una manera de pensar y de funcionar que impregna a todos los aspectos y ámbitos de una organización. En este sentido, el concepto de calidad como herramienta de gestión ha evolucionado desde su planteamiento inicial relacionado con los productos o servicios realizados hasta el actual, en el que la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en organizaciones líderes (2; 4).

De este modo, la concepción tradicional de calidad, relacionada con prestaciones de un producto o servicio, queda superada por el enfoque de

lo que se ha venido a denominar como Calidad Total. Desde el punto de vista de los sistemas de certificación de la calidad de los procesos, como la Norma ISO, la calidad se define como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. La Organización Europea para la Calidad (EOQ) define la calidad como el grado en que un servicio cumple con las expectativas del cliente al que va destinado. En el ámbito sanitario, autores muy diversos han formulado distintas definiciones relacionadas con la calidad asistencial. Entre ellos Donabedian definía la calidad de la asistencia sanitaria como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en salud.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, podemos definir la Calidad Total como la satisfacción plena de los requisitos del cliente al menor coste posible para la organización y con la participación de todo el equipo humano. Esta concepción de la calidad significa la orientación de todos los esfuerzos de la organización hacia el cliente, su identificación, a conocer sus necesidades, y a satisfacerles plenamente. En este sentido, la calidad no la definen las normas, sino los clientes; es relativa, surge de la comparación con los mejores; y la calidad que prospera es la que se logra gracias a la implantación de sistemas, valores y organización que la propicien, y no a través de esfuerzos aislados.

Como ejemplo valga el modelo EFQM de Excelencia, un modelo de Calidad Total que se sostiene sobre ocho conceptos fundamentales: Orientación hacia los resultados; Orientación al cliente; Liderazgo y constancia en los objetivos; Gestión por procesos y hechos; Desarrollo e implicación de las personas; Aprendizaje, innovación y mejora continuos; Desarrollo de alianzas; Responsabilidad social.

La introducción de la calidad en las organizaciones sanitarias se convierte en un nuevo paradigma capaz de afrontar la contención del gasto y el logro de mayores cotas de eficiencia. A mediados de los años noventa, el Reino Unido afronta un cambio en sus políticas sanitarias pasando del principio de competencia adoptado por los gobiernos conservadores al de colaboración, bajo un nuevo valor: la calidad.

«Reforma significa rediseñar los servicios públicos en torno al consumidor, dando a las personas los servicios que esperan hoy en día... rápidos, adecuados, sensibles y de la más alta calidad».

Tony Blair, 1998

En este contexto aparece, en los países de nuestro entorno, la necesidad de abordar la calidad de los servicios sanitarios, en contraposición a un modelo únicamente basado en la gestión del coste y la eficiencia, y la

calidad se adopta como elemento central de las políticas sanitarias. Los principales retos que las nuevas políticas de calidad deberían afrontar incluyen la introducción de prácticas basadas en la evidencia y la reducción de la variabilidad asistencial indeseable, el control del uso indebido de los servicios, reducir la fragmentación y la falta de coordinación del sistema y conseguir satisfacer mejor las expectativas de la población con servicios más orientados a las necesidades de sus pacientes.

En el estado español los modelos de calidad se han ido implantando de forma progresiva desde los años noventa como elemento estratégico para la gestión de los servicios de salud y de las administraciones sanitarias de las diferentes comunidades autónomas. En líneas generales, cada administración autonómica ha optado por un sistema propio de acreditación: Cataluña y Euskadi, por el modelo EFQM, Andalucía por un sistema propio de acreditación de procesos asistenciales. En muchos casos se genera asimismo confusión entre lo que significa un modelo de gestión de la excelencia como el EFQM, un sistema de acreditación de servicios (tipo *Joint Commission*) o los sistemas de certificación de procesos como la norma ISO. Tampoco parece claro cuál es el objetivo o las consecuencias de dichas acreditaciones o certificaciones, tanto para los propios servicios como para sus usuarios.

En mayo de 2003 se aprueba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tras la conclusión de las transferencias sanitarias y la disolución del INSALUD, y establece la incorporación de la calidad a las organizaciones asistenciales como compromiso político. Se crea la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se encarga de elaborar y mantener los elementos básicos de la infraestructura del sistema: Normas de calidad y seguridad; Indicadores; Guías de práctica clínica y asistencial; un Registro de buenas prácticas; un Registro de acontecimientos adversos.

La Ley prevé, por otro lado, que el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas elaboren conjuntamente planes de calidad del Sistema Nacional de Salud, en los que se definan los objetivos prioritarios de calidad.

La gestión clínica tiene como objetivo aplicar el conocimiento disponible sobre los resultados de las distintas intervenciones sobre la salud para conseguir hacer real en la práctica clínica que la efectividad se acerque o consiga la mayor eficacia esperada. En este sentido el objetivo ideal de la actividad clínica es el de conseguir que la aplicación de los conocimientos científicos y de las tecnologías médicas disponibles en cada momento permita hacer realidad la curación de una enfermedad, el alivio de sus síntomas, su prevención o la rehabilitación de sus consecuencias.

- La Eficacia es la relación entre los objetivos o resultados previstos y los obtenidos (OMS). Se traduce en la capacidad de una interven-

ción de salud para producir un cambio deseable, en general en condiciones ideales.

- La Efectividad se define como la capacidad de una intervención para producir efectos sobre la salud cuando se aplica en condiciones reales de asistencia rutinaria. Tiene en cuenta no sólo el efecto de la intervención en sí (por ejemplo, la administración de un fármaco), sino también otras variables que afectan a los resultados, como el cumplimiento del tratamiento.
- La Eficiencia es la relación entre los resultados asistenciales obtenidos y los recursos utilizados o costes equivalentes. Los resultados que se miden pueden ser pasos intermedios (como consultas, estancias, exploraciones complementarias), o resultados finales (como GRD). En última instancia la eficiencia define la mejor relación coste-eficacia para una intervención concreta.

La eficacia es un concepto que determina la probabilidad de que un individuo, en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología médica para la resolución de un problema de salud determinado bajo condiciones ideales de actuación; se trata por tanto de un concepto de validez universal y de carácter experimental.

Cuando la práctica clínica no es eficaz, sean cuales sean los condicionantes de esa ineficacia, es necesario plantear estrategias y actuaciones para mejorarla. Esos condicionantes son los que tras la aplicación real de los conocimientos y las tecnologías médicas contribuyen a conseguir unos resultados determinados en la práctica clínica concreta y contribuyen a hacer realidad lo que se denomina efectividad en la práctica clínica. El concepto de efectividad es, por tanto, la probabilidad de que un individuo en una población definida, se beneficie de la aplicación de una tecnología médica para la resolución de un problema de salud determinado bajo condiciones reales de aplicación en el medio; se trata por tanto, de un concepto que carece de validez universal. Puede también definirse como la medición del impacto que la práctica clínica concreta de un profesional o un conjunto de profesionales consigue en un momento determinado sobre una población concreta. Cuanto más se aleje la efectividad de la práctica clínica de la eficacia esperable y teórica, mayor ineficiencia en el uso de los recursos.

Los condicionantes de la práctica clínica, es decir, aquellos elementos que determinan la efectividad de la misma en el enfoque de gestión clínica han de ser definidos y medidos convenientemente para actuar con estrategias válidas que hagan posibles las medidas que permitan que la efectividad de la práctica clínica sea lo más cercana posible a la eficacia esperable tras la aplicación de los conocimientos y de las técnicas médicas necesarias frente a la enfermedad; y la corrección de esos condicionantes (conocimientos

o destrezas de los profesionales inadecuadamente aplicados, coberturas de programas de salud insuficientes, errores diagnósticos o terapéuticos, seguimiento inadecuado de los tratamientos por parte de los pacientes, etc.) va a requerir en ocasiones de nuevos recursos económicos que los hagan viables en la práctica.

### *Eficacia, Eficiencia y Ahorro*

Por esta razón, no es evidente que la eficiencia condicione necesariamente ahorros económicos en la gestión de los presupuestos; no obstante, en un contexto de recursos determinados y limitados, la definición de objetivos de mejora de la efectividad de la práctica clínica en los contratos de gestión permitirá siempre mejorar en lo concreto la práctica de los profesionales y la calidad de la atención sanitaria.

La eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios es un objetivo deseable en la medida que supone estar obteniendo el máximo rendimiento a los recursos disponibles sean éstos personal, instalaciones, medios diagnósticos, terapéuticos, preventivos o recursos de cualquier tipo. La eficiencia es un concepto económico que relaciona los resultados obtenidos en una actividad determinada respecto a los recursos destinados a esa actividad; en la medida que con idénticos recursos se puedan obtener mejores y mayores resultados, la eficiencia en la gestión de esos recursos será mejorable.

En medicina, el concepto de eficiencia va ineludiblemente unido al de eficacia; no es posible obtener actuaciones eficientes si el resultado de usar unos determinados recursos no es el que el conocimiento científico puede hacer esperar en función de la eficacia demostrada. No ser eficaz en medicina es conceptualmente sinónimo de ineficiencia. Por lo tanto, en el paradigma actual de la medicina basada en la evidencia, la eficacia de las actuaciones es el objetivo a conseguir. No ser eficaces es ser ineficientes. Lo que la gestión clínica ha de permitir es que se consiga evaluar la efectividad de la actuación clínica y determinar los factores condicionantes; a partir del conocimiento de un nivel determinado de efectividad en la práctica clínica en un servicio o unidad determinada de cualquier servicio sanitario y a partir de la determinación de sus factores condicionantes, las estrategias de gestión clínica tienen como objetivo obtener mejoras concretas de la efectividad y su acercamiento paulatino a la eficacia. Para ello serán necesarios a veces más recursos, y cuando eso suceda, será lo contrario de ahorrar. Hacer las cosas mejor y hacerlas más eficientemente no es sinónimo de ahorro económico; hay ocasiones en que para conseguir mejoras en la efectividad hay que realizar esfuerzos de mayor dotación de recursos. Eficiencia y ahorro no son por tanto conceptos indisolublemen-

te unidos. Existen en el sistema sanitario factores que imposibilitan de hecho alcanzar la máxima eficiencia deseable; la existencia de importantes bolsas de ineficiencia coexiste a menudo con sobrecargas asistenciales y la capacidad para realizar una gestión de personal sensata está muy limitada, al menos en el ámbito de la sanidad pública.

La necesidad de impulsar seriamente la gestión clínica, junto a la necesidad de cubrir adecuadamente los servicios sanitarios con las nuevas tecnologías que continuamente los avances científicos van ofreciendo y junto al requerimiento de un potente sistema de motivación y de incentivos profesionales que no han de basarse necesariamente de manera exclusiva en incentivos económicos (pero que van a requerir más recursos económicos para ser viables), abren un panorama de futuro con una evidente necesidad de dedicar más recursos a la sanidad para hacer viables estos cambios. Y estos recursos adicionales que necesitaría el sistema no van a provenir sola y exclusivamente de una mejor gestión sino que van a requerir un esfuerzo presupuestario si se quiere avanzar en la mejora de las prestaciones de los sistemas sanitarios.

### 3. *Evaluación y sistemas de información. Indicadores*

Los criterios para realizar buenas decisiones en el ámbito asistencial, en un contexto de gestión clínica, dependen de manera fundamental de la existencia de sistemas de información que permitan conocer la realidad en la que se tomen dichas decisiones. De hecho, la información es uno de los recursos más importantes con los que cuentan las organizaciones, muy especialmente aquellas cuya principal actividad se basa en el conocimiento. Las organizaciones sanitarias producen gran cantidad de información, en general muy compleja y escasamente estructurada, por lo que a menudo es difícil de utilizar de forma sensata, a pesar de su frecuente valor crucial.

Un sistema de información es un conjunto de elementos (personas, actividades, equipos, programas...) destinados a realizar ciertas funciones (producir, capturar, procesar, almacenar, organizar, administrar, recuperar, transferir, presentar e interpretar datos), con la finalidad de obtener la información necesaria para el funcionamiento de una organización (2).

Los sistemas de información de las organizaciones deben estar lo más normalizados posible, deben permitir obtener los datos necesarios para rendir cuentas sobre el uso de los recursos y los resultados obtenidos, dentro de una cultura de responsabilidad, y deben permitir realizar comparaciones que permitan identificar las prácticas que obtienen los mejores resultados. El principal uso de la información es el de ofrecer datos interpretables para mejorar nuestro conocimiento sobre los efectos de nuestras decisiones, y así avanzar hacia la mejora.

Un indicador es un dato con valor numérico que, sometido a seguimiento a lo largo del tiempo, proporciona información acerca del funcionamiento de una organización y su entorno en aspectos tales como necesidades, recursos, demanda, oferta, accesibilidad, equidad, demora, actividad, producción, productividad, variabilidad, coste, resultados, utilización, rendimiento, calidad, eficacia, efectividad, eficiencia, utilidad, satisfacción o beneficio. En general, los indicadores se comparan con objetivos y sirven de referencia para conocer el grado de avance hacia los mismos. También pueden utilizarse para las comparaciones con estándares externos, resultados de otros servicios u organizaciones, etc. Cada indicador se interpreta en un contexto temporal (mensual, anual), y su evolución permite medir las tendencias del dato analizado.

Los indicadores ofrecen una aproximación a la realidad del funcionamiento de una organización, seguir los cambios que se producen a lo largo del tiempo, identificar las fortalezas y debilidades, y compararnos con nosotros mismos o con otras organizaciones. Si los indicadores son fiables, permiten tomar decisiones fundadas en hechos reales, y monitorizar los resultados de dichas decisiones. Permiten también justificar y sostener con datos las necesidades de nuevos recursos, conocer la satisfacción de los profesionales y la de la población atendida, evaluar el impacto de la implantación de nuevos servicios y tecnologías, identificar ineficiencias o tomar decisiones de modificación de la cartera de servicios. Son la base también para la planificación a largo plazo de las organizaciones, y en su análisis descansa una buena parte de las decisiones estratégicas.

Existen innumerables tipos de indicadores de gestión aplicables a las organizaciones sanitarias. En general cubren las siguientes necesidades: Control del gasto e identificación de costes ineficientes; Satisfacción de la población e identificación de áreas de mejora; Evaluación de resultados.

Idealmente, y si se aplican en contextos de gestión por procesos, los sistemas de información y sus indicadores deberían ser un instrumento esencial de soporte al trabajo cotidiano de los profesionales. Los indicadores de proceso permiten conocer a las personas implicadas directamente en los mismos y su funcionamiento, identificar desviaciones y establecer acciones preventivas, correctivas y de mejora. Los indicadores de resultados permiten conocer el producto final de nuestras actuaciones y establecer objetivos.

Los indicadores pueden utilizarse para medir y realizar un seguimiento de innumerables dimensiones, entre ellas la eficacia, la eficiencia y la efectividad. Los indicadores de actividad son solo uno de los aspectos a tener en cuenta en los sistemas de información clínica; no se trata solo de hacer muchas cosas, sino de hacerlas de forma correcta y con los mejores resultados posibles.

## B. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN LA SALUD MENTAL

- Financiación y Provisión de Servicios de Salud Mental.
- Calidad y Salud Mental: Eficacia, Eficiencia y Efectividad.
- Evaluación y Sistemas de información en Salud Mental. Indicadores.

La aplicación de los nuevos modelos de gestión al ámbito sanitario, especialmente a los servicios asistenciales públicos, ha sido incorporada por la mayoría de las organizaciones sanitarias y departamentos de sanidad como un método necesario para mejorar aspectos como la eficiencia, en un medio en el que el gasto crece de forma exponencial y los resultados son un elemento clave en la satisfacción general de la población y por tanto, una prioridad política. Sin embargo, como ya antes se ha apuntado, no puede decirse que en líneas generales esta fiebre de la gestión, llevada al trabajo cotidiano de los profesionales, haya sido recibida con entusiasmo, sino más bien con escepticismo cuando no con abierto rechazo.

Las herramientas de calidad y la gestión clínica han tenido un importante impacto en la organización y gestión de los servicios de salud mental, impacto alimentado por la complejidad de los dispositivos, la disparidad en las organizaciones asistenciales, la implicación y responsabilidad no exclusivamente sanitaria, y la heterogeneidad de la evolución de los modelos asistenciales, en un marco postreforma, en las diferentes comunidades autónomas. Es posible que estas particularidades tengan muy especial relevancia en lo que se refiere a la atención a la enfermedad mental grave, y muy especialmente en ese ámbito asistencial tan indefinido y variopinto que denominamos rehabilitación.

Manuel Desviat, en un artículo (5), concluía que a pesar de lo que pudiera tener de acertado y conveniente la introducción de instrumentos de macrogestión más flexibles en el sistema público de salud (como los que se derivan del derecho privado), esto no debiera hacerse a costa de los principios fundamentales de los servicios públicos de salud, principios de equidad y universalidad, y que la introducción de medidas de estímulo de la competencia entre servicios ha demostrado ya tener consecuencias funestas, en países como el Reino Unido. En el campo concreto de la salud mental, es posible prever algunas consecuencias negativas de dichos modelos, incluyendo la fragmentación asistencial, de especial relevancia en la asistencia a la cronicidad (6-9).

Salvador-Carulla y otros (10) se preguntaban asimismo si es posible plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia, analizando las consecuencias de la reforma de la asistencia psiquiátrica en España, tanto por la carga y los costes sanitarios derivados, sus resultados, y la repercusión social e impacto público de tales medidas. La dispar aplicación de las recomendaciones y medidas señaladas por la Comisión



Nacional de la Reforma Psiquiátrica en las diferentes comunidades, se une a una política general básica de contención de costes, con las consiguientes dificultades para asignar nuevos recursos para un verdadero despliegue asistencial comunitario. Desde luego, además de la intención de generar mejoras en la asistencia, las implicaciones económicas derivadas de la aplicación de medidas de reforma no pueden ser ignoradas. Y en la situación política actual, dichos aspectos económicos se convierten en un factor esencial, en el que el resto de las medidas de gestión se quedan en meros fuegos de artificio y entretenimiento si no hay posibilidad de obtener los recursos necesarios. Especialmente en el ámbito de la asistencia a la enfermedad mental severa y la cronicidad, la evaluación de sus resultados y sus repercusiones económicas son muy difíciles de establecer, dada la insuficiencia de su desarrollo en la mayoría de las comunidades. Una red de asistencia comunitaria implica un amplio espectro de estructuras asistenciales y un extenso rango de programas estructurados de intervención. Y si no se dispone de ello, la mera gestión no soluciona los problemas de forma mágica.

### 1. *El financiador y el proveedor. Atención sanitaria y sociosanitaria*

Los servicios de salud mental en los países europeos están experimentando cambios muy importantes, derivados de las decisiones políticas nacionales y supranacionales en respuesta a los desafíos que para la salud pública constituyen los problemas de salud mental. En todo caso, cualquier intento de generalización resulta altamente especulativo, teniendo en cuenta que aspectos tales como la financiación, las infraestructuras o la disponibilidad y formación de los profesionales, varían de forma muy importante de un país a otro. Algunos países europeos disponen de servicios altamente sofisticados mientras que otros siguen basando su asistencia a los pacientes más graves en las camas de larga estancia de los hospitales psiquiátricos. El reto será el de trasladar las buenas prácticas locales hacia políticas y prácticas extendidas a nivel nacional, y soportadas por niveles adecuados de recursos materiales y humanos.

En el campo de la atención a la salud mental, la financiación de los servicios está muy especialmente condicionada por los procesos de reforma y la eficaz transferencia de los recursos asignados a los hospitales psiquiátricos hacia un heterogéneo conjunto de servicios comunitarios. En algunos países como Italia, los Países Nórdicos o el Reino Unido, éste ha sido el caso en líneas generales. En otros países, especialmente los del Este europeo, la reducción del número de camas no ha supuesto un desarrollo paralelo de recursos comunitarios, por lo que dicha reducción solo se ha traducido en recortes en los servicios disponibles. El promedio de gasto asignado a la salud mental en el conjunto de los países europeos

alcanza un 5,9%, oscilando entre el 1% de los países más pobres hasta el 12% de países como el reino Unido o Luxemburgo.

## Financiación de Servicios de Salud Mental

«La financiación de la salud mental es un poderoso instrumento mediante el cual los gestores políticos pueden crear y dar forma a los sistemas de salud mental de calidad. Sin una financiación adecuada, los planes y políticas de salud mental se quedan en el ámbito de la retórica y las buenas intenciones».

Organización Mundial de la Salud 2007

Las políticas de atención y provisión de servicios de salud mental se desarrollan en el contexto general de la asistencia sanitaria y de su modelo de financiación y provisión de servicios (11).

Entre los retos generales a los que se enfrenta la financiación de sistemas de atención a la salud mental están: la diversidad de recursos entre distintos países, la falta de datos económicos, la variabilidad del control e influencia que los gestores políticos y planificadores de la salud mental tienen sobre la financiación de los servicios de salud mental y la variedad de niveles de desarrollo de los sistemas de salud mental entre distintos países.

En lo que se refiere a la diversidad de recursos entre países, las estimaciones sugieren que casi un 90% de los gastos globales en sanidad tiene lugar en países de renta alta (8.500 dólares de renta per capita), cuyas poblaciones comprenden tan sólo el 16% de la población mundial. La extrema disparidad entre la cantidad de recursos dedicados por los países de renta baja o media a la atención sanitaria refleja la inmensa variabilidad de la capacidad de estos países para proporcionar sistemas de salud mental.

Un segundo desafío lo representa la falta de disponibilidad de datos acerca de los gastos en salud mental o el hecho de que éstos sean incompletos. A pesar de los esfuerzos por desarrollar sistemas de contabilidad para la sanidad nacional, muchos países carecen de la información básica para determinar cómo se obtienen y emplean los recursos del sistema de salud mental. Sin esta información es difícil que los gestores políticos y los planificadores comprendan los efectos de sus políticas y es difícil también determinar qué decisiones serían las más indicadas para asegurar la equidad o la eficiencia, o para incrementar los rendimientos de los recursos desarrollados.

La financiación de la salud mental se halla a menudo incluida en la financiación de la sanidad general. Las decisiones generales acerca de tal financiación pueden no ser competencia de los gestores políticos o de los planificadores de salud mental, esto es, la financiación de la salud mental

se encuentra íntimamente ligada a la inversión en atención a la salud general y puede verse determinada enormemente por este hecho. Como corolario, es raro encontrar modelos de financiación de la salud mental que sean independientes de la financiación del sistema general de salud.

Otro reto adicional, relacionado con el primero, es la diversidad de los propios sistemas de salud mental, que pueden encontrarse en distintas etapas de desarrollo. Estos sistemas pueden estar en sus primeras etapas de desarrollo en algunos países mientras que en otros están más avanzados, aunque sigan pudiendo encontrarse problemas relacionados con la falta de fondos o con la fragmentación de las líneas de inversión.

Finalmente, el gasto sanitario está orientado habitualmente a servicios curativos. En los países en vías de desarrollo, una gran proporción del gasto se dedica a hospitales y salarios; y las inversiones en hospitales no pueden redirigirse fácilmente. Hay una escasez de modelos de gasto orientados a la mejora de la calidad y las infraestructuras, especialmente cuando resulta difícil cuantificar los beneficios.

A pesar de estos desafíos, los planificadores de salud mental y los gestores políticos pueden llevar a cabo acciones diversas relacionadas con la financiación que pueden respaldar el desarrollo y puesta en práctica de políticas y planes sobre salud mental.

En los últimos treinta años, los sistemas sanitarios de los países desarrollados han evolucionado desde modelos asistenciales altamente centralizados hacia sistemas descentralizados en los que la responsabilidad de las políticas sanitarias y de provisión de servicios se han transferido desde administraciones centrales a las locales. Esta descentralización tiene, en general, dos características principales: reformas centradas en la contención de los costes y en la eficiencia, y el uso de contratos con proveedores públicos y privados.

Las características de un buen sistema de financiación de servicios de salud mental no difieren de las de los servicios sanitarios en general. Hay tres principios fundamentales que se relacionan con un buen sistema de financiación de servicios: en primer lugar, el sistema debe ser accesible económicamente para todos los ciudadanos, sin exigir contribuciones económicas inaccesibles o imposibles de afrontar incluso en situaciones de precariedad económica. Los sistemas de financiación vía impuestos o de aseguramiento público y privado deben contemplar la naturaleza crónica de muchas patologías psiquiátricas y con ello la necesidad de afrontar coberturas asistenciales a largo plazo.

En segundo lugar, en cualquier sistema sanitario de cobertura universal, los ciudadanos sanos deben financiar a los que están enfermos. En el caso de los problemas de salud mental esto se relaciona con la necesidad de que los sistemas de financiación ofrezcan cobertura a toda la gama de patologías y trastornos psiquiátricos y a los recursos e intervenciones necesarios.

Finalmente, un buen sistema de financiación debería cubrir a los estratos de población más desfavorecidos. En el caso de la salud mental, esto es especialmente importante ya que frecuentemente los pacientes más graves se encuentran en situación económica y social más precaria.

Muchos trastornos mentales, especialmente los más graves, requieren de intervenciones psicosociales para abordar sus necesidades. Por ello es necesario establecer sistemas de coordinación y alianzas entre los servicios asistenciales de salud mental y otros servicios sociales y comunitarios capaces de afrontar necesidades como el alojamiento, el soporte económico, el empleo y la ocupación, etc.

Independientemente del nivel de desarrollo económico y social de cada país, los recursos necesarios para financiar la asistencia sanitaria siempre parecen insuficientes. En el caso particular de la salud mental, es necesario realizar elecciones entre diferentes modelos asistenciales, tipo de recursos e intervenciones y estrategias de prevención y promoción de la salud. Estas elecciones tienen un impacto sobre el abordaje de los diferentes trastornos psiquiátricos y sobre las necesidades de los diferentes grupos de población afectados. Dichas decisiones deben basarse en estrategias globales clave, más que en la atención a trastornos específicos.

La realidad es que el conocimiento sobre los costes y los resultados de las diferentes intervenciones en salud mental es bastante limitado. Y cuando existe tal evidencia, se ha de tener mucha precaución a la hora de generalizarla a otros contextos asistenciales. La misma intervención puede tener costes y resultados muy distintos dependiendo de la capacidad de cada organización asistencial para proveerla. Y no existen fórmulas sencillas que permitan decidir qué tipo de intervenciones enfatizar, y mucho menos para decidir cuánto gastar en ellas.

La decisión más crucial es la de cómo utilizar los fondos públicos; el criterio de coste-efectividad es una consideración importante en la mayoría de las situaciones, pero no es el único criterio que debe considerarse. Las administraciones sanitarias deben tener en cuenta también las repercusiones sobre la población general de las decisiones y políticas asistenciales, la manera en cómo afecta, en costes y/o en beneficios no solo a la población afectada, sino a la población general. Maximizar la eficiencia en la distribución de los recursos es sin duda un buen criterio, pero puede ser necesario sacrificar una cierta eficiencia para obtener una distribución de recursos más equitativa.

En general, la evaluación de los servicios de salud mental y los criterios de financiación y asignación de recursos deberían seguir directrices similares a las que se siguen con respecto al resto de los servicios sanitarios. Sin embargo, puede ser pertinente tener en cuenta algunas características peculiares de la salud mental que pueden establecer distinciones. Una de ellas es que el control adecuado de algunos trastornos psiquiátricos puede derivar en importantes beneficios que se extienden más allá de

los resultados sobre la salud de cada individuo afectado. Los beneficios derivados de las intervenciones sobre la salud mental a menudo aparecen en forma de resultados no relacionados directamente con la salud, como por ejemplo la reducción de accidentes relacionados con el uso de alcohol, o la disminución de costes de algunos servicios sociales. Muchos de estos resultados no pueden ser capturados por los análisis de coste efectividad, y requieren un juicio más general sobre los posibles beneficios que pueden obtenerse, tanto relacionados con la salud, como en otros aspectos.

Otra posible diferencia significativa deriva de la naturaleza crónica de algunos trastornos mentales, especialmente los más graves. Esta característica, y la extensión y diversidad de las necesidades de las personas afectadas, hace difícil una cobertura efectiva de características privadas, y requiere del esfuerzo público si se quiere ofrecer una cobertura integral y prolongada (de hecho, indefinida en muchos casos). Dicha cobertura solo puede garantizarse desde sistemas públicos y universales de financiación, vía aseguramiento público («seguridad social»), vía impuestos (presupuestos generales).

Finalmente, los trastornos mentales más graves conducen a importantes grados de discapacidad y pérdida de competencia social, incluyendo la capacidad para trabajar y obtener ingresos económicos suficientes, con riesgos de deriva social, marginalidad y pobreza. Por ello es importante incorporar a las necesidades de financiación de la atención a la salud mental aspectos relacionados con la atención a la pobreza y marginalidad.

Aunque parezca difícil encontrar criterios claros para establecer prioridades asistenciales, tener en cuenta estas particularidades supone un avance con respecto a sistemas arbitrarios de distribución de los recursos, o basados meramente en tradiciones históricas. Esto es especialmente importante si la salud mental aspira a obtener un mayor grado de recursos públicos: una expansión indiscriminada de todos los servicios e intervenciones no parece ni eficiente ni equitativa. Una asignación de recursos basada en las necesidades detectadas en la población es un criterio más equitativo, aunque esto suponga alcanzar un cierto acuerdo acerca de la definición de «necesidad». Por otro lado las necesidades detectadas no suponen siempre prioridades, especialmente si no se disponen de intervenciones efectivas para abordarlas. Y lo que las personas necesitan no siempre coincide con lo que quieren o demandan.

## Compra y Provisión de Servicios de Salud Mental

El papel de la financiación pública de los servicios de salud mental debe ser especialmente relevante. Aunque en líneas generales supone una proporción relativamente pequeña dentro del gasto sanitario global, las

necesidades de financiación trascienden a la mera compra y provisión de servicios, o dicha compra y provisión se realiza en el contexto de procesos de reforma asistencial que sólo pueden abordarse con garantías en un contexto público. Sin embargo la financiación pública no significa necesariamente que la provisión de servicios también lo sea. De hecho, en un progresivo contexto de descentralización y de estímulo de la competencia y de la eficiencia, hay una creciente tendencia a separar la financiación de la provisión de los servicios.

Los beneficios teóricos de introducir una mayor competición y regulación como alternativa a la provisión pública de los servicios son aparentemente claros, pero la evidencia de su éxito es aún escasa. En los países en desarrollo, y en situaciones de escasez de recursos y de experiencia en la regulación de los contratos entre los financiadores y los proveedores, la mala utilización de los recursos e incluso el fraude es un riesgo relevante. Por otro lado, los servicios de salud mental pueden ser más difíciles de regular por la carencia de indicadores fiables de resultados, lo que facilita la financiación continuada de servicios e intervenciones escasamente efectivas y extremadamente ineficientes. Este abordaje sin embargo puede ser muy útil en contextos en los que los recursos dedicados a la salud mental se dedican casi enteramente a la financiación de estructuras hospitalarias, y puede utilizarse para promover el desarrollo de servicios comunitarios alternativos.

En todo caso, las políticas de financiación y distribución de recursos de asistencia a la salud mental deben contemplar la necesidad de dar una respuesta adecuada a las necesidades de tratamiento médico combinado con un soporte social continuado y a largo plazo dentro de una estrategia rehabilitadora, orientada a la integración social, la normalización, y la calidad de vida de los pacientes más graves.

## *2. Calidad: eficacia, eficiencia y efectividad*

### Calidad y Servicios de Salud Mental

En los últimos años, y es previsible que en los próximos, los modelos de calidad se han impuesto como referente para la evaluación de los servicios en todos los ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales, públicos y privados. Es difícil saber si esta «explosión» de calidad ha redundado en una mejora proporcional de la asistencia a las personas afectadas, o es un mero artificio que contenta a gestores y contribuye, aún más, a enmascarar servicios ineficientes y atenciones mejorables. En todo caso, el término calidad no tiene una traducción clara, ni es obvio lo que subyace bajo su significado. ¿Cuáles son los atributos de calidad de un servicio? ¿Cómo se aplica la mejora continua a un proceso si no se disponen de indicado-

res fiables y válidos, y mucho menos compartidos por otros servicios similares? En todo caso la propia OMS (12) ha incluido, dentro de su colección de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental, un módulo específico sobre Mejora de la Calidad de los Servicios en este terreno. El documento comienza enunciando que: «Concentrarse sobre la calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema».

Tal y como se define en dicho documento, una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben: a) Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales; b) Proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales; c) Usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos; d) Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental; e) Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

La evaluación de la calidad de los servicios requiere de la aplicación de estándares que pueden ser evaluados y monitorizados a través de procesos de acreditación y certificación, como la norma ISO. De una manera más profunda, la calidad se integra en los propios sistemas de gestión a través de los sistemas de gestión global de la calidad, como por ejemplo el modelo europeo de excelencia (EFQM), sistemas de gestión que integran en sí mismos el potencial para el desarrollo de políticas de gestión encaminadas a la mejora continua. Dichos modelos de gestión se están imponiendo de forma progresiva, y han sido adoptados por los diversos sistemas de salud, generando un cambio profundo en los servicios asistenciales y en la manera en cómo se gestionan.

Al igual que otros ámbitos sanitarios, en el contexto de la atención a la Salud Mental las herramientas de calidad ayudan a orientar sus actuaciones hacia los mejores resultados y a la utilización de las prácticas más eficientes y basadas en evidencias. Con respecto a las personas afectadas por problemas de salud mental, esto implica que los servicios asistenciales deben estar organizados para obtener los mejores resultados. Y con respecto al personal asistencial, los gestores de las organizaciones y los políticos que toman las decisiones, la calidad se expresa en el mejor uso posible de los recursos, es decir, del conocimiento y la tecnología disponibles.

La realidad es que en muchos países los servicios que atienden a las personas con enfermedades mentales afrontan su tarea con recursos muy escasos, y la prioridad de la atención a los problemas de salud mental se diluye entre las múltiples necesidades derivadas de otros ámbitos de la

salud. En un contexto donde los recursos son en muchos casos insuficientes y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución.

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren. Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva del proveedor de servicios o de los gestores de los servicios, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva de los gestores políticos, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables.

Estos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos cuidados efectivos y eficientes en el futuro. Cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de esos servicios.

Tal y como señala la OMS, un enfoque sobre la calidad en el ámbito de la salud mental ofrece diversas ventajas, entre ellas:

En primer lugar, un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que los recursos se utilizan de manera adecuada. En la mayoría de los sistemas, los recursos no se utilizan de la manera más óptima. Algunos sistemas sobreutilizan los servicios, esto es, los servicios no conllevan mejoras, o incluso causan daños. Otros sistemas hacen un uso mínimo de los servicios. Así, los sistemas fracasan a la hora de proporcionar lo que la gente necesita. En ambos casos, la falta de enfoque sobre la calidad resulta un desperdicio de recursos. La mejora de la calidad facilita la oportunidad de utilizar los recursos de manera eficiente.

Un enfoque sobre la calidad ayuda también a asegurar que en los tratamientos se emplean los conocimientos científicos más recientes y las nuevas tecnologías. En la última década se han producido avances científicos espectaculares en el campo de la psicofarmacología y de los tratamientos de los trastornos mentales. El Informe de la OMS sobre la Salud Mental en el Mundo, emitido en 2001 (13), hace hincapié sobre las intervenciones efectivas disponibles, pero señala también que existe un abismo



entre lo que se conoce y lo que se pone en práctica. Una amplia variedad de servicios comunitarios han demostrado su eficacia incluso para los trastornos más graves. Un enfoque sobre la calidad ayuda a modificar las viejas metodologías de trabajo y puede hacer progresar al sistema, aprovechándose de los nuevos tratamientos y tecnologías.

Un enfoque sobre la calidad ayuda a asegurar que las personas con trastornos mentales reciben los cuidados que necesitan. Una buena calidad es vital para las personas con enfermedades mentales. Las enfermedades psiquiátricas y neurológicas representan el 28% de todos los años vividos con discapacidad. A nivel individual, el dato muestra la desproporcionada carga soportada por las personas con trastornos mentales, carga que se ve agravada por la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos de las personas con trastornos mentales en muchas partes del mundo. En muchos ámbitos todavía predominan los prejuicios tradicionales acerca de la enfermedad mental, lo que provoca reticencias o retrasos a la hora de buscar tratamiento.

Un enfoque sobre la calidad ayuda a fomentar la confianza en la efectividad del sistema. Una calidad satisfactoria favorece la credibilidad social en el tratamiento de la salud mental. Es la base para demostrar que los beneficios del tratamiento de los trastornos mentales pesan más que los costes sociales de sufrir dichos trastornos. Sin una calidad satisfactoria, no se consiguen los resultados esperados y los que toman las decisiones y financian los servicios asistenciales, el público general e incluso las personas con trastornos mentales y sus familias llegan a desilusionarse. La ausencia de calidad ayuda a perpetuar los mitos sobre los trastornos mentales y las actitudes negativas hacia las personas que los sufren.

Un enfoque sobre la calidad ayuda a superar los obstáculos para conseguir cuidados apropiados a diferentes niveles. La percepción de que existen calidad y eficacia anima a algunas personas con trastornos mentales a buscar tratamiento y reduce las actitudes negativas del resto de la gente. La calidad se convierte en un mecanismo que asegura que los cuidados son adecuados de acuerdo a los conocimientos actuales. Es más, la idoneidad de los cuidados, es decir, los cuidados que están al nivel que se considera correcto, en el que no hay una sobreutilización de servicios inadecuados ni se escatiman los tratamientos precisos, permite que los recursos limitados se usen de manera responsable y eficaz.

Evaluación de intervenciones en salud mental: eficacia, efectividad y eficiencia

Existe una idea generalizada de que la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicosociales de las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, está suficientemente probada, y de que

se dispone de un importante cuerpo de evidencia que la sustenta. Sin embargo, y aunque puede darse por relativamente cierta dicha afirmación, la realidad es que el conocimiento que tenemos de la eficacia, y aún más de la efectividad de los tratamientos de los que disponemos en la actualidad está lejos de ser suficiente. Es cierto que existe evidencia acerca de la eficacia de algunas de las intervenciones psicosociales más generalizadas y aceptadas en el campo de la atención a la enfermedad mental grave, y sobre la superior eficacia de los abordajes integrados psicofarmacológicos y psicosociales sobre la asistencia estándar; la base de datos de la *Cochrane Collaboration* dispone de revisiones sistemáticas acerca de la eficacia de un buen número de intervenciones; sin embargo la evidencia disponible no es la misma en todas las intervenciones, ni éstas están por igual desarrolladas, y estandarizada su aplicación. En muchos casos el grado de evidencia es modesto y los resultados afectan a dominios limitados (como por ejemplo, las recaídas y rehospitalizaciones), con menor impacto en aspectos como el funcionamiento o la remisión de los síntomas. La eficacia de algunos de los modelos de intervención más reconocidos (como, por ejemplo, los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario) ha sido puesta en cuestión en diferentes contextos asistenciales (14). Algo similar puede decirse de los propios tratamientos farmacológicos, de los que la evidencia disponible sobre su eficacia y tolerancia en la práctica clínica real es escasa y controvertida, tal y como ha evidenciado el reciente estudio CATIE (15).

Sin embargo probablemente no es la evaluación de la eficacia el mayor de los desafíos, sino la de su efectividad, es decir, la capacidad para implantar intervenciones eficaces en el mundo real y de forma rutinaria. Tal y como ya señalaba Lehman en el estudio PORT hace ya más de una década (16-18), el principal problema a la hora de obtener buenos resultados en el tratamiento de nuestros pacientes con esquizofrenia no estriba solo en la relativa falta de eficacia de nuestras intervenciones, sino en la incapacidad de los servicios asistenciales de proporcionar de forma rutinaria los cuidados e intervenciones para los que ya existe evidencia de su eficacia, muy especialmente un tratamiento precoz e integrado psicosocial y psicofarmacológico. Es posible que el mayor esfuerzo para evaluar la eficacia en la práctica clínica cotidiana de este abordaje integrado, basado en la evidencia, lo haya realizado Ian Falloon en su proyecto OTP (19). Sus resultados constatan, por un lado, la efectividad del abordaje y, por otro, las dificultades derivadas de nuestra organización asistencial así como la estructura y funcionamiento de nuestros servicios para que una asistencia correcta y eficaz sea una práctica generalizada. Será necesario un mayor conocimiento de los factores que se relacionan con una mayor eficacia y sobre la manera de llevarlos a la práctica, mediante mejores instrumentos de evaluación de eficacia y efectividad.

## Eficacia, Efectividad y el Conocimiento de la Realidad: Efectividad y ensayos de tratamientos farmacológicos

Mientras el resto de las disciplinas médicas abrazaron de forma entusiasta los principios de la llamada medicina basada en la evidencia (MBE), la psiquiatría se ha mostrado más reticente al respecto. Sin embargo la era de la MBE también ha alcanzado al campo de la salud mental, y cada vez más profesionales se suman entusiásticamente y demandan «evidencia» para sustentar todas y cada una de sus intervenciones. El problema es que en la medicina en general, y en el campo de la salud mental en particular, la evidencia disponible es frecuentemente escasa, poco concluyente e incluso contradictoria, con el riesgo añadido de que intereses concretos utilicen evidencia seleccionada para sustentar sus actuaciones. El carácter subjetivo de muchos síntomas psiquiátricos condiciona una dificultad añadida a la hora de obtener evidencia basada en mediciones objetivas.

Trasladar los resultados de los ensayos clínicos controlados (ECA) a información de utilidad en la práctica clínica cotidiana resulta difícil. Los metaanálisis y las revisiones sistemáticas de la literatura ofrecen frecuentemente mensajes discrepantes y poco concluyentes. En los últimos años esta situación ha tenido especial relevancia en lo que se refiere al uso clínico de los llamados antipsicóticos de segunda generación; es frecuente que incluso el análisis de los mismos datos lleve a conclusiones distintas acerca de claras diferencias de eficacia entre dichos fármacos y los antipsicóticos clásicos. Esto no quiere decir que estas diferencias no existan, ni que sea sensato retornar por meros criterios economicistas a fármacos más antiguos, pero sí que debe inducir a la reflexión acerca de las bases científicas sobre las que sustentamos nuestras decisiones clínicas. Y a una conciencia del endeble conocimiento que tenemos sobre los resultados de nuestras intervenciones y prácticas. En el caso de los trastornos afectivos, la controversia se ha centrado especialmente en la diferencia entre el efecto de los antidepresivos y el placebo en los ensayos clínicos, controversia que ha trascendido incluso a los medios de comunicación, sugiriendo que los fármacos antidepresivos podrían no ser más eficaces que caramelos.

Los estudios de eficacia (ECA) tienen un mayor grado de validez interna, una mejor relación entre la «señal» y el «ruido», pero en cambio sacrifican validez externa, es decir generalización de sus conclusiones al mundo real. En contraposición, los estudios de efectividad, más pragmáticos, pretenden capturar información relevante en contextos clínicos rutinarios, por definición un medio mucho menos controlado y en el que es más difícil discriminar los elementos relevantes que condicionan los resultados. Por ello mismo sus diseños tienden a incrementar la variabilidad y la distorsión estadística, y dificultan la interpretación aumentando el riesgo de la influencia de diversos sesgos.

En ambos casos, uno de los problemas fundamentales es el de la extrapolación a la práctica clínica rutinaria de estudios realizados en situaciones artificiales, con pacientes escogidos y no representativos de los que reciben tratamiento en la vida real, y realizados no para obtener información acerca de su efecto en el día a día de los servicios asistenciales, sino con propósitos regulatorios, para obtener la aprobación de sus indicaciones y su subsiguiente comercialización. Esta situación ha motivado la aparición de los llamados estudios de efectividad; dichos estudios incluyen pacientes muchos más cercanos y representativos de la vida real, con criterios de inclusión mucho más amplios, y de exclusión mucho menos restrictivos. Por otro lado los estudios de efectividad utilizan frecuentemente indicadores de resultados menos específicos, pero clínicamente más relevantes (reingresos hospitalarios, tasa de abandono de la medicación, calidad de vida, coste-beneficio...).

En el caso de los fármacos antipsicóticos los principales estudios de efectividad realizados en los últimos años son (20) el CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials in Intervention Effectiveness*), promovido y financiado por el NIMH (*National Institute of Mental Health*) estadounidense, el CUtLASS (*Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study*), patrocinado por el Servicio Nacional de Salud Británico, el CAFE (*Comparison of Atypicals in First Episode of Psychosis*) o el EUFEST (*European First Episode Study in Schizophrenia*). En el caso de los trastornos afectivos, los principales estudios de efectividad han sido el STAR\*D (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*), el STEP-BD (*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*) y el BALANCE (*Bipolar Affective Disorder: Lithium/Anticonvulsant Evaluation*). Estos estudios han incluido miles de pacientes, y utilizado metodologías imaginativas. Sus conclusiones sin embargo han sido, en algunos casos, poco concluyentes, y en otros muy controvertidas. En todo caso parece evidente que si queremos capturar la realidad del impacto de nuestras intervenciones en la práctica clínica cotidiana, será necesario profundizar en esta metodología como complemento a los ECA tradicionales.

Una de las reflexiones aplicables a los estudios sobre antipsicóticos tiene que ver con la manera en que se han comercializado e incorporado a la práctica clínica los antipsicóticos de segunda generación; es indudable que su aparición en el mercado fue recibida con la gran esperanza de que supusieran un verdadero paso adelante en el tratamiento de la esquizofrenia, esperanza que facilitó una precipitada tendencia a ignorar las limitaciones metodológicas de los ensayos clínicos llevados a cabo por la industria farmacéutica, a sobreestimar sus ventajas, y a impulsar un rápido cambio en los hábitos de prescripción de antipsicóticos en su favor. Ensayos clínicos independientes más recientes no patrocinados por la industria parecen mos-

trar una realidad diferente, en la que los supuestos beneficios de los nuevos antipsicóticos pueden no resultar coste-efectivos y estar limitados por ciertos efectos adversos asociados a su uso.

### 3. *La evaluación y los sistemas de información. Indicadores*

#### Sistemas de información

El análisis y la comparación de la situación de la atención a la salud mental en los distintos países europeos (21) se ven muy dificultados por la ausencia de información fiable disponible. Incluso cuando la información existe, la fiabilidad de las fuentes es incierta. La mayoría de los sistemas de información incluyen datos procedentes de los gobiernos, y solo los países europeos más avanzados disponen de sistemas y recursos necesarios para recoger y analizar datos útiles para los clínicos, los gestores y los responsables políticos. Los datos procedentes de indicadores rutinarios de resultados son poco frecuentes; generalmente solo están disponibles en contextos de investigación y evaluación, y no están integrados en la gestión habitual y cotidiana de los servicios. No existe tampoco un acuerdo entre los países para crear un conjunto de indicadores comunes, aunque se han producido algunos intentos en dicha dirección. Esta falta de acuerdo dificulta en extremo las comparaciones, a falta de una definición común incluso de categorías aparentemente sencillas, como el número de camas hospitalarias, que a menudo sustentan servicios muy diferentes. Sin irnos tan lejos, esta misma situación sucede dentro del estado español, en donde la disparidad de modelos asistenciales, dependencia de los recursos y definición de los servicios hace muy difícil establecer comparaciones.

Las políticas asistenciales de salud mental deben basarse en información actualizada y fiable acerca de indicadores sobre prevalencia de trastornos, efectividad de los tratamientos, resultados de estrategias de prevención y promoción de la salud, y recursos de salud mental. Un aspecto importante es el de recoger y analizar información epidemiológica para identificar determinantes psicosociales relacionados con trastornos psiquiátricos, así como proporcionar información cuantitativa acerca de la extensión y tipo de problemas en una comunidad concreta. Es fundamental también mantener información fiable acerca de los dispositivos y recursos asistenciales existentes, junto con un análisis crítico acerca de su funcionamiento y capacidad para atender las necesidades de la población.

Los recursos asistenciales relacionados con la salud mental incluyen además a otros sectores, especialmente los relacionados con recursos sociales (apoyo económico, alojamiento...) y los proveedores implicados pueden ser muy diversos, incluyendo servicios públicos, privados, volun-

tariado y organizaciones sin ánimo de lucro, o cuidadores informales. La realidad es que muchos pacientes reciben pocos cuidados formales, y un importante soporte informal proporcionado fundamentalmente por las familias. Esto da lugar a un panorama complejo, en el que la identificación de las necesidades y de los recursos, el tipo y calidad de los servicios, los diferentes proveedores y cuestiones como la accesibilidad y la equidad puede convertirse en una tarea muy dificultosa.

La formulación y evaluación de las políticas asistenciales requieren de la existencia de sistemas de información capaces de medir un número básico de indicadores relacionados con la salud mental, incluyendo determinantes demográficos y socioeconómicos, prevalencia de los diversos trastornos en la población general y en la población atendida por los servicios, e indicadores relacionados con el propio sistema asistencial. Estos incluyen el número de camas psiquiátricas y el tipo de dispositivo en el que se encuentran, número de admisiones y reingresos hospitalarios, duración de las estancias hospitalarias, periodo de duración de la enfermedad sin tratamiento, patrones de utilización de los servicios, tasas de recuperación, número de consultas de salud mental ambulatorias, tanto en atención especializada como en primaria, uso de tratamientos farmacológicos, tasa de profesionales, etc. Los métodos para recoger dichos datos incluyen desde encuestas en la población hasta la recogida sistemática de datos en los diferentes ámbitos asistenciales. Cuando dichos datos se recogen a nivel local, el sistema debería permitir su compatibilidad para establecer comparaciones y para su agregación y análisis global.

## Indicadores de Recursos y Servicios

La evaluación de recursos en Salud Mental ha sido objeto de especial atención en los últimos años. Un ejemplo es el Proyecto Atlas de la OMS (22) «Recursos de Salud Mental en el Mundo» (2000-2001), que recoge información acerca de dichos recursos de 185 países. Los resultados ofrecen un panorama esperable: en la mayoría de los países los recursos destinados a salud mental son muy insuficientes. En todo caso es difícil discriminar en qué manera estos recursos se dedican a la asistencia de los pacientes más graves, y qué profesionales, dispositivos y otros recursos pueden englobarse bajo lo que llamamos rehabilitación, aunque de alguna manera puede deducirse un enfoque más o menos comunitario y favorecedor de un modelo rehabilitador y de integración a través de la distribución de los recursos y de aspectos tales como la legislación y los planes y políticas asistenciales de cada país. En este sentido, la OMS ha desarrollado una herramienta destinada a recopilar de forma fiable información sobre los sistemas de salud mental de distintos países o comunidades (23), especialmente aquellos con niveles

bajos o intermedios de recursos: WHO-AIMS *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System* (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental. IESM-OMS). WHO-AIMS parte de las recomendaciones del Informe de Salud Mundial 2001, dirigidas a los aspectos esenciales del desarrollo de un sistema de salud mental y aspira a concienciar y facilitar la mejora de los servicios y el desarrollo de planes de salud mental con unos parámetros iniciales claros basados en objetivos y una base para evaluar la puesta en práctica y progreso de las políticas de reforma, de la provisión de servicios comunitarios y de la implicación de los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. A nivel estatal, algunos grupos han desarrollado iniciativas dirigidas a cuantificar y a mantener actualizados los datos acerca de los recursos disponibles para la asistencia a la salud mental en general, y a la rehabilitación en particular (24) (Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Observatorio de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial). En el caso de la rehabilitación, la heterogeneidad de servicios, su dependencia con distintos criterios de servicios sociales y sanitarios y la inclusión de recursos informales difuminan y dificultan su delimitación aún más, si cabe.

A menudo la evaluación de recursos y servicios relacionados con la salud mental en general y con la asistencia a los pacientes más graves en particular se ha limitado al mero recuento cuantitativo de dispositivos: qué tenemos, cuánto tenemos. Es, lógicamente, un primer paso, aunque gravemente limitado por la ausencia de una metodología estandarizada para evaluación de servicios (25-27). Sin dicha condición es imposible obtener resultados válidos de comparaciones entre diferentes áreas asistenciales. La evaluación sistematizada de servicios sociosanitarios es una prioridad de ámbito internacional y particularmente europeo, dados los planes de convergencia, la necesidad de fijar estándares de calidad y de buenas prácticas, el desarrollo de políticas interestatales y la fundamentación de la planificación sanitaria en el principio de la equidad. Es posible que uno de los mejores ejemplos de evaluación referida al desarrollo y cambio en la oferta de servicios, y al impacto de dichos cambios sobre la población afectada haya sido en las últimas décadas el proyecto TAPS (28; 29); y que durante más de una década ha evaluado de forma pormenorizada los resultados del proceso de desinstitucionalización e integración comunitaria de los pacientes ingresados en dos grandes hospitales psiquiátricos del entorno de la ciudad de Londres. No ha sido ésta, sin embargo, la constante en la mayoría de los lugares en los que se han producido cambios relevantes en la organización de servicios y en las políticas asistenciales y de asignación de recursos, en las que muchas decisiones se han tomado aten-

diendo a argumentos ideológicos, económicos, políticos, y en mucha menor medida, técnicos, sin una adecuada evaluación del impacto de dichos cambios en los resultados asistenciales, ni un aprendizaje derivado para la planificación futura.

La bondad de los servicios que atienden a personas con enfermedad mental grave a menudo se evalúa de manera escasamente objetiva, según criterios poco reproducibles y de escaso valor a la hora de obtener información válida para mejorarlos. Un criterio habitual ha sido el de tipo ideológico, es decir, la asunción de que un servicio es bueno si su ideología, marco teórico o política asistencial son coincidentes con los propios, de forma independiente de lo que la realidad diga, o de lo que las necesidades de los pacientes establezcan. El abuso del término «comunitario» en contraposición con lo «hospitalario», ha permitido el desarrollo de múltiples dispositivos ineficaces e ineficientes, escasamente accesibles, poco dotados de personal y con escasos recursos, y con actuaciones más basadas en la benevolencia y los cuidados generales que en una asistencia técnicamente correcta y basada en evidencia. Y todo ello bajo un paraguas general que todo lo encubre y aporta una especie de marchamo de buen hacer, sin ningún significado real subyacente, y que denomina comunitario a todo aquel que quiera apuntarse entusiásticamente a dicha denominación. El futuro parece precisar un criterio menos subjetivo, más evaluable y mejor adaptado a las necesidades asistenciales.

En este sentido, una de las propuestas más originales y de mayor popularidad en los últimos años ha sido la de Thornicroft y Tansella (30; 31). Por un lado, proponen dejar de lado la eterna diatriba entre comunitario y no comunitario y ceñirse a una planificación de servicios integrados comunitarios y hospitalarios acordes con las necesidades de la población, en un modelo de equilibrio pragmático entre servicios asistenciales hospitalarios y comunitarios (*Balanced Community Care*). En dicho modelo, la bondad de los servicios y la adecuación de los recursos no derivan de su mera cantidad, o de su pretendido *label* comunitario, sino de su capacidad para aplicar aspectos como la autonomía, la equidad, la eficacia, la efectividad y la eficiencia, la responsabilidad, la accesibilidad, la continuidad de cuidados o la integralidad. Thornicroft y Tansella desarrollan de forma mucho más extensa y pormenorizada esa aproximación en su propuesta de Matriz de Salud Mental (29), propuesta que parte de una matriz para la evaluación y desarrollo de servicios en la que se contempla un eje temporal (Recursos, Proceso y Resultado), cruzado con una dimensión geográfica o de ámbitos en los que dichos ejes temporales se encuadran (niveles estatal, local y regional). Es plausible pensar que este es el horizonte próximo a tomar en cuenta como referencia para la evaluación de nuestros servicios y la planificación de los mismos, en un ámbito postreforma.



## Indicadores de resultados y evaluación de necesidades

La evaluación de los servicios debería, desde luego, tener en cuenta de forma fundamental los resultados que obtienen sobre las personas a las que atienden, resultados que por otro lado deben de ser relevantes también para dichas personas y tener en cuenta sus necesidades reales. En los últimos años se han desarrollado instrumentos específicos para la evaluación de necesidades (32-34) como el *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal* (CANSAS) o el *Camberwell Assessment of Need* (CAN) o las expectativas y satisfacción de los usuarios con los servicios (*Carers and Users Expectations of Services*-CUES; Royal Collage of Psychiatrists 2002). La progresiva implantación de instrumentos de evaluación que tengan en cuenta estos aspectos deberá contribuir a una mayor orientación de los mismos hacia objetivos relacionados con la recuperación y la inclusión social.

Un ejemplo relevante de evaluación global de la asistencia a la esquizofrenia teniendo en cuenta necesidades y satisfacción, y a nivel europeo, es el estudio EPSILON (35) (*European Psychiatric Services: Inputs linked to Outcome Domains and Needs*). Entre los objetivos de dicho estudio estaba el de traducir y adaptar instrumentos de evaluación e investigación para su uso en cinco países europeos (incluyendo España) y el de describir la asistencia que recibían pacientes con esquizofrenia en cinco ciudades, una de cada país implicado en el estudio. El estudio EPSILON obtuvo información, mediante el uso de instrumentos de evaluación estandarizados, acerca de aspectos relevantes como las necesidades de los pacientes, la utilización de servicios y sus costes, la carga familiar, la satisfacción con los servicios y la calidad de vida. Otro ejemplo de tentativa de evaluación global de los resultados asistenciales a la población con enfermedad mental grave es el derivado de la estrategia *Health of the Nation* (British Department of Health 1992-1997) en Gran Bretaña, en cuyo contexto, y con el fin de establecer acciones de mejora en la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves, se desarrolló la escala HoNOS (Wing, Curtis, Beevor, 1996) (36). Dicha escala tiene como objetivo evaluar de forma global, sencilla y rutinaria (en contextos asistenciales) la situación de salud (mental y física) y de funcionamiento social de las personas con enfermedades mentales graves, y de servir como indicador a nivel local y nacional para evaluar los resultados asistenciales derivados de las diversas acciones e intervenciones realizadas. En la actualidad HoNOS es el instrumento de evaluación de resultados más ampliamente difundido y utilizado en los servicios de salud mental ingleses, y ha sido incorporado al conjunto de datos mínimos que dará lugar al modelo estándar de información procedente del sistema asistencial de salud mental en Inglaterra y Gales.

## Indicadores relacionados con las personas: Evaluación de los Profesionales

Los trastornos crónicos de salud constituyen ya más de la mitad de la carga global derivada de las enfermedades en el mundo, y serán el principal desafío asistencial de los sistemas de salud del siglo XXI. Y en el caso concreto de la salud mental, el principal recurso asistencial somos las personas, los profesionales. Más allá de los problemas que se derivan de las dificultades del trabajo en equipo, de la multidisciplinariedad, de la aparición de nuevos roles profesionales y la adaptación de los antiguos, de los conflictos de competencias (que a menudo encubren intereses meramente corporativos) la realidad es que va a ser necesario un importante cambio de enfoque en las habilidades necesarias y la formación para afrontar las demandas de un creciente número de personas afectadas por problemas crónicos de salud. La evaluación de los servicios de rehabilitación y atención a la enfermedad mental crónica no puede dejar de lado la evaluación de las capacidades y el desempeño de los profesionales que componen dichos servicios, y de las habilidades y competencias necesarias que han de desarrollarse a través de la formación. En este sentido pueden considerarse cinco competencias básicas comunes a cualquier profesional sanitario (37).

- Capacidad para desarrollar un estilo de atención centrada en el paciente.
- Capacidad de colaboración.
- Cultura de mejora continua y calidad.
- Habilidades en tecnologías de la información y comunicación.
- Una perspectiva de Salud Pública.

En el contexto particular de la asistencia a la enfermedad mental grave, el cambio del modelo asistencial desde los servicios centrados en la atención hospitalaria a largo plazo a la atención comunitaria, supone un auténtico desafío con respecto a la cualificación y formación del personal asistencial, incluyendo el de los propios psiquiatras. Paradójicamente algunos estudios han detectado una alta proporción de personal carente de formación específica en el campo de la salud mental en los ámbitos asistenciales comunitarios (38). Esto solo puede ser posible en un contexto en el que el papel central de los recursos humanos en la asistencia a la salud mental es minusvalorado y/o en el que las competencias necesarias y relacionadas con los mejores resultados asistenciales no están bien determinadas y evaluadas.

Además de las necesidades de adaptación y de formación, otro de los retos a afrontar por parte de las personas que trabajan en contextos de atención a problemas crónicos de salud es el desgaste profesional. Además

de las características inherentes al trabajo con personas con trastornos psiquiátricos graves de curso crónico (necesidad de enfrentar importante incertidumbre, conductas alteradas, demandas poco razonables, falta de evolución), la carencia e inadecuación de los recursos, las dificultades generadas en los propios equipos de trabajo, la falta de claridad en los objetivos y criterios de trabajo, el escaso reconocimiento profesional, contribuyen a generar profesionales quemados, sin entusiasmo, y alejan a los nuevos profesionales del campo de la cronicidad, fuertemente estigmatizado y menospreciado. La evaluación de los factores psicosociales que contribuyen al desgaste de los profesionales será también un elemento clave a considerar para la mejora en el funcionamiento de los servicios y en la calidad de la atención, así como en la satisfacción de los profesionales.

Estigma. Indicadores relacionados con el impacto de las actitudes de la población, discriminación y enfermedad mental

El estigma y la discriminación constituyen una de las peores consecuencias del padecimiento de una enfermedad mental grave (39; 40). Adicionalmente, suponen uno de los obstáculos principales para una adecuada asistencia a las personas afectadas y a sus familias. Reconociendo este hecho, la lucha contra el estigma está presente en todos los programas, planes y estrategias de atención a la salud mental. Pero lo cierto es que aunque en los últimos años se han promovido diversas campañas de lucha contra el estigma, tanto a nivel nacional como internacional, su eficacia es poco conocida en cuanto a su capacidad para modificar las creencias y actitudes de la población y contrarrestar las informaciones negativas, especialmente las relacionadas con episodios de violencia y ampliamente difundidas por los medios de comunicación.

Existen algunos estudios internacionales dirigidos a evaluar el impacto del estigma y la discriminación sobre las vidas personales de las personas afectadas por enfermedades mentales. Un ejemplo actualmente en marcha es el *International Study of Discrimination and Stigma Outcomes in Mental Health* (INDIGO), dirigido específicamente a las personas con esquizofrenia, y que abarca a 28 países (*Health Service and Population Research/Community Mental Health. King's College London 2007*). Adicionalmente el estudio recoge información relevante acerca de aspectos como políticas y legislaciones en cada país que puedan afectar a las personas con trastornos mentales. El grupo investigador ha desarrollado una escala específica (*Discrimination and Stigma Scale-DISC*) que es utilizada por los entrevistadores y que evalúa experiencias estigmatizantes en diversas áreas de la vida cotidiana. Muy recientemente se ha publicado una nueva escala desarrollada específicamente para evaluar el estigma que

sufren las personas afectadas (*The Stigma Scale*) (41). Existen también diversas experiencias de evaluación de la eficacia de intervenciones educativas dirigidas a modificar actitudes de grupos específicos de población, incluyendo policías, estudiantes de secundaria (Pinfold y otros, 2004, 2003) o estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría (ASTECC Project, Kassam A., 2007).

El estigma es un fenómeno complejo; para contrarrestarlo es necesario disponer de mayor información sobre aspectos como el estigma público, el autoestigma, el impacto del estigma en las familias de las personas con enfermedad mental y sobre la discriminación estructural de las personas con enfermedad mental, especialmente dentro del sistema de atención sanitaria. Carecemos de información sobre los diferentes efectos que el estigma tiene sobre las personas con trastornos mentales diferentes; es poco probable que personas con diversos trastornos se enfrenten a las mismas actitudes estigmatizadoras y reaccionen ante la discriminación de la misma manera. En todo caso, los tres factores fundamentales que sustentan el estigma relacionado con la enfermedad mental son la ignorancia, el prejuicio (actitudes negativas) y las conductas de rechazo y aislamiento (discriminación). Aunque las iniciativas actuales contra el estigma tienen ciertamente buena intención, es necesario más trabajo empírico para conocer cuáles son las mejores estrategias y contenidos para reducir las actitudes y el comportamiento estigmatizador, y en qué grupo diana actuar preferentemente. Necesitamos averiguar si, además de los enfoques públicos, los enfoques psicoterapéuticos podrían apoyar a las personas con enfermedad mental a afrontar mejor el estigma hasta que el estigma público haya disminuido sustancialmente. En este contexto necesitamos también más información sobre la relación entre estigma, emociones como la vergüenza y la autoestima. El estigma público tiene un impacto importante sobre muchas personas con enfermedad mental, especialmente si lleva al autoestigma, y puede interferir con diversos aspectos de la vida, incluido el trabajo, la vivienda, la atención sanitaria, la vida social y la autoestima.

### *Post Data*

Hace más de treinta años, el famoso terapeuta familiar sistémico Jay Haley publicaba un conocido ensayo titulado: «El arte de fracasar como terapeuta» (42) donde en clave de humor repasaba las principales actitudes relacionadas con el fracaso en la práctica de la psicoterapia. Parafraseando a Haley, Stewart Shevitz publicaba un ensayo titulado «El arte de Fracasar como Gestor» (43). Algunas de las recomendaciones recogidas por dicho artículo de forma mordaz pueden ser dadas la vuelta por el gestor clínico novel para paliar, con el sentido común, la falta

de formación específica y de tiempo material para abordar los problemas que su «economía doméstica» o pequeño entorno de gestión produce. Me permito adaptar, en una traducción libre, algunas de esas recomendaciones:

Paso 1. Desechar el problema presente como intrascendente. Insista en que el problema que trae a su despacho el miembro del equipo no es importante. Deséchelo como trivial, y podrá evitar la confrontación con lo que podría ser un asunto importante para la organización.

Paso 2. Rechazar el trato directo del problema que se presenta. Evite el problema que se presenta atribuyéndolo a algún otro aspecto de la organización sobre el cual uno carece de control. De esta manera, la culpa puede ser dirigida siempre a otra parte, y uno puede eludir la responsabilidad sobre el problema. Esta táctica alienta un sentimiento de impotencia e indefensión en las personas a su cargo, con lo que dejan de presentarle los problemas, ya que piensan que no tiene poder para hacer nada con ellos.

Paso 3. Utilizar etiquetas que desafíen su traducción en intervenciones de gestión. Esta técnica funciona bien en particular con las autoridades. Si son reaccionarias, pasivo-agresivas o sin motivación para el cambio, no hace falta trabajar para solucionar las cosas, ya que todo es inútil.

Paso 4. Poner énfasis sobre una solución única, sin importar lo heterogéneo que sea el problema. Los empleados que no se comportan apropiadamente de acuerdo con el método empleado deben ser definidos como incorregibles y despedidos.

Paso 5. Repetir el pasado. Intente solucionar los problemas crónicos de un miembro del equipo de la misma fracasada manera y con el mismo entendimiento limitado empleado por supervisores previos.

Paso 6. Sólo funcionan los tratamientos a largo plazo. Otra forma de fracasar como gestor es insistir en que únicamente el Juicio Final puede cambiar la organización.

Paso 7. Ignorar la realidad. Ignore el mundo real en que se desenvuelve la organización y enfatice las fantasías y los valores de cómo eran las cosas hace 20 ó 30 años. Pretenda que las cosas no han cambiado.

Paso 8. Guardarse de los pobres. Perspectiva Clínica. Haley aconseja, «Evite a los pobres, porque suelen insistir en resultados y no pueden ser distraídos por conversaciones intuitivas». Análogo Administrativo. Idéntico a los de arriba.

Haley termina sugiriendo colgar en la pared del despacho de cada terapeuta (en nuestro caso de cada gestor) un lema conocido como «Las Cinco ESES que Garantizan el Fracaso Terapéutico» (o el Fracaso como Gestor): Sé Pasivo, sé Inactivo, sé Reflexivo, sé Callado, sé Precavido. El lema es tan relevante para la gestión como para la psicoterapia, y sigue siendo tan pertinente hoy en día como hace treinta años.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Adams, S., *Manual de Gestión Empresarial de Dogbert*, Buenos Aires, Granica, 1998.
- (2) Ruiz Iglesias, L., *Sistemas Sanitarios, Reformas y Gestión. En Claves de la Gestión Clínica*, McGraw Hill, 2004.
- (3) Martínez Olmos, J., y otros, «¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios?», *Medicina de Familia (And)*, 2001, 2: 161-164.
- (4) González Revaldería, «Paradigma de la calidad en las instituciones sanitarias del siglo XXI», *Revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 2007, 8, 4.
- (5) Desviat, M., «Vicios privados, beneficios públicos o la influencia de los nuevos modelos de gestión en los servicios de salud mental», *Interpsiquis*, 2003, *IV Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- (6) Desviat Muñoz, M., «De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental», *Norte de Salud Mental*, VII, 31, 2008
- (7) Chicharro, F.; Uriarte, J. J., «Gestión Clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los Nuevos Modelos de Gestión y la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa», *Interpsiquis*, 4.º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- (8) Uriarte, J. J., «Gestión clínica, rehabilitación y atención a la enfermedad mental severa de curso crónico», *Norte de Salud Mental*, IV, 13, 2002.
- (9) Chicharro, F., «Integración de los Programas de Calidad en el ámbito de Salud Mental», *Norte de Salud Mental*, V, 17, 2003.
- (10) Salvador Carulla L., y otros, «La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?», *Informe SESPAS*, 2002, capítulo 15.
- (11) OMS, «Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (OPS/OMS) Financiación de la salud mental», *OMS*, 2006.
- (12) OMS, «Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (OPS/OMS) Mejora de la calidad de la salud mental», *OMS*, 2007.
- (13) OMS, «Informe Salud Mental en el Mundo», *OMS*, 2001.
- (14) Thornicroft, G.; Susser, E., «Evidence-based Psychotherapeutic Interventions in the Community Care of Schizophrenia», *Br. J. Psychiatry*, 2001, 178: 2-4.
- (15) Lieberman, J. A., y otros, «Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia», *New England Journal of Medicine*, 2005, 353: 1.209-1.223.
- (16) Lehman, A. F.; Steinwachs, D. M., «Patterns of Usual Care for Schizophrenia. Initial Results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey», *Schizophr. Bull.*, 1998, 24: 11-20.
- (17) Lehman, A. F.; Steinwachs, D. M., «Translating Research Into Practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations», *Schizophr. Bull.*, 1998, 24: 1-10.
- (18) Lehman, A. F., y otros, «The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations, 2003», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30: 193-217.
- (19) Falloon, I. R. H., «The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project», *Psychiatr. Serv.*, 1999, 50: 615-8.
- (20) Fleishhacker, W; Goodwin, G., «Effectiveness as an Outcome Measure for Treatment Trials in Psychiatry», *World Psychiatry*, 2009, 8: 23-27.
- (21) Muijen, M., «Mental Health Services in Europe: an Overview», *Psychiatric Services*, 2008, 59-5: 479-482.
- (22) *Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo*, OMS, 2001.

- (23) World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS), World Health Organization 2005, en [www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html)
- (24) «El Observatorio de Salud Mental de la AEN», *Revista de la AEN*, 93, 2005.
- (25) Salvador-Carulla, L., y otros, «Assessment Instruments: Standarization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2000, 102 (supl. 405): 24-32.
- (26) Salvador, L., y otros, «Versión española del European Service Mapping Schedule (diagrama Europeo de Servicios)», *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60: 141-150.
- (27) Salvador-Carulla, L., «Routine Outcome Assessment in Mental Health Research», *Curr. Opin. Psychiatry*, 1999, 12 (2): 207-210.
- (28) Leff, J., y otros, «The TAPS Project: a Report on 13 Years of Research, 1985-1998», *Psychiatric Bulletin*, 2000, 24: 165-168.
- (29) Leff, J. (ed.), *Care in the Community: Illusion or Reality?*, Chichester, John Wiley and Sons, 1997.
- (30) Thornicroft, G.; Tansella, M., «Components of a Modern Mental Health Service: a Pragmatic Balance of Community and Hospital Care: Overview of Systematic Evidence», *Br. J. Psychiatry*, 2004, nov., 185: 440.
- (31) Thornicroft, G.; Tansella, M., «Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services», University of Cambridge Press, 1999 (trad., Triacastella 2005).
- (32) Phelan, M., y otros, «The Camberwell Assessment of Need (CAN): The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness», *Br. J. Psychiatry*, 1995, 167: 589-595.
- (33) Davenport, S., «Ensuring the Community Cares: Assessment and Evaluation of Social Care Needs in Long-Term Mental Illness», *Advances in Psychiatric Treatment*, 2006, 12: 45-53.
- (34) Simpson, E.; House, A., «Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: Systematic Review», *BMJ*, 2002, 32, 5:1.265-1.270.
- (35) Becker, T., y otros, «The EPSILON Study of Schizophrenia in Five European Countries», *Br. J. Psychiatry*, 1999, 175:514-21.
- (36) Wing, J. K., y otros, *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research and Development*, Londres, Royal College of Psychiatrists, 1996.
- (37) Pruitt, S. D.; Epping-Jordan, J. E., «Preparing the 21st Century Global Healthcare Workforce», *BMJ*, 2005, 330: 637-639.
- (38) Senn, V., y otros, «Training Level and Training Needs of Staff» en Leff, J. (ed.), *Care in the Community, Illusion or Reality?*, 1997.
- (39) Thornicroft, G., *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2007.
- (40) Uriarte, J. J.; Arnaiz Muñoz, A., «Estigma y enfermedad mental», *Norte de Salud Mental*, VI, 26, 2006.
- (41) King, M., y otros, «The Stigma Scale: Development of a Standardised Measure of the Stigma of Mental Illness», *Br. J. Psychiatr.*, 2007, 190: 248-254.
- (42) Haley, J., «The Art of Being a Failure as a Therapist», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1969, 39: 691-695.
- (43) Shevitz, S., «Jay Haley Revisited: The Art of Being a Failure as an Administrator», *Psychiatr. Serv.*, 51: 1.047-1.048.

Parte III

**EXPERIENCIAS DE GESTIÓN CLÍNICA EN  
SALUD MENTAL EN EL ESTADO ESPAÑOL**





# GESTIÓN CLÍNICA Y SISTEMAS DE CALIDAD EN EUSKADI

*Francisco Chicharro Lezcan, José J. Uriarte Uriarte*

En el capítulo anterior se ha expuesto la importancia que ha adquirido la introducción de los nuevos modelos de gestión y de calidad, haciendo referencia –aún relativizándolas– a las ventajas que supone su implantación en los sistemas de salud pública. En este sentido es conveniente tener claro que los modelos de gestión sanitaria, de calidad, de evaluación, etc., son un medio pero no un fin y que dependiendo del uso que se haga de ellos pueden facilitar la labor asistencial o todo lo contrario. Por desgracia hay ejemplos recientes en los que se pretende disfrazar de «autonomía de gestión» líneas que conducen directamente a la privatización (1). A continuación vamos a tratar de argumentar lo anterior exponiendo algunos ejemplos.

## *Las reformas en la gestión*

La práctica clínica ha sufrido una profunda transformación en los últimos treinta años derivada tanto de la evolución científica como del desarrollo de los sistemas de cobertura y provisión sanitaria. Desde mediados de los años setenta, coincidiendo con la crisis económica que supuso para los países occidentales el aumento del precio del petróleo, se viene avisando de la incompatibilidad del crecimiento sostenido del gasto y el mantenimiento del llamado Estado de Bienestar. Es por ello que en la última década del siglo pasado se iniciaron reformas tratando de aumentar la eficiencia e implementándose los nuevos modelos de gestión. Aún con matices, de los que después nos ocuparemos, los objetivos de la mayoría de estos nuevos modelos son intachables desde el punto de vista empresarial (e incluso social): a) Equidad en el acceso de los ciudadanos y en la atención ante problemas o necesidades semejantes; b) Eficiencia, en cuanto a conseguir una mayor conciencia del coste sanitario; c) Libertad de elección de los usuarios; d) Competencia en la oferta.

En principio, nada que objetar en cuanto a los dos primeros puntos (equidad y eficiencia). Los dos últimos serían ya más cuestionables, aunque desde el punto de vista de la sociedad parece atractivo poder elegir centro y/o facultativo (aunque en la realidad no es tan cierto) y en cuanto a la competencia, vendría a dar respuesta a la falta de incentivos de los profesionales de los sistemas públicos (reconocimiento «a los más eficientes»).

El marco en que se han venido poniendo en práctica las reformas ha sido diverso: entidades públicas de derecho privado, fundaciones, institutos, etc. Por lo general, la clave de todas las reformas consiste en la diferenciación entre financiación y provisión de recursos y la «compraventa» de servicios por medio de los contratos programa.

El Plan Estratégico del INSALUD (1998) se presentó bajo el lema «Mejorar lo que es de todos» –¿Quién no suscribiría el eslogan?– y, desde la perspectiva de la gestión, fue un instrumento clave para iniciar un proceso de cambio. Resumiendo, en dicho plan se contemplaba:

1. Separación de las funciones de compra y provisión de servicios sanitarios, mediante la creación de una Dirección Territorial en cada uno de los territorios dependientes de la entidad, con las siguientes funciones:
  - Negociación con los Servicios Centrales del presupuesto sanitario anual.
  - Coordinación de las Direcciones Provinciales, que se convierten a su vez en «compradores» de servicios a proveedores internos y externos.
2. Organización de los centros:
  - Cada uno elaborará su propio Plan Estratégico.
  - Podrá dotarse de personalidad jurídica propia.
  - Cada centro adecuará la plantilla a sus necesidades reales.
  - Firmará los Contratos Programa con la Dirección Provincial.
  - Los Contratos tendrán en cuenta los logros en la lista de espera.

Resumiendo, se contemplan conceptos de mercado suficientes para introducir el cambio: *Contratos, compra, venta, competencia, pago por objetivos...* ¿y esto a dónde nos lleva? Pues depende; puede ser positivo o puede ser un desastre, y ejemplos hay en nuestro entorno. Como botón de muestra de lo segundo fijémonos en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, ejemplar hace años y catastrófico desde que en la «era Thatcher» se consideró que en la sanidad, al igual que en otros sectores productivos, la competencia de mercado resolvería todos los problemas. Es el mismo error que se está produciendo en la Comunidad de Madrid con la «desmembración» que ha supuesto la creación de nuevos hospitales –en un proceso de privatización pura y dura– y la demagógica oferta de libertad de elección, que supondrá la ruptura de la red de salud mental, el peregrinaje de los pacientes de uno a otro dispositivo y la desatención a las personas con patología grave y persistente.

### *El espíritu y la letra*

Aún en el mejor de los casos, suponiendo que el espíritu del modelo sea favorecer la asistencia, lo que importa no es tanto el modelo sino su

desarrollo y la financiación que lleve aparejada. En este sentido, es célebre la frase del Conde de Romanones (presidente del Consejo de Ministros con Alfonso XIII) que decía: «Hagan otros las leyes y a mí que me dejen los reglamentos». Con respecto a la financiación de la salud mental, no olvidemos que existen grandes diferencias de gasto entre las diferentes comunidades autónomas. Tratando de poner un ejemplo, a continuación se expondrá el modelo que sigue el Servicio Vasco de Salud, con sus posibilidades, límites, ventajas e inconvenientes.

### *Modelos de gestión en Euskadi*

Desde los años ochenta, y muy especialmente a lo largo de la década de los noventa, el Departamento de Sanidad, y Osakidetza en particular, han impulsado de forma decidida la implantación de modelos de gestión sanitaria basados en la calidad total/excelencia, en la implantación de modelos de calidad.

En 1993, el Parlamento Vasco aprobó el documento «Osasuna Zainduz-Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca» (2). Ya en 1992, la calidad asistencial ocupaba un lugar estratégico en la planificación de los servicios sanitarios vascos, y en esa fecha se publica e implanta el Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios. En este plan se realiza una integración de las dimensiones clásicas de la calidad asistencial y junto a la calidad técnica, tradicionalmente vivida como un elemento de gran valor para los profesionales, se plantean también como objetivos: la calidad percibida por los usuarios (accesibilidad al sistema, trato, información, respeto...), la calidad en la utilización de los recursos (control de costes y eficiencia), y la disminución de los costes de no calidad (infección nosocomial, complicaciones, errores...). Con posterioridad, se efectúan planes para otras áreas asistenciales como la salud mental y la atención primaria (Plan Integral de Calidad en Salud Mental y Estrategia para la Mejora Continua en Atención Primaria), implantados ambos en el año 1994. A partir de 1995, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud comienza a utilizar el modelo de calidad de la EFQM, como marco de referencia para la calidad y mejora continua de los servicios sanitarios, de forma pionera entre las administraciones públicas del País Vasco y, entre los servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud. En 1997, el Parlamento Vasco aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que articula la separación funcional de la planificación y la financiación, competencias del Departamento de Sanidad, de la provisión de servicios sanitarios, que queda como competencia de Osakidetza/Servicio Vasco de salud, y transformando el Organismo Autónomo en Ente Público de Derecho Privado, marco administrativo que facilita la gestión de sus organizaciones de servicios bajo los principios de autonomía de gestión, flexibilidad, responsabilidad, eficiencia y calidad (3).

## La ley de Ordenación Sanitaria

En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios. Desde enero de 1998, Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado cuya misión es «atender a la provisión de los servicios sanitarios de titularidad pública», pretendiendo «lograr un modelo de actividad más dinámico de sus estructuras que opere bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión». Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza se articulan mediante el Contrato-Programa. Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad, y en él se establecen la Cartera de servicios, volumen de actividad, actividad contratada, compromisos de calidad, facturación y financiación.

Cada centro negocia previamente con sus diferentes servicios los puntos anteriores, y el conjunto constituye el Contrato Programa del centro.

### *El Contrato Programa*

Se negocia entre la Dirección Territorial y la Dirección de los Centros, plasmándose en un documento que recoge: a) Actividad; b) Criterios de calidad; c) Financiación.

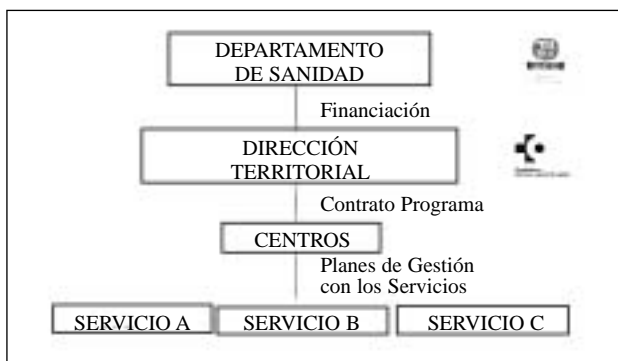
#### *Apartados del contrato programa*

Actividad	Criterios de calidad	Repercusión económica
Cartera de servicios	Indicadores asistenciales	
Volumen de actividad	Docencia	Financiación
Actividad contratada	Investigación	

El establecimiento de un Contrato Programa tiene ventajas e inconvenientes. Entre las primeras están: delimita claramente las prestaciones, permitiendo conocer cuáles son los programas ofertados, el volumen de actividad, homologar indicadores de calidad, y detectar cuáles son ineficientes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> El concepto de «ineficiencia» puede ser polémico, ya que la definición habitual de eficiencia «el mejor rendimiento al menor costo», puede ser perverso.

Como inconvenientes podríamos avanzar: a) Sólo se financia lo contratado. Al estar separados los actos de planificación y contratación se dificulta el establecimiento de nuevos programas. Si se produce más actividad de la esperada (y contratada) no se financia, lo que se traduce en una desincentivación<sup>2</sup>. b) Puede darse un riesgo de desatención a lo «no rentable», es decir, a aquellas patologías que no producen un beneficio económico para el centro. c) La firma de Contratos Programa con los distintos centros (si no se tiene en cuenta el concepto de «área» o «red de salud mental») puede dar lugar a contradicciones entre sus objetivos (por ejemplo entre los Centros de Salud Mental y las unidades de hospitalización)<sup>3</sup>.



### *El cuadro de mandos*

Es la herramienta que permite conocer la actividad del servicio o centro. Incluye los datos de actividad, indicadores de calidad y comparaciones con el mismo periodo del año anterior. En las organizaciones más avanzadas se incluyen los aspectos que se haya decidido abordar en la planificación estratégica. A continuación se plasma un ejemplo del cuadro de mandos de una unidad de corta estancia (agudos/hospitalización breve):

<sup>2</sup> Y probablemente si se financiara se podría entrar en una espiral de «sobreactividad», disfrazada de «eficiencia», pero que no produjese un beneficio social.

<sup>3</sup> Por ejemplo la estancia media; índice de reingresos; % de ingresos derivados desde los CSM, etc.

PLAN DE GESTIÓN 2008	HOSPITALIZACIÓN CORTA ESTANCIA 2							
	Agosto	Acumulado	Agosto 1008		Acumulado 2008		Proyección	Objetivo
	2007	2007	Previsto	Real	Previsto	Real	Anual 2008	2008
Ingresos	52	406	47	42	375	387	574	562
Altas	47	393	47	41	375	375	562	562
% Reingresos	23,08	20,65	< 21,00	26,19	< 21,00	22,74	22,28	< 21,00
Estancias	849	6,382	794	836	6,351	6,799	9,974	9,526
Estancia Media	16,33	15,72	< 17,00	19,90	< 17,00	17,57	17,37	< 17
Camas Asignadas	29	29	29	29	29	29	29	29
% Ocupación	94,44	90,43	> 90,00	92,99	> 90,00	96,09	93,97	> 90,00
Índice de Rotación	1,79	14,00	1,61	1,45	12,92	13,34	19,80	19,38
% de Primeras Hospitalizaciones	34,62	28,72	30,00	14,29	30,00	26,10	28,27	30,00
Estancia media por GRD	16,45	16,06	< 17,00	19,90	< 17,00	16,96	17,75	< 17
Peso (GRD)	61,01	512,74	61,82	54,35	494,56	500,63	747,91	741,84
Peso medio (GRD)	1,30	1,30	1,32	1,33	1,32	1,34	1,33	1,32
Presión de Urgencias	1,92	2,35	7,00	0,00	7,00	2,33	1,45	7,00
Número de consultas Médicas realizadas	54	4,81	51	27	409	256	461	614
Número de consultas Enfermería	0	0	2	0	14	16	16	

#### CALIDAD ASISTENCIAL

Entrega de informe de alta en mano	100,00	100,00	>100,00	100,00	>100,00	100,00	100,0	>100,00
Entrega de informe al CSM en plazo < 24 h.	100,00	100,00	>100,00	100,00	>100,00	100,00	100,0	>100,00
% GRD's Inespecíficos	0,00	0,00	< 1,00	0,00	< 1,00	0,00	0,33	< 1,00
Utilización formulario consentimiento informado TEC	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% Altas voluntarias	4,26	3,56	< 3,00	4,88	< 3,00	4,27	3,88	< 3,00
% de ingresos involuntarios	25,00	23,26	25,00	19,05	25,00	22,22	23,00	25,00
Traslados de UCE a UME	14,89	12,49	< 20,00	4,88	< 20,00	16,00	17,18	< 20,00
% Altas por Fuga	0,00	0,25	< 1,00	0,00	1,00	0,27	0,47	< 1,00
Tiempo de demora media	0,00	0,60	< 0,55	s/d	0,55	0,60	0,64	< 0,55
Sectorización	100,00	99,10	> 95,00	95,24	> 95,00	96,90	96,34	> 95,00

#### Ventajas y riesgos del modelo

En principio parece resolver (parcialmente, pero es un avance) la dificultad del sistema público para incentivar la actividad de sus profesionales. La buena gestión de un servicio no se repercute en la nómina de sus integrantes, pero se obtiene un beneficio. Existe el riesgo de que en la lucha por la competencia se realice una actividad asistencial con la mirada puesta en las cifras, y ese no debe ser el objetivo. Los indicadores deben ser un medio, una herramienta, pero no un fin en sí mismos. Por la misma razón, la coordinación y la cooperación, imprescindibles desde el concepto de red de salud mental, pueden verse afectadas si cada uno piensa únicamente en sí mismo. En ese caso la competencia se convertiría en la antítesis de la colaboración. Ahora bien, los nuevos modelos ¿ofrecen alguna alternativa a esto?

## *La red de salud mental ante los nuevos modelos de gestión*

Anteriormente se afirmaba que el concepto de «red de salud mental», básica en el desarrollo del modelo comunitario, puede verse afectada si cada dispositivo plantea sus propios objetivos al margen de los demás. En este sentido, y tratando de evitar ese riesgo, surge una herramienta entresacada de los nuevos modelos de gestión:

### *Las Unidades de Gestión Clínica*

El Servicio vasco de Salud está propiciando la organización de sus servicios en «Unidades de Gestión Clínica» que, básicamente, consisten en:

- Agrupación de distintos servicios con una misma misión.
- Integra la totalidad de los recursos de un área determinada.
- Gestión integrada de competencias y recursos.
- Globaliza el proceso de atención, facilitando la continuidad de cuidados.
- Transmite una imagen coherente y positiva.

Si se lee con atención, encaja perfectamente en el concepto de Red de Salud Mental: «*Gestión integrada de la totalidad de los recursos de un área determinada, que posibilita la continuidad de cuidados y el seguimiento comunitario y evita conflictos entre profesionales transmitiendo una imagen de coherencia*».

- Centro de Gestión Autónomo.
- Firma con la Gerencia un Contrato de Gestión Clínica.
- Asume la corresponsabilidad de la gestión de todos los recursos: humanos, materiales y económicos.
- Orienta la actividad asistencial teniendo al cliente como centro.
- Establece planes de formación continuada para todo el ente.

Hay una cierta autonomía en la toma de decisiones, las actividades tienen al paciente como eje, y permite la programación de actividades de formación continuada según las necesidades que se detecten.

- Asistencia integral a un sector.
- Facilita la adecuación de recursos a las necesidades.
- Mejora la eficiencia en la utilización de recursos.
- Aumenta la satisfacción de usuarios y trabajadores.
- Acerca las culturas clínica y de gestión.

Permite conservar el concepto de «área», posibilita el conocimiento de los pacientes, permite la «libre circulación» de profesionales y acerca



las culturas de clínicos y gestores, redundando en beneficio de todos. Resumiendo: *Unidad de Gestión Clínica = Área que engloba todos los recursos = Red de Salud Mental.*

Por lo tanto, y como conclusión, los nuevos modelos de gestión pueden proporcionar herramientas válidas para el trabajo clínico y el mantenimiento del modelo de salud mental comunitario, pero es imprescindible contar con la participación de los clínicos y definir previamente el modelo asistencial. En este sentido –definición del modelo– es fundamental disponer de un documento consensuado que sirva de guía a las iniciativas de las distintas organizaciones. En el País Vasco se exponen las líneas maestras a seguir mediante los sucesivos Planes Estratégicos de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, donde se define el modelo asistencial, puntos fuertes y débiles, amenazas y oportunidades, etc. En el recientemente culminado se exponía lo siguiente:

*Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004/2008. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (4)*

#### *Organización y modelo asistencial*

- La Red de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental se estructurará por áreas sanitarias, integrando la totalidad de los recursos –extra e intra-hospitalarios– articulándose mediante Unidades de Gestión Clínica.
- Se asume el modelo asistencial comunitario, atendiendo a las personas en su entorno social. Aspectos básicos del modelo serán la continuidad de cuidados mediante pautas de actuación comunes, y la potenciación de programas de prevención y de lucha contra el estigma y la discriminación que afectan a las personas aquejadas de trastornos mentales.

La novedad es la apuesta por las Unidades de Gestión Clínica (UGC). En este caso, una UGC podría estar formada por los Centros de Salud Mental de un área determinada, junto a las unidades de hospitalización y los recursos intermedios (centros y hospitales de día). Cada UGC tiene un líder gestor, responsable de la totalidad de los dispositivos que la componen.

#### ANÁLISIS DEL ENTORNO: AMENAZAS Y OPORTUNIDADES

Los cambios demográficos (envejecimiento de la población, inmigración, desarrollo de nuevas tecnologías) obligan a hacer un análisis del

volumen de la demanda en los últimos años. Sigue creciendo el número de pacientes diferentes en tratamiento ambulatorio, así como el volumen de consultas. El número de ingresos hospitalarios permanece estable, si bien la estancia media de las unidades de corta estancia ha disminuido.

Las principales amenazas que se contemplan son:

- Falta de coordinación entre los dispositivos de la red de salud mental, y de ésta con atención primaria.
- Saturación de la red de salud mental.
- Demanda creciente desde los sistemas judicial y penitenciario.
- Excesiva influencia de la industria farmacéutica en la asistencia psiquiátrica, en la formación, y en la investigación.
- Escasez de plazas MIR/PIR para la formación de especialistas en psiquiatría y psicología clínica.
- Envejecimiento de los profesionales.

El déficit de coordinación en la red de salud mental es evidente, al igual que la saturación de la red. Lo cierto es que la inflación de la demanda –justificada o no– ha desvirtuado el «espíritu comunitario», siendo frecuente que la asistencia se parezca cada vez más a las antiguas consultas de neuropsiquiatría del INSALUD.

La influencia de la industria farmacéutica en la asistencia, docencia, e investigación es una evidencia, debido en parte a que la Administración ha hecho dejación de estas funciones. Sería bien recibido que desde los sistemas públicos de salud se comenzaran a financiar ensayos clínicos serios, rigurosos e independientes, así como la formación continuada reglada.

La escasez de plazas de formación MIR/PIR, junto con el envejecimiento de los profesionales y las consiguientes jubilaciones, van a generar un serio problema en cuanto a la cobertura de plazas. El Departamento de Sanidad del Gobierno vasco, sensible a estas cuestiones, ha aumentado las plazas para MIR y PIR. En cuanto a este último colectivo hay que reseñar que, una vez consolidada la Especialidad de Psicología Clínica las plazas de psicólogo se ofertan como «Especialista en Psicología Clínica».

En cuanto a las oportunidades se mencionan:

- Margen de mejora en la coordinación de la red de salud mental y de ésta con atención primaria.
- Ámbito sociosanitario en desarrollo.
- La aparición de nuevos «nichos» de demanda (adolescencia, cronicidad, trastornos de personalidad).
- Desarrollo tecnológico accesible (fármacos y sistemas de información) y un mejor conocimiento de la evidencia científica.

- El proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica que supone la propia elaboración del Plan Estratégico.

### *Análisis interno: Fortalezas y debilidades*

Trata de definir los puntos fuertes y débiles de la organización. Se comienza reconociendo que, en lo que se refiere a la asistencia a la salud mental, los recursos humanos son el principal activo con que se cuenta. Se exponen los ratios de profesionales, especificando el grupo profesional al que pertenecen, admitiendo diferencias interterritoriales que habrán de ser corregidas.

En cuanto a las debilidades, se exponen:

- Falta de ubicación de la salud mental en el sistema sanitario.
- Deficiente coordinación entre dispositivos, con ruptura de la continuidad del proyecto terapéutico.
- Falta de autonomía de gestión de los recursos humanos, con dificultades de obtención de profesionales con perfiles predefinidos.
- Falta de liderazgo técnico... que dificulta la puesta en común de conocimientos y la superación de las discrepancias.
- Ausencia de planificación y de conexión entre las actividades docentes y la práctica cotidiana.
- Insuficiente presencia de tratamientos psicoterapéuticos y de algunas otras alternativas (terapias intensivas, rehabilitadoras).
- Falta de definición consensuada del proceso y de los planes terapéuticos de rehabilitación.
- Insuficiente formación en metodología de la investigación.
- Falta de concreción en la definición de contenidos, objetivos, y funciones de los distintos perfiles profesionales..., a lo que se añade una falta de reconocimiento profesional.
- Falta de definición y asunción clara en muchos casos de los papeles de jefatura, provocando una indefinición organizativa de los equipos multidisciplinares.
- Deficiente funcionamiento de la urgencia y de la intervención extra-hospitalaria en crisis.

Las fortalezas se encuentran en:

- Amplia diversidad de dispositivos terapéuticos y del acceso a los tratamientos farmacológicos, incluidos los más novedosos, con libertad de prescripción.
- Red de salud mental y unidades de corta estancia bien equipadas, y sectorizadas.

- Múltiples estructuras, integradas en un sistema de asistencia público y universal, con profesionales con gran conocimiento del sistema e implicados en su buen funcionamiento.

Como resumen podría decirse que Osakidetza/Servicio Vasco de Salud lleva apostando desde hace años por modelos avanzados que –aún con matices– permiten una cierta autonomía de gestión. Asumiendo el modelo de psiquiatría comunitaria, en todo momento se ha respetado que el sistema sanitario es universal y público y se han diseñado planes estratégicos y de gestión con la participación de los profesionales. Se ha puesto a disposición de los mismos las herramientas necesarias (sistemas de información, indicadores, etc.) para el seguimiento de los planes de gestión y se han favorecido en lo posible las iniciativas planteadas desde las distintas organizaciones. Por otra parte, y como veremos más adelante, se han potenciado los sistemas de calidad integrando el modelo EFQM como marco de referencia para la mejora continua de los servicios sanitarios.

### *La calidad en las políticas sanitarias en Euskadi*

La calidad es un concepto relativamente moderno (aparece en el siglo XX) y ligado en principio al ámbito de la industria, pero la realidad es que siempre ha existido una preocupación por el trabajo bien hecho y, por lo tanto, un concepto intuitivo de la calidad. No obstante, el concepto de calidad, tal como es entendido actualmente, ha ido evolucionando en paralelo a los problemas que ha ido planteando el desarrollo industrial, estando directamente ligado a la competitividad empresarial. Por otra parte, el léxico que se utiliza, frecuentemente cargado de anglicismos o de frases altisonantes, no ha contribuido precisamente a hacerlo atractivo. Probablemente por eso en los círculos sanitarios, y más concretamente en los psiquiátricos/salud mental, se produjo inicialmente una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad como parte integrante del quehacer cotidiano.

Es cierto que el formato (más bien el envoltorio) con que se presentan los programas de gestión de calidad, al estar centrados en el mundo empresarial puro y duro, les hace parecer poco atractivos y, si no se profundiza en su contenido, inadecuados al mundo sanitario. Sin embargo, y al igual que ha sucedido con los nuevos modelos de gestión, los programas de calidad ya están aquí, y de momento para quedarse, por lo que el debate no se plantea en términos de «lo toma o lo deja», sino de analizar sus características y extraer los beneficios que puedan aportar.

## *Evolución de los sistemas de calidad*

Desde el principio e independientemente del sistema seguido, los programas de calidad han tenido un doble objetivo: La satisfacción del cliente y abaratar costos al evitar devoluciones de productos defectuosos. Simplificando, podrían establecerse varias etapas en la evolución de los sistemas de calidad:

1. Hasta la década de los treinta se habla de control de calidad, estando claramente diferenciadas las funciones de planificación, ejecución y control (unos planifican, otros ejecutan y otros controlan que el producto final se ajusta a las especificaciones).
2. Desde 1930 se incorpora la estadística, estableciéndose planes de muestreo a la inspección y, por tanto, abaratando costes al no tener que revisar el 100% de las piezas.
3. Posteriormente (1970 a 1990) se introduce el concepto de «aseguramiento de la calidad», que trata de planificar el conjunto de acciones necesarias para «asegurar» que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos establecidos. Se trata así de limitar al máximo la tasa de errores en la totalidad del proceso.
4. Al mismo tiempo, desde 1950, comenzó en Japón el desarrollo de modelos de Calidad Total, en la que nos centraremos posteriormente.

### *Evolución de los sistemas de calidad*

MODELO	1920	1930	1970	1990
<i>Sistema de producción</i>	En masa	Cadena de producción	Producción en subequipos	Ajustada a la demanda
<i>Concepto de calidad</i>	Conformidad de especificaciones	Conformidad de especificaciones	Satisfacción necesidades de clientes	Satisfacción del cliente, empleados, accionistas y sociedad
<i>Etapas de gestión de calidad</i>	Control de calidad	Control estadístico	Aseguramiento de la calidad	Calidad Total

A continuación se exponen algunos modelos, con la intención de subrayar los puntos en común con el ámbito sanitario. Recordemos algunas de las aportaciones destacables en el mundo de la calidad ligada a la gestión empresarial:

### *Algunos modelos de calidad:*

Círculos de Calidad: «Grupos de voluntarios, estables en el tiempo, que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de los *procesos* y el entorno del trabajo».

Ciclo de Shewhart (PDCA): «Proceso metodológico para asegurar las *actividades de mejora* y mantenimiento de lo mejorado». Plan-Do-Check-Act (Planificar; Hacer; Comprobar; Ajustar).

*Just in Time*<sup>4</sup>: «Sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto, con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto».

«Actividades de mejora, procesos, trabajo, gestión, cliente...». Como antes se apuntaba, la terminología al uso no es demasiado atractiva, pero, aún con matices, se ha ido infiltrando en el mundo sanitario y ya no resulta tan ajena: «Gestión por procesos, actividades de mejora, cliente», son términos ya incorporados a la cultura de la gestión sanitaria. Y ahora aparece un modelo nuevo: La Calidad Total, adaptación de un sistema japonés (Deming) y otro estadounidense (M. Baldrige) y asumido por un número creciente de empresas europeas agrupadas bajo la Fundación EFQM (*European Foundation for Quality Management*).

Calidad Total<sup>5</sup> es «un sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas productivos, etc.».

Sigue sonando a proceso industrial, pero hay matices: Ya no solo pretende la obtención de un producto final sin fallos, sino que trata de involucrar a toda la organización («total») y satisfacer no solo a los clientes externos, sino que contempla las necesidades de los empleados, accionistas, sociedad en general... Para ello se potencian los recursos disponibles: personas, materiales, tecnología, etc., lo cual permite que podamos ir encontrando puntos en común. Se decía anteriormente que «en los círculos sanitarios, y más concretamente en los psiquiátricos/salud mental, ha existido una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad...». Pues bien, tratemos de reconvertir la definición de Calidad Total, aplicándolo al modelo de Psiquiatría Comunitaria.

---

<sup>4</sup> Un ejemplo de este modelo fue el ideado por López de Arriortúa, ingeniero industrial vasco, que a principios de la década de los noventa del pasado siglo revolucionó el mundo del automóvil, implantando la política del stock cero en General Motors y convirtiéndola en la empresa de automóviles más eficiente del mundo.

<sup>5</sup> El concepto «Total» es referido a que debe implicar a la «totalidad» de la organización.

Quedaría más o menos así: «Un sistema de gestión a través del cual el centro X satisface las necesidades y expectativas de sus pacientes, de sus profesionales, de los políticos sanitarios y de la comunidad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales y tecnológicos». Esto ya consueña más y podría suscribirlo (creo) cualquier profesional sanitario.

*Implantación de los modelos de calidad en la gestión sanitaria:  
Desarrollo en el País Vasco*

En 1993, el Parlamento Vasco aprobó el documento «Osasuna Zainduz-Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca» (2). Ya en 1992, la calidad asistencial ocupaba un lugar estratégico en la planificación de los servicios sanitarios vascos y en esa fecha se publica e implanta el Plan Integral de Calidad para centros hospitalarios. En este plan se realiza una integración de las dimensiones clásicas de la calidad asistencial y junto a la calidad técnica, tradicionalmente vivida como un elemento de gran valor para los profesionales, se plantean también como objetivos: la calidad percibida por los usuarios (accesibilidad al sistema, trato, información, respeto), la calidad en la utilización de los recursos (control de costes y eficiencia), y la disminución de los costes de la «no calidad» (infección nosocomial, complicaciones, errores). Con posterioridad, se efectúan planes para otras áreas asistenciales como la salud mental y la atención primaria (Plan Integral de Calidad en Salud Mental y Estrategia para la Mejora Continua en Atención Primaria), implantados ambos en el año 1994.

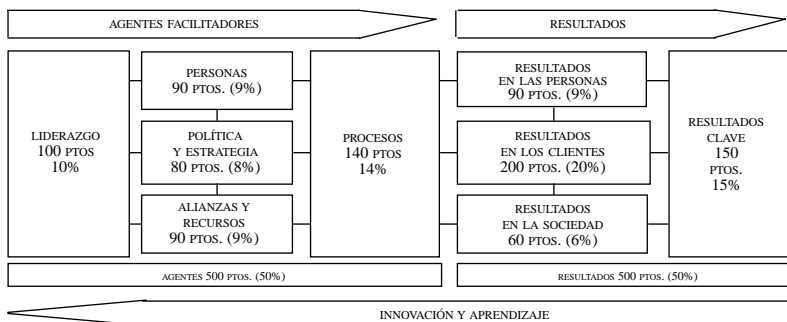
A partir de 1995, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud comienza a utilizar el modelo de calidad de la EFQM, como marco de referencia para la calidad y mejora continua de los servicios sanitarios, de forma pionera entre las administraciones públicas del País Vasco y los servicios autonómicos del Sistema Nacional de Salud. En 1997, el Parlamento Vasco aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que articula la separación funcional de la planificación y la financiación, competencias del Departamento de Sanidad, de la provisión de servicios sanitarios, que queda como competencia de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, y transfiriendo el Organismo Autónomo en Ente Público de Derecho Privado, marco administrativo que facilita la gestión de sus organizaciones de servicios bajo los principios de autonomía de gestión, flexibilidad, corresponsabilidad, eficiencia y calidad.

El Plan Estratégico de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud 2003-2007 (5) recoge como objetivos aspectos como la integración de toda la actividad alrededor del proceso del paciente o la apuesta por la Calidad Total en

todos los ámbitos de la asistencia y la gestión. En este marco, la existencia de un Plan de Calidad específico (Plan de Calidad 2003-2007) (6) que tiene en cuenta su situación actual y su visión de futuro, es una herramienta más para garantizar ante terceros la calidad de los servicios sanitarios públicos que se prestan en Euskadi. El nuevo Plan Estratégico de Osakidetza 2008-2012 (7) apuesta por la innovación encauzando la revisión de los modelos asistenciales, organizativos y de gestión de Osakidetza.

El modelo de autoevaluación de la EFQM (asumido por el Servicio Vasco de Salud) sirve a las empresas, organizaciones de servicios, etc., de guía y comparación de su posición respecto a organizaciones similares; analiza sus puntos fuertes y débiles y permite establecer planes de mejora basados en datos. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados, cada uno de los cuales se divide a su vez en varios subcriterios. Los criterios agentes indican cómo debe actuar un Centro con un sistema de gestión de calidad total. Los criterios resultados reflejan lo que el Centro está logrando.

*El modelo europeo de calidad total (EFQM)*



Tras completar el proceso de autoevaluación, la organización deberá responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué puntos fuertes hemos identificado que deben mantenerse y aprovecharse al máximo?
- ¿Qué áreas de mejora reconocemos y consideramos como de máxima importancia a abordar?
- ¿Qué planes de mejora vamos a emprender?
- ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejora acordados?



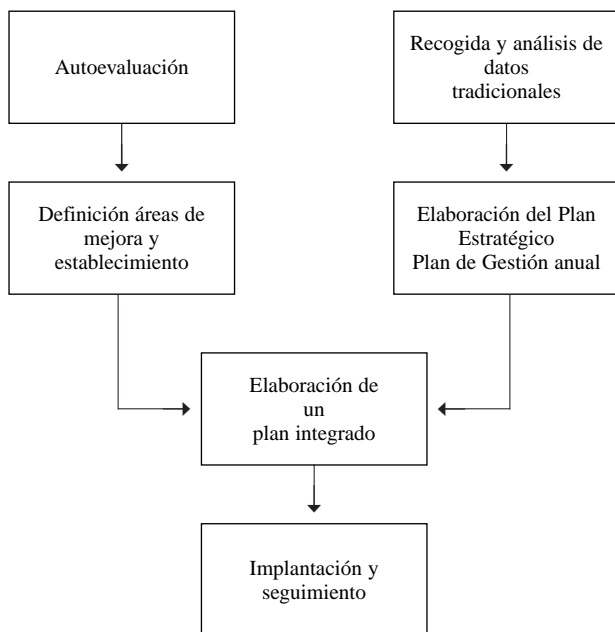
En definitiva se trata de:

- Hacer un diagnóstico de situación (¿Cuál es la situación actual de la empresa?).
- Plantear de una forma realista el objetivo final (¿Dónde se quiere estar?).
- Implantar un plan de mejora por objetivos.
- Comprobación y ajuste de los resultados.

*Integración de los Programas de Calidad en los Planes de Gestión*

Obviamente, para que no entren en contradicción, los programas de calidad deben encajar en los planes de gestión de los centros: Planes Estratégicos (planificación a cuatro años); Planes de Gestión (anuales) y Planes de Calidad, deben armonizar para que se produzcan los resultados deseados. Además, obviamente, deben ser coherentes con el Plan Estratégico de Salud Mental.

*Sistemática recomendada para la integración de los resultados de la autoevaluación en los Planes de Gestión*



En el siguiente cuadro se esquematiza la integración de los planes de gestión y de calidad. En él se muestra cómo a partir del Plan Estratégico se van incorporando los objetivos del mismo y los resultados de la autoevaluación EFQM. Con esos datos se elabora el Plan de Gestión anual del centro, que se despliega en la Gestión por Procesos con sus correspondientes objetivos (asistenciales y estratégicos):



En resumen, podríamos concluir que la creciente complejidad de las organizaciones sanitarias, las nuevas demandas de la población y la responsabilidad de los gestores públicos en la utilización de los recursos asignados, han propiciado en los últimos años la introducción de nuevos modelos de gestión y de calidad. Sin caer en extremismos y recalando que son un medio y no un fin en sí mismos, la realidad es que se han convertido en herramienta indispensable en el quehacer cotidiano. Como toda herramienta también tienen riesgos y puede utilizarse de forma perversa. De nada sirve si no se cuenta con la participación de los profesionales y se desenmascara rápidamente a quien piense en su utilización simplemente como un medio de control. Por otra parte, no pueden suplantar a los modelos asistenciales que, a su vez, deben estar bien definidos.

Euskadi cuenta con una relativamente larga experiencia en la implantación de estos nuevos sistemas, que se han desplegado respetando el modelo asistencial de salud mental comunitaria. Ese esfuerzo por la consecución de la mejora continua se ha visto recompensado con numerosos reconocimientos (Premios Avedis Donabedian, EFQM, Premio Europeo de Calidad) pero, fundamentalmente, con el reconocimiento de la población ante la asistencia sanitaria que recibe.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desviat Muñoz, M., «De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental», *Norte de Salud Mental*, 7, 31, 2008.
- (2) Osasuna Zaindiz, *Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.
- (3) *Normativa de la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Sanidad*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
- (4) *Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004/2008*, Osakidetza, Servicio Vasco de Salud.
- (5) *Plan Estratégico Osakidetza/Servicio Vasco de Salud 2003-2007*.
- (6) *Plan de Calidad 2003-2007. Estrategia de Mejora*, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.
- (7) *Plan Estratégico Osakidetza/Servicio Vasco de Salud 2008-2012: de la Excelencia a la Innovación*.

# LA GESTIÓN CLÍNICA EN ANDALUCÍA

*José Carmona Calvo, Eudoxia Gay Pamos,  
Francisco del Río Noriega, Amalia Tesoro Amate*

## *Introducción*

Comenzaremos por el final. En estos momentos en Andalucía podríamos decir que todo camina hacia la Gestión Clínica como forma de organización de los Servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Por lo que respecta a la Salud Mental, un reciente decreto de la Junta de Andalucía, Decreto 77/2008 (1), en su introducción expone: «Este Decreto regula la ordenación de la atención a la salud mental y contempla la creación de unidades de gestión clínica de salud mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria del Servicio Andaluz de Salud». Por tanto nos encontramos en una situación en la que, según los plazos que establece este Decreto, en el año 2010, todos los Servicios de Salud Mental de Andalucía estarán conformados como Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de cada Área Hospitalaria o Áreas de Gestión Sanitaria.

Esta situación no es exclusiva de la Salud Mental. Otro decreto, el 197/2007 (2), en el que se regula una nueva estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se define que: «La unidad de gestión clínica de atención primaria de salud es la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población y estará integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la zona básica de salud», territorio sobre el que ejerce su ámbito de actuación. Se encuentra en elaboración otro decreto semejante para el nivel de atención especializada.

Todas estas disposiciones legales son consecuencia de la aplicación del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008, «Caminando hacia la excelencia» (3). En su «Estrategia 2», «Garantizar la gestión de Calidad de los servicios sanitarios», incluye como uno de sus proyectos «Nuevas formas organizativas y de gestión», proponiendo las siguientes acciones:

- Extender modelos de gestión más descentralizados, dotando de mayor capacidad y autonomía de los centros y unidades a través de la utilización de herramientas de gestión clínica, gestión por procesos y gestión por competencia.

- Establecer el modelo de Unidades Clínicas de Gestión del Sistema Sanitario como núcleo de desarrollo organizacional.
- Definir el Modelo de Gestión para Unidades Clínicas y un nuevo marco organizativo en el entorno hospitalario.
- Vincular el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica a la implantación y gestión de los Procesos de Asistenciales Integrados.

Entendemos pues que, en un futuro próximo, el Sistema Sanitario Público Andaluz estará organizado en toda su extensión como Unidades de Gestión Clínicas. Se incluye en esta estrategia del Plan de Calidad, además de este proyecto de organización descentralizada, la gestión de la calidad a los centros y profesionales introduciendo objetivos a través de los Contratos programas o Acuerdos de Gestión, la acreditación del sistema sanitario (centros, unidades, profesionales...) mediante el Modelo de Acreditación de Andalucía, el plan del uso racional de tecnologías sanitarias y la elaboración de un Plan de seguridad del paciente.

Hemos de tener en cuenta que estas actuaciones se realizan en una parte del territorio nacional, que en el aspecto sanitario tiene unas características especiales. El Sistema Sanitario Público Andaluz cubre una población de 7.526.106, el 94,36 % de la población que vive en Andalucía (4) según fuentes del INE de 2006. Este sistema, financiado con los presupuestos de la Junta de Andalucía, es de gestión pública en su gran mayoría y sólo tiene un pequeño porcentaje de conciertos con entidades privadas, especialmente hospitalares. Los recursos asistenciales con los que cuentan son, de manera resumida la tabla 1:

Tabla 1. *Centros sanitarios y personal del sistema sanitario público de Andalucía. 2007*

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
<i>Centros</i>									
<i>Atención primaria</i>	227	126	141	328	118	196	178	188	1.502
Centros de salud	33	53	39	50	28	40	63	81	387
Consultorios locales	99	49	72	163	61	88	76	92	700
Consultorios auxiliares	95	24	30	115	29	68	39	15	415
<i>Atención especializada</i>	6	13	8	10	4	11	10	18	80
Centros de especialidades	2	9	3	5	1	5	3	10	38

Tabla 1. *Centros sanitarios y personal del sistema sanitario público de Andalucía. 2007*  
(Continuación)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Hospitales <sup>a</sup> del SAS	2	4	3	4	3	3	5	4	28
C.H.A.R.E. <sup>b</sup>	1	-	1	1	-	2	1	2	8
Otros Hospitales <sup>c</sup>	1	-	1*	-	-	1	1	2	6
<i>Personal<sup>d</sup></i>									
Atención primaria	1.640	2.960	2.155	2.451	1.493	1.983	3.472	4.656	20.810
Atención especializada	4.447	8.408	7.099	9.013	3.946	5.624	11.708	15.486	65.731
<sup>a</sup> Los complejos hospitalarios formados por varios hospitales se contabilizan como un solo centro. <sup>b</sup> Centros Hospitalarios de Alta Resolución <sup>c</sup> Hospitales gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión <sup>d</sup> Hospital de Montilla. Pertenece a la Empresa Pública «Alto Guadalquivir» (Jaén) <sup>e</sup> Datos correspondientes a 2006									
FUENTES: Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas de la Consejería de Salud									

En cuanto al gasto, el presupuesto en salud viene a representar aproximadamente el 40 % del presupuesto total de la Junta de Andalucía (tabla 2):

Tabla 2. *Presupuesto económico: Consejería de salud y servicio andaluz de salud.*  
Año 2007

	S.A.S.	CONSEJERÍA	TOTAL
Capítulo I	3.615.259	68.712	3.683.971
Capítulo II	1.879.820	196.359	2.076.179
Capítulo III	1.252	0	1.252
Capítulo IV	2.160.900	395.510	2.556.410
<i>Operaciones corrientes</i>	<i>7.657.231</i>	<i>660.581</i>	<i>8.317.812</i>
Capítulo VI	310.765	7.548	318.313
Capítulo VII	16.684	34.742	51.426
<i>Operaciones capital</i>	<i>327.449</i>	<i>42.290</i>	<i>369.739</i>
<i>Total</i>	<i>7.984.680</i>	<i>702.871</i>	<i>8.687.551</i>

En miles de euros

Fuente: Consejería de Salud. Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructura.

Las cifras en cuanto a recursos humanos, dispositivos y de gasto económico pone de manifiesto la complejidad de este sistema sanitario y, como consecuencia, la necesidad de poner en marcha mecanismos de gestión a todos los niveles que garanticen la viabilidad del mismo. En este aspecto la apuesta por la gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias del II Plan de Calidad de Sistema Sanitario Público Andaluz, ya citado, establece un panorama que obliga a sus profesionales a acomodarse a una situación profesional-laboral nueva y en la que no ha sido educado durante la formación pregrado, con toda seguridad al menos en nuestro contexto, y escasamente en el postgrado, aunque en los últimos años en nuestro ámbito todos los profesionales de postgrado reciben obligatoriamente formación en todos estos aspectos de la gestión. Sólo cumpliendo estas condiciones podrán alcanzarse los objetivos que se proponen en el III Plan Andaluz de Salud (5).

En este punto recapitulemos y veamos el recorrido que la Gestión Clínica ha realizado en Andalucía. Veamos sus logros, sus dificultades y, ya que desde los responsables políticos de la sanidad andaluza se apuesta por modelos descentralizadores de la gestión, analicemos sus posibilidades de mejora.

### *Los inicios*

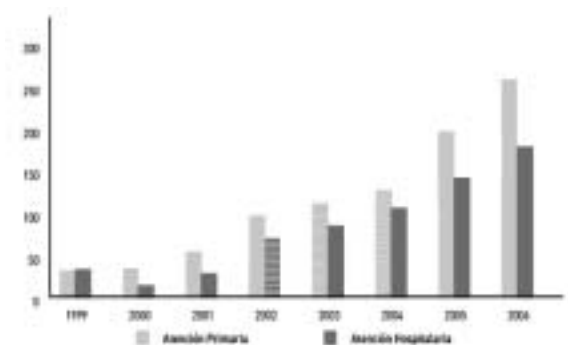
Antes de sumergirnos en la etapa de la Gestión Clínica en Andalucía, como en otros lugares del Estado, se ensayaron diversos tipos de gestión de los recursos sanitarios por diversos motivos de los que en otros apartados de esta ponencia se ha hablado sobradamente. La experiencia en nuestra Comunidad Autónoma ha estado enmarcada en el contexto de mantener unos servicios sanitarios públicos, con cobertura universal, equitativos, accesibles y de calidad. Siempre se ha creído que la mejor forma de garantizarlos era mediante una financiación y gestión pública, por tanto cualquier propósito de mejorar la calidad a través de innovaciones en la gestión se ha mantenido en este contexto. En este aspecto, además de la que vamos a comentar, la otra experiencia de gestión hecha realidad es la del modelo de Empresas Públicas. Estas entidades han sido escasas (se han reducido a tres Hospitales, la Empresa Pública de Emergencias y algunos Centros Hospitalarios de Alta Resolución –centros de especialidades de atención ambulatoria–). Se pusieron en marcha casi al mismo tiempo en una primera etapa y posteriormente se ha abandonado su generalización. En estos centros se inicia el trabajo por objetivos a través de acuerdos entre los Directores de la Empresa Pública y los Directores de cada servicio a cambio de incentivos económicos y profesionales. No obstante, y probablemente debido a la gran cantidad de recursos humanos que tiene todo el sistema sanitario público andaluz con una

relación contractual cuasi funcionarial desaconsejó esa vía. Por otra parte, el escaso número de recursos sanitarios privados a tenor de lo anterior, independientemente de cuestiones ideológicas y financieras, hacen que en Andalucía este sector sea meramente subsidiario del sistema público para algunas situaciones, intervenciones o actividades, en escaso porcentaje.

De manera que, probablemente el camino que restaba era el de modificar el modo de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Nace así la Gestión Clínica. El origen de la Gestión Clínica en Andalucía hay que situarla a partir de las estrategias definidas en el I Plan de Calidad de Andalucía. A partir de este momento se comienza la constitución de Unidades de Gestión Clínica (UGC en adelante). La iniciativa correspondía a los profesionales, agrupados en torno a una «idea» que sirviera para mejorar la calidad de una determinada actividad o servicio. Es importante comentar este hecho porque en su inicio, estratégicamente, era importante implicar a los profesionales y establecer *adelantados* de esta nueva experiencia de gestión, para posteriormente extender esta forma de organización que la situación del propio sistema sanitario andaluz exigía. Importante comentar que para el resto de la organización que no tomaba la iniciativa de constituirse en UGC era obligatorio aceptar los objetivos anuales decididos por la organización y que se plasmaba en un Contrato Programa (contrato por objetivos). La diferencia entre uno y otro método era la mayor participación y autonomía en la definición de objetivos en los Acuerdos de Gestión de las UGC y en los incentivos económicos, también mayores en las UGC.

En el siguiente gráfico se puede apreciar la progresiva implantación de UGC en nuestra Comunidad Autónoma. En total, 22.000 profesionales en 2006 se hayan integrados en UGC (9.500 de A. Primaria y 12.500 de A. Especializada (6).

Gráfico 1





## METODOLOGÍA

Una vez que un determinado colectivo de profesionales toma la decisión de constituirse en UGC debía comprometerse al siguiente marco expresado en el Acuerdo de Gestión (7):

- Supone dar a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por lo tanto, promover su responsabilidad junto con su autonomía.
- Se sitúa al ciudadano como eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial.
- El proceso asistencial se entiende desde la perspectiva del ciudadano como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que se encadenan de manera secuencial y coherente para satisfacer sus necesidades sanitarias.
- Este concepto, trasciende el de coordinación interniveles, e intenta profundizar en el significado de la *continuidad asistencial*. Exige a los Centros sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios distintos, por profesionales diferentes y en tiempos distintos, abordando la prestación de servicios de forma horizontal, implicando a los distintos niveles asistenciales y profesionales que participan en el mismo.
- Significa abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.
- Significa también utilizar guías de práctica clínica y criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnóstico, utilizar racionalmente los medicamentos y evaluar los resultados.

El Acuerdo de Gestión de la UGC se firmará entre el Director Gerente del Hospital o director de Distrito de A. Primaria donde esté integrada la UGC y el Director de la UGC. El Director de la Unidad podrá ser elegido de entre los miembros que constituyan la misma y deberá cumplir el requisito de tener dedicación exclusiva en el SSPA. Son funciones del Director de la UGC:

- Proponer a la Dirección del Hospital o Distrito de A. Primaria los objetivos y la cuantificación de las actividades, que podrán ser modificados por ésta atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria del Centro.

- Suscribir pactos con otros servicios sobre derivaciones a consultas y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica.
- La Dirección del Hospital o Distrito de A. Primaria junto con el Director de la Unidad, podrá incluir o excluir servicios en la cartera de la Unidad, según las necesidades de la población que atiende y la evaluación del Acuerdo anterior. En cualquier caso la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la Unidad deberá contar con la autorización expresa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.
- El Director del Hospital o Distrito de A. Primaria y el Director de la Unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente Acuerdo.

De cara a la UGC las competencias de su Director son:

- Dirigir y evaluar la Unidad para alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo.
- Establecer, de conformidad con la Dirección, la organización de la Unidad en cuanto a horarios, turnos y distribución de funciones para el cumplimiento de los objetivos.
- Proponer el reparto de los incentivos individuales de los profesionales de la Unidad de acuerdo con el sistema que se establezca.
- Aplicar el mapa de competencias para la selección de profesionales que realicen funciones de refuerzo y sustituciones. Representar a la Dirección en los procesos de selección de personal.
- Determinar la asistencia a actividades de formación, incluidas rotaciones y reciclajes, para satisfacer las necesidades formativas de todos los profesionales de la Unidad. La Unidad dispondrá de un presupuesto específico para las actividades de formación.
- Establecer el número y duración de los contratos de refuerzos y sustituciones, licencias y permisos de los profesionales de la Unidad, incluido el plan de vacaciones reglamentarias, en el marco presupuestario de la Unidad y de la normativa vigente.
- Proponer a la Dirección la contratación de bienes y servicios para la Unidad y participar en la elaboración de los informes técnicos correspondientes, de acuerdo con la normativa de aplicación y con la disponibilidad presupuestaria.

Por otra parte, la Dirección del Hospital o Dirección de Atención Primaria se comprometen a:

- Acordar con la Unidad los procedimientos administrativos y de información para la citación de pacientes para las distintas actividades de la misma.
- Suministrar a la Unidad la información necesaria para el seguimiento del acuerdo de gestión con la periodicidad que se haya establecido.
- Facilitar la organización y coordinación con otras unidades clínicas y diagnósticas y administrativas del Hospital y/o con los dispositivos de Atención Primaria para garantizar el cumplimiento del acuerdo de gestión.
- Poner a disposición de la Unidad el personal administrativo necesario para garantizar el cumplimiento del acuerdo.
- Intervenir sobre las decisiones tomadas por la Unidad si en el seguimiento periódico de los pactos sobre consumos se observan desviaciones sobre lo acordado.

Aclaradas estas cuestiones, la UGC debe ir definiendo y concretando los siguientes puntos:

- Definir, de acuerdo a la metodología de las nuevas formas de organización ya comentadas en otros capítulos, la misión y valores de la Unidad.
- Definir la Cartera de Servicios de la Unidad y el catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias.
- El Mapa de procesos asistenciales a los que se compromete poner en marcha.
- Definir sus usuarios. Tener en cuenta sus expectativas y grado de satisfacción, estableciendo modos de medirlos. Tener en cuenta la accesibilidad, sus derechos a la confidencialidad e intimidad y sus deberes.
- Actuaciones sobre la eficacia. Adaptando guías y protocolos a la realidad de la UGC, atendiendo al mapa de procesos asistenciales con los que se ha comprometido.
- Actuaciones sobre la efectividad. Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados derivados del punto anterior.
- Actuaciones sobre la eficiencia. La UGC identificará aquellos puntos fuertes y débiles sobre los que ha de priorizar sus actividades para el logro de los objetivos que se definan: actividad de la UGC, demoras, colaboración con otros niveles asistenciales.
- Recursos humanos:
  - Definir el Mapa de Competencias de los profesionales de la UGC.
  - Gestión del personal de acuerdo a las necesidades.
  - Absentismo laboral.

- Formación e investigación. Diseñar un programa de formación continuada de acuerdo a las necesidades surgidas de los objetivos que va definiendo la UGC, así como proyectos de investigación que creen evidencia sobre la labor asistencial que se va desarrollando.
- Disponer de sistemas de información adecuados y cumplimentarlos para la evaluación continuada de la actividad de la UGC y el logro de sus objetivos.
- Objetivos ligados al uso racional del medicamento. Suministro de recetas, prescripción por «principio activo». No prescripción de novedades terapéuticas no recomendadas (NTNR), de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre las existentes.
- Acuerdo sobre consumos de recursos.
- Elaboración para los criterios para la asignación de incentivos económicos.

Finalmente el Acuerdo de Gestión es enviado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su aprobación.

A lo largo de estos años, la metodología ha permanecido con pocas variaciones a la expuesta. Han cambiado la denominación de algunos de sus apartados, así como la aplicación, formato, sobre el que concretar el Acuerdo de Gestión. Sin embargo, las dificultades sobrevenidas no han llegado precisamente por este lado. Por otra parte, otros puntos incluidos se han suprimido al haber sido definidos en el contexto general del Sistema Sanitario Público de Andalucía como los mapas de competencias profesionales. Creemos que con lo expuesto hasta este momento es suficiente para entender el momento, modo y acción de las UGC en nuestro contexto. Dedicaremos los dos siguientes apartados para exponer qué consideramos como puntos fuertes de esta forma de hacer gestión clínica y, por el contrario, cuáles son sus puntos débiles.

### *Puntos fuertes del modelo de gestión clínica en Andalucía*

En primer lugar, como dice L. Ruiz en sus Claves para la Gestión Clínica ya citada y en relación con la experiencia andaluza, «se identifica gestión clínica con un *proceso de rediseño organizativo* a través del cual se incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos que se utilizan en su práctica clínica». En este sentido, y aunque se pueda discrepar tanto teórica como prácticamente de si esta experiencia es o no gestión clínica, progresivamente va logrando el objetivo de responsabilizar y comprometer a los profesionales en el proyecto de la organización sanitaria andaluza. Sin duda, la mejora de aspectos asistenciales, de accesibili-

dad y eficiencia tienen un beneficiario claro: la población andaluza. Poco a poco, la extensión de este modelo favorece la equidad, la accesibilidad y la efectividad de la práctica sanitaria al ir garantizando cotas de calidad cada vez mayores. De este modo, en una Comunidad como la nuestra, tan extensa, este procedimiento de trabajo nos permite alcanzar ese reto.

En segundo lugar, la incorporación de los profesionales a la gestión de sus servicios supone un aliciente desde varios puntos de vista, personal, profesional, científico, etc., en unos momentos en los que el desencanto, el riesgo de burocratización, la escasez de incentivos, los cambios en cuanto a la valoración social de los profesionales sanitarios, etc., contribuían a una situación generalizada de desinterés hacia la tarea que hay que llevar a cabo. Creemos que esta nueva forma de gestión de los servicios reaviva la participación y la corresponsabilización de los profesionales al darles la oportunidad de modificar su organización, métodos de trabajo, objetivos asistenciales, relaciones con sus pacientes, relaciones con los servicios de los que depende, etc. Se hacen realidad pues esas nuevas características de las organizaciones modernas como son *empowerment* y *accountability*. Se aleja de esta forma el fantasma del llamado *quemado*. En esta misma línea, la existencia de incentivos, tanto económicos como profesionales, es uno de los elementos que dan fuerza a esta experiencia. No sólo porque se reciba un sueldo más elevado, sino porque también el reparto de incentivos no se distribuyen en el 100 % de manera igualitaria, en un determinado porcentaje (en nuestro caso hemos llegado al 25 %) se hace según las responsabilidades y el desempeño de las tareas y objetivos asignados personalmente. Este ingrediente lejos de producir dificultades, además de introducir *a priori* un elemento de competitividad sana, es el reconocimiento del trabajo bien realizado y el esfuerzo personal en el logro de los objetivos asignados.

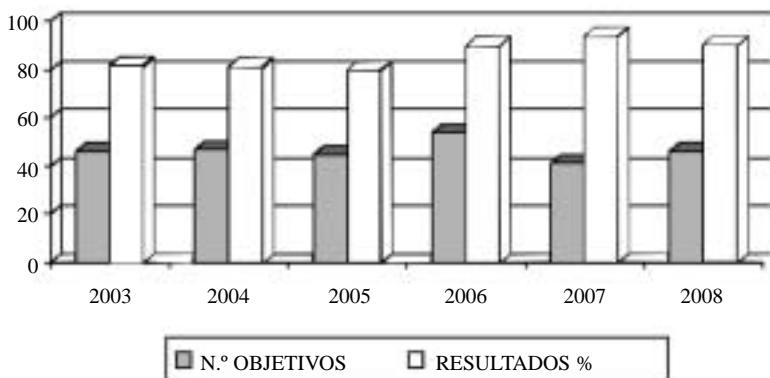
Otro punto fuerte de esta apuesta organizativa, respaldada también por la experiencia comunicada en foros sobre UGC de nuestra Comunidad es la potenciación de la cultura organizacional. Es la toma de conciencia de que se forma parte de un proyecto. El ejercicio de análisis de la situación cuando un servicio se constituye en una UGC tiene como resultado un conocimiento de sus características, su historia, sus hábitos, sus puntos fuertes y débiles, etc. La elaboración, a continuación, de una estrategia de mejora de su nivel de calidad con la definición de los objetivos para lograrla, va construyendo y fortaleciendo un proyecto común y único para esa UGC. Todo ello favorece el sentido de pertenencia de los profesionales que la integran y, como consecuencia, se favorece un clima grato para el funcionamiento cotidiano y el desarrollo del trabajo. En este aspecto que estamos tratando es de destacar la labor que representa el papel de liderazgo en la experiencia. Liderazgo que tiene que tener la capacidad de poner en juego todos los elementos y factores, tanto organizacionales como personales a los que hemos aludido.

La mejora de la calidad de las prestaciones es otro punto fuerte de nuestra experiencia. A ello ha contribuido de manera determinante otra herramienta que la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma ha puesto a disposición de los profesionales, aunque ellos mismos han contribuido a su elaboración: los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs). Ya hemos comentado en otro capítulo acerca de estos procesos por lo que no nos vamos a detener en ello. Lo que aquí nos interesa destacar es que los 61 procesos puestos en funcionamiento (tres corresponden a Salud Mental) han supuesto una puesta al día de la mejor atención con evidencia científica existente en cada uno de ellos. De esta manera, aunque en los acuerdos de gestión se obliga a introducir objetivos ligados a los PAIs, limitando la libertad de la propia UGC, asegura por otra parte una homogeneización de las prestaciones en todo el ámbito geográfico de Andalucía y garantiza los niveles de calidad que, de otra manera, crearía desequilibrios en cuanto a la equidad y accesibilidad de los ciudadanos. De esta forma la UGC incorpora el objetivo de Calidad Total a su proyecto.

Por último, son los resultados los que deben constituir el elemento de mayor fortaleza de la experiencia. El objetivo que tiene este modelo de organización no es otro que el mejorar su índice de resultados, tanto en efectividad, eficacia y eficiencia. En un primer momento, probablemente estamos aún midiendo en mayor proporción indicadores de proceso, se irán incorporando posteriormente aquellos que computen resultados, sobre todo irán a más en la medida que mejoren los métodos de evaluación, teniendo así conocimientos sobre las mejoras del nivel de salud de los clientes de la UGC. Queremos poner como muestra una serie de ejemplos correspondientes a nuestra UGC de Salud Mental del Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Esta UGC se puso en funcionamiento en el 2003. Desde entonces ha ido renovando anualmente el acuerdo de gestión, con nuevos objetivos o mejoramiento de otros alcanzados. Ponemos a continuación una muestra de algunos de ellos. Esta UGC atiende una población de 427.000 habitantes aproximadamente, consta de seis dispositivos: tres Unidades de Salud Mental Comunitarias para atender tratamientos ambulatorios, que son las puertas de entrada al Servicio de Salud Mental de nuestro Hospital de los pacientes procedentes de dos Distritos de Atención Primaria; una Unidad de Salud Mental-Hospital de Día Infanto-Juvenil para atención de pacientes hasta los 18 años y con trastornos graves, generalmente derivados desde las USMC; una Unidad de Hospitalización de Salud Mental de 28 camas para la atención hospitalaria de pacientes en situaciones agudas, generalmente con Trastornos Mentales Graves; una Comunidad Terapéutica con 18 camas para hospitalización de media y larga estancia de pacientes con Trastornos Mentales Graves y que cuenta, además, con un Programa de Día para pacientes en régimen ambulatorio y con actividades de rehabilitación.

Estos son algunos de nuestros resultados:

Tabla 3. U.G.C.



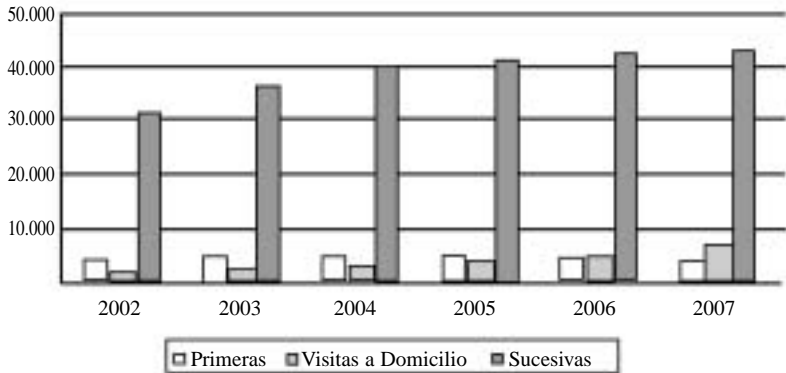
En ella se exponen los resultados globales obtenidos de una serie de objetivos clasificados en diez dimensiones, comunes para todos los servicios especializados. Ofrecemos a continuación algunos objetivos definidos en salud mental para cada dimensión:

- Orientación al ciudadano: satisfacción, análisis de reclamaciones, acompañamiento en ingresos, etc.
- Seguridad: caídas, prevención de conductas agresivas/autolíticas, disminución de contención mecánica, etc.
- Accesibilidad: horarios, demoras de cada dispositivo, etc.
- Actividad y rendimiento: n.º intervenciones/profesional, implantación de programas, protocolos, etc.
- Normas de calidad: cumplimiento de buenas prácticas clínicas recogidas en los procesos asistenciales integrados.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica: utilización de guías de práctica clínica (GPC), vías clínicas, protocolos, etc.
- Uso racional de medicamento: disminución del gasto farmacéutico, prescripción por principio activo, disminución de novedades que no aporten mejoras significativas.
- Gestión económica: transferencias de gestión y riesgos de los capítulos I y II.
- Continuidad asistencial: consultorías semanales con Atención Primaria, ingresos y altas programados, continuidad intersectorial, etc.

- Libre configuración: acreditación de calidad, programas de formación e investigación, gestión del conocimiento, etc.

Veamos ahora la evolución de algunos de los objetivos concretos referidos en las dimensiones anteriores:

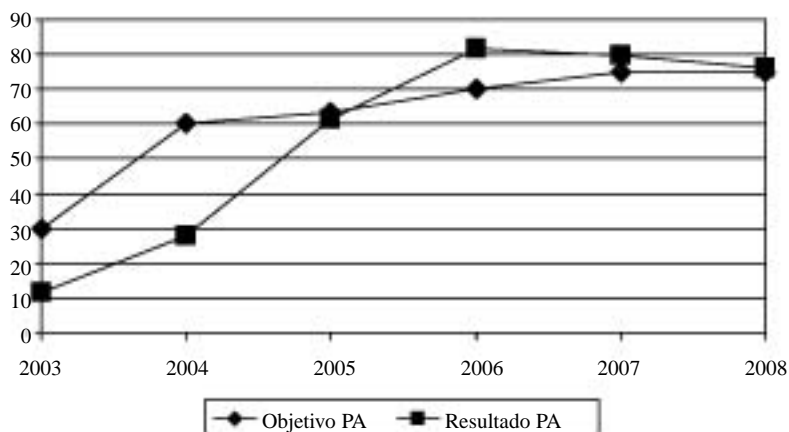
Tabla 4. *Unidades de S. M. Comunitarias*



Se observa la evolución de consultas, tanto de las primeras, como de las sucesivas y de las visitas a domicilio. Sin embargo creemos que esta denominación no se ajusta a lo que realmente hacemos. En primer lugar habría que sustituir el término «consultas» por el de intervenciones porque, en realidad, los pacientes y sus allegados acuden a los centros a realizar tratamientos especializados: psicoterapias, psicoeducación, seguimientos del plan individualizado de tratamiento, etc. Teniendo esto presente, lo que se observa, a nuestro juicio, aporta valor, pues las primeras consultas se estabilizan, gracias al programa de colaboración con Atención Primaria, mientras que las sucesivas crecen de forma significativa; lo que quiere decir que se implantan tratamientos especializados en salud mental, como corresponde a nuestro nivel. Por otra parte también se observa el aumento de atención a domicilio, intervenciones casi exclusivas de enfermería y trabajo social que, gracias a las herramientas específicas desarrolladas en cada profesión –plan de cuidados y plan de ayuda– aportan complementariedad imprescindible.

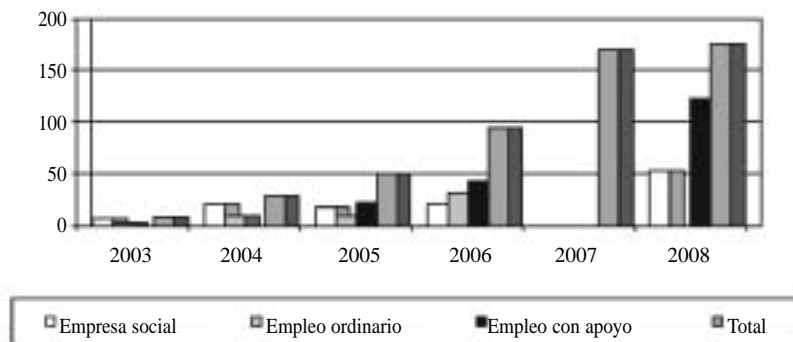


Tabla 5. Prescripción por principio activo



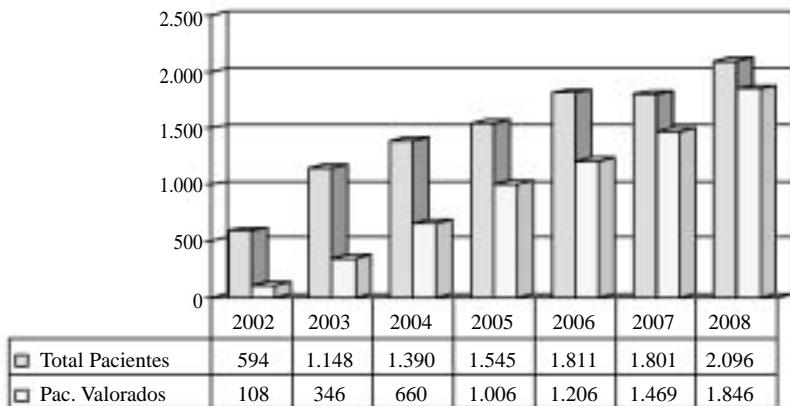
Es relativamente sencillo alinear a todo el servicio en la prescripción por principio activo, lo que tiene sus repercusiones en la disminución del coste de farmacia. Sin embargo, lo verdaderamente importante, y no se está poniendo ahí el acento, es intervenir en el consumo excesivo y superfluo de psicofármacos en la población general: higienizar el malestar, establecer programas con Atención Primaria para buscar alternativas de tratamiento al sufrimiento pueden ser retos de futuro.

Tabla 6. Personas con integración laboral



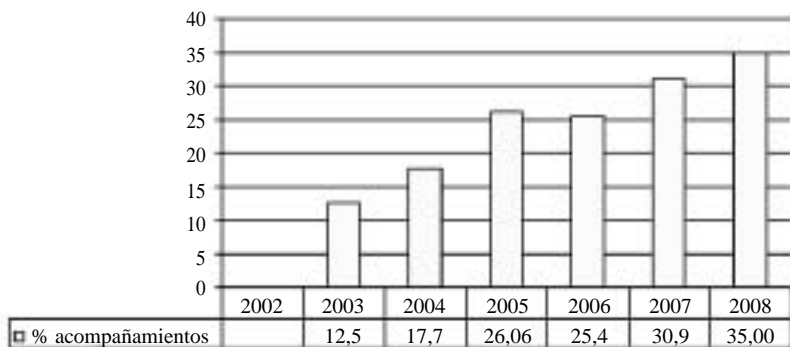
Esta tabla se comenta por sí sola. Se trata de un verdadero indicador de resultado, pues es la recuperación efectiva para el empleo de personas con trastorno mental grave. La progresión ha sido significativa, si bien no tememos un panorama sombrío en los próximos ejercicios debido a la crisis económica.

Tabla 7. Valoraciones Enfermeras



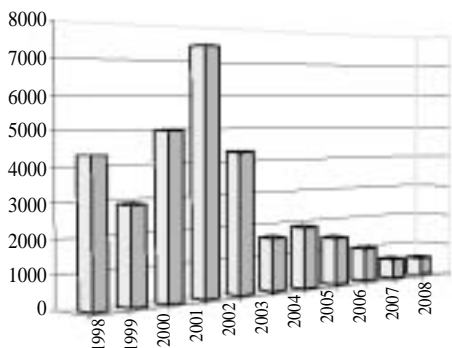
La herramienta homologada de que dispone hoy la enfermería, acerca de la valoración y el plan de cuidados –que será indispensable para los autocuidados de los pacientes–, ha significado un gran paso hacia la complementariedad y para no repetir intervenciones. Desde su implantación en 2002 la progresión de la actividad es muy significativa.

Tabla 8. Acompañamiento familiar



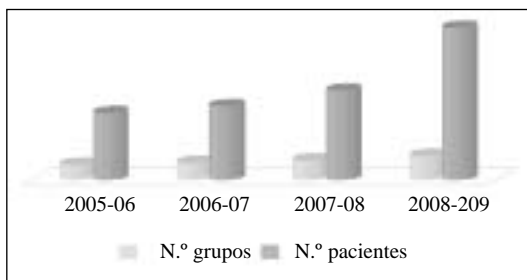
La tabla ilustra el trabajo proactivo en la Unidad de hospitalización en el sentido de motivar a los allegados al acompañamiento del paciente. Es algo que, además de ser un derecho del ciudadano –dimensión ética de la organización– permite alcanzar otros objetivos: a) transparencia; es una manera de «derribar» la puerta de la Unidad, de forma que los familiares vean, sean atendidos, reciban psicoeducación «in situ», etc.; b) es una oportunidad de observación del sistema familiar, cómo son las interacciones, la emotividad, el criticismo, los sistemas de ayuda, etc.; c) siempre será una ayuda para el trabajo de los cuidadores formales que, por otra parte, tendrán más motivación para el esmero en sus intervenciones. En estos momentos, en nuestra Unidad, un tercio de los pacientes que ingresan están acompañados por sus allegados.

Tabla 9. *Horas totales de contención mecánica en la USMH Jerez (1998-2008)*



Muestra la disminución paulatina de las horas de contención mecánica en los últimos años, resultado de aplicar criterios técnicos y éticos, mediante protocolos y registros dirigidos a ofrecer otras alternativas terapéuticas. La tabla recoge las horas totales, pero lo importante son otra serie de indicadores relacionados, como por ejemplo, el porcentaje de ingresos con contención, las horas de contención media por ingreso contenido y la duración media de los episodios de contención mecánica.

Tabla 10. *Actividad grupal en la USM Inf-Adol.*



La realización de actividades grupales en una Unidad Infantil nos parecía un indicador cuantitativo de actividad que aportaba, a su vez, cualidad en la atención. El indicador se refiere a actividades grupales con niños y padres.

Tabla 11

Comunidad Terapéutica Hospitalización completa	2003	2004	2005	2006	2007
Demora media (días)	30,55	12,42	10,21	16	37
Pacientes atendidos	27	21	23	27	20
Ingresos	20	8	16	13	7
Reingresos	2	2	2	1	1
Altas	16	12	12	12	5
Indice de rotación	1,8	1,4	1,93	1,53	1,33
Estancia media	430,43	316	303,56	353,14	643

Tabla 12

Comunidad Terapéutica Programa de Día	2003	2004	2005	2006	2007
Demora media (CD/HD)	16,94	15,35	6,36	9,5	10,79
Pacientes atendidos		88	93	97	114
Ingresos		50	46	43	51
Altas		38	41	29	41

En ambas tablas se recoge la actividad en la Comunidad Terapéutica, tanto en la hospitalización total como en la parcial, con indicadores clási-

cos de gestión, donde destacan las demoras en uno y otro caso, y los pacientes atendidos en la hospitalización parcial.

### *Puntos débiles del modelo de Gestión Clínica en Andalucía*

Evidentemente el modelo de Gestión Clínica propuesto y en funcionamiento en nuestra Comunidad Autónoma de Andalucía tiene numerosos puntos débiles. La experiencia de estos años, tanto la derivada de nuestra UGC como la obtenida de la información de otras, nos han puesto de manifiesto una serie de debilidades del modelo propuesto. En unas ocasiones porque su implementación parece que contradice los principios teóricos de la gestión clínica. En otras por las deficiencias metodológicas o de las herramientas que se precisa.

En primer lugar, señalaremos el riesgo de lo que podemos llamar *la burocratización*, o el alejamiento de la realidad clínica. Ya comentamos en el anterior apartado que el impulso desde los niveles de gestión sanitaria para la constitución de UGCs garantizaba los criterios de equidad y accesibilidad de la población. De tal manera que este nivel de gestión ha ido definiendo cada vez más cantidad de lo que podemos llamar objetivos estratégicos de la organización sanitaria. Y así, en este tiempo se han ido extendiendo estos objetivos, de tal forma que la capacidad de definición de objetivos de cada UGC a partir del análisis de su realidad ha ido disminuyendo, y lo que es peor, ha ido vaciando de contenido la contribución-implicación de los profesionales que componen cada UGC. Por poner algún ejemplo ilustrativo, en algún acuerdo de gestión ha habido que asumir objetivos que ya se habían logrado en la UGC en ediciones anteriores, porque eran de obligado cumplimiento para toda la Comunidad; sin ninguna otra argumentación, sin que se aceptaran alternativas que estuviesen puestas en relación con posibilidades de mejora propias. Esta actitud mantenida en el tiempo lleva al desencanto, y a la burocratización en el sentido de que es más cómodo aceptar lo ordenado, lo impuesto que no es cuestionable, e incluso lo ya cumplido, dando lugar a la pérdida de ese *empowerment* y consiguiente *accountability* que la corresponsabilidad en los acuerdos de gestión tenían, y así nos parecía y lo queríamos.

La siguiente debilidad viene derivada por la capacidad real de cogestión de las UGC. Nacieron sin normas de funcionamiento, sobre todo, sin normativa que las dotara de capacidad para gestionar dos aspectos importantes para un auténtico gobierno clínico: la gestión de los recursos humanos y la gestión económica. Aunque se anunciaba la capacidad para la selección de personal de la UGC, al no disponer de una normativa que lo regulase se queda en nada, o en una gran batalla buscando vericuetos para rodear la normativa vigente; en ocasiones, con la oposición de los sindi-

catos que, por supuesto, siempre se opusieron a este modelo por motivos obvios. Tampoco se han descentralizado algunos aspectos que tienen que ver con la gestión económica, ni siquiera aquellos que se refieren a los gastos corrientes o de mantenimiento. Es posible entender que la complejidad de un sistema sanitario como el nuestro tenga dificultades para adaptarse a un modelo de gestión clínica. Pero deberían hacerse los cambios de normativas necesarios para que los profesionales de la clínica realmente gestionen también los aspectos relacionados con los recursos humanos y económicos ligados directamente a ella. Si no corremos nuevamente el riesgo de que se pierda uno de los elementos constituyentes de la gestión clínica: ¿cómo responsabilizarnos de la clínica si no podemos gestionar en alguna medida los recursos necesarios, humanos y materiales, para llevarla a cabo?

Continuando con las debilidades también tenemos que señalar aquellas ligadas a los profesionales. Algunas de estas debilidades parten de nuestro sistema de selección de recursos humanos. Habrá que ir perfeccionándolo para que accedan a los puestos de trabajo aquellos que estén más capacitados para aquél en el que ha de desempeñar su tarea. En este sentido, ¿hasta cuándo este sistema de selección cuasi funcionarial y alejado de las competencias exigidas y exigibles para los profesionales del siglo XXI? Cuestiones parecidas hemos de decir en cuanto a la formación continuada. Las UGC deben de tener posibilidades de organizar actividades de formación continuada, dotándola de suficientes medios para que se pueda garantizar la cobertura de las necesidades detectadas y ligadas a una mejora de la calidad en las prestaciones de su cartera de servicios. Creemos que, en general, este aspecto no es prioritario y no forma parte de los acuerdos de gestión de manera habitual, aunque está incluido en el modelo a cumplimentar cada año. No es de todas maneras nuestra experiencia, ya teníamos una práctica previa en los años anteriores a constituirnos como UGC con un programa de actividades de formación que enriquecimos desde ese momento. Al igual ocurre con la investigación. En general, podemos concluir en este apartado que desarrollar un modelo de gestión clínica requiere un tipo de profesional con unas competencias determinadas que aseguren, no sólo un nivel de conocimientos adecuado a la tarea clínica que ha de desarrollar, requiere también conocimientos para la gestión, para la búsqueda de evidencia y la elaboración de proyectos de investigación. Pero necesita también el desarrollo de habilidades para trabajar en un contexto como el que hemos ido describiendo y, sobre todo, se requieren actitudes para la correspondencia en su trabajo.

Por último, si fuera posible poner en práctica todo lo anterior no nos serviría de nada sin los recursos suficientes para su evaluación. Este es otro punto débil en nuestra experiencia. En ocasiones hemos tenido dificultades, generalmente con aquellos objetivos impuestos, para obtener información de sus indicadores con los sistemas de información disponi-

bles. En este sentido, los sistemas de información deben estar diseñados para que de manera ágil se puedan diseñar y obtener indicadores de aquellos objetivos que se llevan a los acuerdos de gestión. Otro aspecto deficitario aún en nuestro sistema es que si bien podemos disponer, en general, de bastantes indicadores de proceso a pesar de lo apuntado anteriormente, son escasos los indicadores de resultados y las encuestas de satisfacción. La pregunta oportuna aquí es si se eligen indicadores que realmente ofrezcan información sobre la salud mental de la población a nuestro cargo o, aún más allá, si existen en la realidad esos indicadores. Evidentemente la intención de la gestión clínica es hacer lo que hay que hacer, hacerlo bien y hacerlo pronto; pero en ocasiones, nos olvidamos con frecuencia que el objetivo último es producir salud, mejorar la calidad de vida de los pacientes, y nos quedamos, quizá en exceso, en obtener indicadores sobre las actividades que supuestamente nos llevan a esos resultados. Probablemente, si invirtiéramos en investigación clínica en los servicios públicos de salud lo suficiente y esos proyectos estuvieran orientados a resultados, tal como lo hemos formulado anteriormente, nos llevaríamos alguna sorpresa que otra.

### *Conclusiones*

No fuimos los primeros en iniciar la experiencia en constituirnos en UGC en Andalucía, ni siquiera en Salud Mental. Sí lo fuimos en relación a la cuantía de profesionales implicados y la complejidad de la serie de dispositivos, como hemos comentado. Iniciamos nuestra andadura como suele ocurrir en estas experiencias ilusionados y motivados para comenzar una nueva etapa en nuestro servicio. Constituidos como tal en 1991, siempre fuimos un servicio con una tradición de organización y trabajo por objetivos cuando no se nos exigía. Esta nueva etapa comenzada en 2003 suponía una continuación, por una parte, pero también la oportunidad de continuar nuestra experiencia en un contexto y condiciones diferentes.

Lo vivido como ilusión en los primeros años, se ha ido matizando posteriormente. Las razones o parte de las razones ya las hemos explicitado en el apartado anterior. Después de la reflexión que la elaboración de esta ponencia nos ha permitido, podríamos concluir que en nuestro contexto andaluz se ha iniciado y generalizado en estos momentos, como lo prueban los decretos de organización de la Atención Primaria y de Salud Mental que hemos citado al principio, una forma de organización atendiendo al modelo de gestión clínica. Unos decretos que legitiman, pero que por otra parte limitan. Como todo modelo se trata de una hipótesis. Su implementación en la realidad va a depender de las características del contexto en donde se aplican. Estamos pues ante un proceso complejo. ¿Es posible aplicar este modelo en una empresa de servicios sanitarios de más

de 80.000 puestos de trabajo?, ¿qué tipo de gestores necesitaría?, ¿qué tipo de profesionales y con qué relación contractual? ¿Servirá una modificación del modelo a la baja para mejorar los niveles de calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz?, ¿bastará con esto? Lo que parece cierto es que estamos en un camino de no retorno. Los pasos dados a través de los sucesivos Planes de Salud y Calidad y la coyuntura que obliga a mejorar el rendimiento de los recursos como uno de los modos de incrementar los servicios nos hace pensar que tras un primer impulso a esta modalidad de gestión clínica y su extensión a todo el sistema va a ser necesario un replanteamiento que nos permita avanzar hacia una mayor descentralización progresiva que profundice en este modelo. La vuelta atrás sería aún más complicada. La cuestión es: ¿cuánto tiempo estaremos en el *intermezzo*?

## BIBLIOGRAFÍA

(1) «Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en *BOJA* núm. 53, Sevilla, 17 de marzo de 2008.

(2) «Decreto 197/2007, de 13 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en *BOJA*.

(3) *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008, «Caminando hacia la excelencia»*, Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2005.

(4) *Cifras y datos 2007*. Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructuras, Servicio de Planificación Económica, Sevilla, Consejería de Salud, 2007.

(5) *III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008*, Sevilla, Consejería de Salud.

(6) *Memoria del Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

(7) *Documento Acuerdo de Gestión Clínica 2003*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2003.





# LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL EN CATALUÑA

*Lluís Lalucat*

## 1. *Antecedentes y bases de la organización sanitaria de Cataluña*

El modelo de organización sanitaria de Cataluña tiene sus orígenes en las características de la atención sanitaria durante el régimen anterior y durante el periodo de la transición política y de transferencia de las competencias sanitarias al gobierno autónomo de la *Generalitat de Catalunya* en 1981. Dicha transferencia de las competencias en materia sanitaria general abre un proceso entre 1981 y 1983 que se concreta inicialmente en la elaboración de un mapa sanitario, en un proceso de acreditación de centros sanitarios y en una primera orden de conciertos para las prestaciones sanitarias.

Entre 1983 y 1989 se asientan las bases del modelo sanitario de Cataluña con la constitución del Instituto Catalán de la Salud (ICS), la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública, el inicio de la Reforma de la Atención Primaria, el Plan de reordenación hospitalaria y la descentralización y el control de la gestión. Este proceso, se ve también enmarcado por la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que como sabemos, define entre otras cosas la integración de la salud mental en el sistema sanitario general.

Asimismo, a finales de los años ochenta, se inicia el proceso de separación de la financiación y la provisión de servicios, se otorga un nuevo papel al ICS como proveedor de prestaciones sanitarias y se introduce una nueva cultura organizativa que culmina en 1990 con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). Esta ley establece las bases de la organización sanitaria de Cataluña introduciendo la separación ente la financiación y la compra de provisión de servicios sanitarios, la diversificación de proveedores, un mercado mixto de competencia planificada y regulada, la diversidad de fórmulas de gestión, la descentralización de servicios y de la organización en regiones y sectores sanitarios y sanciona la participación comunitaria en los consejos de dirección y en los consejos de salud.

Paralelamente, la atención psiquiátrica inicia un proceso de revisión propio a partir del hecho de que la asistencia especializada dependía mayoritariamente de las diputaciones provinciales, si bien existía una red de consultas de neuropsiquiatría procedente del Instituto Nacional de Previsión (Insalud) y servicios de psiquiatría en algunos hospitales gene-

rales. Las diputaciones, responsables de una asistencia psiquiátrica hospitalaria de carácter mayoritariamente benéfica y asilar, sostienen a principio de los años ochenta dos hospitales psiquiátricos públicos y mantienen conciertos con otros siete. En 1981, la Diputación de Barcelona inicia un proceso de reforma al que incorpora los centros de higiene mental y la hospitalización de día, surgidos ambos de iniciativas sociales sin finalidad lucrativa promovidas por profesionales desde mediados de los años setenta y que contaban con algún apoyo municipal. De esta manera se van introduciendo las bases de una planificación sectorizada y del desarrollo de recursos asistenciales de nuevo tipo.

Tras un largo proceso negociador, se llega a un convenio entre dicha Diputación y la Generalitat de Catalunya para la delegación de las funciones de gestión de los contratos con entidades de atención a los enfermos mentales en Barcelona, y poco después, en 1992, se produce el traspaso de competencias de Salud mental de las otras tres diputaciones (Girona, Tarragona y Lleida) a la Generalitat. Paralelamente, el Departamento de Sanidad inicia el despliegue de una red de atención a la salud mental infantil y juvenil que no se contemplaba en las prestaciones propias de las diputaciones.

Durante los años noventa, se procede a la creación del Servicio Catalán de la Salud (SCS), se amplía la diversificación de proveedores, se hace efectiva la separación de funciones entre la financiación y la provisión y se define un plan de servicios sanitarios y sociosanitarios. En 1999 se crea la Red de salud mental de utilización pública del Servicio Catalán de la Salud.

En dos mil, el SCS se reconvierte en CatSalud y se constituye en aseguradora pública y se introduce una cartera de servicios. Desde 2004, se produce una orientación explícita hacia una política integral de salud y hacia la planificación sanitaria y se crea la Dirección General de Planificación y Evaluación que devuelve la función de planificación al Departamento de Salud. Se crean los gobiernos territoriales de Salud y los Planes directores de oncología, enfermedades del aparato circulatorio, salud mental y adicciones y salud e inmigración. Finalmente, en 2008, se publica el Plan de salud 2010, y el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública.

A lo largo de este proceso, se ha ido configurando una red de salud mental que integra los recursos propios y concertados por las diputaciones, particularmente los hospitales psiquiátricos de todo el territorio, se van extendiendo las unidades de hospitalización de agudos en los hospitales generales, se van creando los hospitales de día, se consolidan los recursos comunitarios como los centros de salud mental y los centros de día y paralelamente, la red de atención infantil y juvenil iniciada a principios de los años noventa. De forma independiente, se despliega también una red de atención a las drogodependencias.

Los sucesivos desarrollos a lo largo de este proceso han ido condicionando la evolución de todos y cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental de utilización Pública del Catsby. Esto se ha producido, tanto por la participación de las grandes instituciones psiquiátricas que se han ido incorporando al proceso de reforma y transformándose con él, como por la inclusión de nuevas entidades de prestación de servicios de iniciativa social. Todo ello configura un entorno complejo de hasta 67 entidades proveedoras, una amplia red de dispositivos, unas instituciones hospitalarias psiquiátricas en proceso de transformación, y una necesidad creciente de introducir una planificación basada en objetivos a medio y largo plazo.

El Departamento de Sanidad, desde las transferencias sanitarias en 1981 hasta el año 2004, fue introduciendo mecanismos de adaptación a una planificación indicativa y de garantías de calidad para la Red de Salud Mental. Desde el punto de vista organizativo, se dotó, a su vez, de un Programa de Salud Mental al que se encargó de establecer las bases de la planificación conjuntamente con el Plan de Salud y las regiones sanitarias, y de introducir, a su vez, contenidos que definieran aspectos básicos de las prioridades y de las prestaciones, con el apoyo de un Consejo Asesor de Psiquiatría que aportará contenidos técnicos al mismo. Este Consejo, formado por profesionales representantes de las entidades proveedoras, colegios profesionales, sociedades científicas, grupos profesionales, y representaciones de usuarios y familiares acompañará los diferentes desarrollos del Programa facilitando además la participación técnica de los profesionales.

De esta manera, el Programa de Salud Mental fue configurando diversos grupos de trabajo de los que salieron distintas propuestas de implementación de programas de atención específica como los orientados al trastorno mental severo, los planes de servicios individualizados, el trastorno mental grave infantil y juvenil, la reconversión de los centros de día en servicios de rehabilitación comunitaria, la atención psicoterapéutica en la red pública, la investigación en salud mental o formulaciones de consenso para la atención a algunos trastornos como el trastorno límite de la personalidad.

## *2. Adaptación a la planificación y garantías de calidad: instrumentos de la compra de servicios*

El Departamento de Sanidad se ha ido dotando a lo largo del proceso reseñado de instrumentos de compra de servicios que incorporan procedimientos de adaptación a la planificación y a las garantías de calidad. La utilización de estos instrumentos enmarca aspectos básicos de la organización y del funcionamiento de cada dispositivo, de su cartera de servicios, así como de su relación con el resto de la red asistencial.

Los principales instrumentos que se han ido configurando a lo largo de estos años son los siguientes:

- a. La acreditación de dispositivos sanitarios y su inclusión en la red de salud mental de utilización pública, a partir de los planes funcionales de cada tipología de dispositivos.
- b. La contratación de servicios, mediante un contrato cuyas cláusulas identifican de forma genérica los objetivos asistenciales, la población y territorio de referencia, la composición del equipo asistencial y algunos aspectos funcionales básicos, así como la contraprestación económica correspondiente.
- c. La evaluación anual de los objetivos asistenciales que son previamente pactados con cada uno de los dispositivos por la correspondiente región sanitaria, y que condicionan el cobro de una parte variable del presupuesto contratado anualmente.
- d. La realización de evaluaciones externas de la calidad de las distintas líneas asistenciales, como los centros de salud mental infantil y juvenil y de adultos, centros de día y servicios de rehabilitación comunitaria o unidades de hospitalización, llevadas a cabo con la colaboración de una entidad independiente especializada en evaluación de calidad y contratada al efecto.
- e. El control de las reclamaciones recibidas por los dispositivos de la red y canalizadas a través de las oficinas de atención al cliente.

Este conjunto de instrumentos introduce condicionantes que determinan algunos aspectos básicos de la organización de los dispositivos y de la gestión clínica. Estas deben responder no solo a objetivos asistenciales de carácter general sino estructurarse también en forma de programas específicos orientados a poblaciones concretas como son los trastornos graves y severos o los trastornos psicóticos incipientes. La organización debe adaptarse también a dar respuesta a otros objetivos centrados en la colaboración con otros dispositivos como los de atención primaria de salud, los centros residenciales de atención a la infancia y adolescencia o el programa salud y escuela dirigido a los centros educativos.

### 3. *Instrumentos de planificación del Departamento de Salud: el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y el Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud Pública*

Además del Plan de Salud de Cataluña, que constituye el marco de referencia de las actuaciones públicas en el ámbito de la salud y que establece las líneas estratégicas de actuación del Departamento de Salud, éste

se ha dotado en los últimos años de dos instrumentos de planificación: el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y el Mapa Sanitario, Socio-sanitario y de Salud Pública.

a. El Plan Director de Salud Mental (PDSMyA), aprobado en el año 2006, pretende reorientar las prestaciones de salud mental y adicciones hacia un nuevo modelo de atención, cuyos principios principales son: la orientación de los servicios a las necesidades de los usuarios, la integración como objetivo de mejora permanente (incluyendo tanto la integración de la salud mental en la red sanitaria general, como la integración de las redes de salud mental y adicciones), una visión global y de continuidad asistencial basada en el trabajo en red, un enfoque comunitario en los servicios y en las prestaciones, un modelo de atención más preventivo y proactivo, una organización eficiente y basada en el sistema de atención integrado e integral con base territorial, y una práctica asistencial basada en la evidencia científica y la experiencia demostrable.

Este modelo de atención desarrolla unos objetivos estratégicos longitudinales y transversales. Entre los primeros, la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y las adicciones, la mejora de la atención a los trastornos mentales y las adicciones en la atención primaria de salud, la incorporación de una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios de base territorial, promover la participación de los afectados y el compromiso de la red con sus derechos, y la implicación de los profesionales y la mejora de su satisfacción. Entre los segundos, integrar las redes de salud mental y adicciones, mejorar los sistemas de gestión, potenciar la formación continuada, fortalecer la investigación y la evaluación de los servicios, y asegurar la gestión del cambio.

Además de las líneas estratégicas ya mencionadas, el Plan Director propone contenidos específicos para cada una de ellas.

Así, se ha iniciado el desarrollo de experiencias en distintos territorios orientadas a la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales mediante actividades como el Programa Salud y Escuela, la aplicación del protocolo de salud mental en el Programa del Niño Sano, el abordaje de la Depresión y Prevención del Suicidio, y el desarrollo del proyecto *Implementation Mental Health Prevention Action* de ámbito europeo.

En cuanto a proyectos vinculados a la asistencia se ha priorizado el desarrollo de la cartera de servicios de salud mental en atención primaria de salud, con la colaboración de los equipos especializados, un programa de atención a los adolescentes con conductas de consumo de sustancias, la atención al trastorno psicótico incipiente, la ampliación de la oferta psicoterapéutica y la atención a las urgencias psiquiátricas domiciliarias.

Asimismo –para la mejora de la calidad de la atención sanitaria y la disminución de la variabilidad no justificada de la práctica clínica– se ha impulsado la elaboración, diseminación e implantación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Esta estrategia se ha desarrollado en los últimos años en colaboración con el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

b. El Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud pública (MSSSP) aprobado en 2008 es el instrumento de planificación que determina las líneas directrices para hacer efectivo el desarrollo de los servicios que conforman el sistema público de salud para adecuarlo a las necesidades de la población, de acuerdo con el Plan de Salud y los Planes directores, y siguiendo criterios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y satisfacción de la ciudadanía. El mapa sanitario no solo ha definido los dispositivos y dotaciones necesarios para la salud mental, sino que promueve su integración territorial y una descentralización operativa.

#### 4. *El Plan Integral e Interdepartamental de Salud Mental y Adicciones*

Paralelamente a la elaboración del PDSMyA del Departamento de Salud, se puso en marcha otra iniciativa política del gobierno de la Generalidad, consistente en la formulación de un Plan Integral e Interdepartamental de Salud Mental y Adicciones. Este proyecto pretendía identificar todas las necesidades, políticas, recursos y actividades vinculadas al ámbito de la salud mental desarrolladas por los diferentes departamentos que configuran la Generalidad, y establecer objetivos comunes en esta materia. La elaboración de dicho Plan se haya todavía en curso, revelando quizás la magnitud y la dificultad de la tarea propuesta.

La importancia de este Plan radica precisamente en la necesidad de dar una respuesta completa a los problemas de salud mental, integrando en cada situación y territorio acciones sanitarias, educativas, sociales, comunitarias, laborales, de vivienda, de apoyo legal o de cualquier otra necesidad vinculada a los trastornos mentales. Y ello, tanto desde la perspectiva individual y del entorno familiar y social donde se producen dichos trastornos, como por la necesidad de articular acciones de promoción de la salud mental, de prevención de los trastornos mentales o la erradicación del estigma asociado a ellos desde una perspectiva global.

La ausencia de este marco comporta que la resolución de muchas necesidades dependa directamente de las decisiones que vaya adoptando al respecto cada departamento, y de los criterios que utilice para su aplicación. De aquí que existan aún importantes desigualdades territoriales, falta de equidad en las prestaciones o fórmulas de acceso a algunas de

ellas que se contradigan con principios generalmente admitidos de preservación de la accesibilidad en función de las necesidades y de respeto a un modelo de continuidad de cuidados y de integración asistencial en la comunidad.

## 5. *Implicaciones para la gestión clínica y conclusiones*

En los últimos años, se habían ido produciendo cambios en la gestión clínica vinculados esencialmente a la puesta en marcha de programas asistenciales dirigidos a mejorar la asistencia a poblaciones específicas, particularmente a la población con trastornos mentales graves y severos. Particularmente, el programa de atención al trastorno mental severo en población adulta, el programa de atención al trastorno mental grave en población infantil y juvenil o los planes de servicios individualizados de gestión clínica de casos.

En la actualidad, los dispositivos de las redes de salud mental y de adicciones, dentro del marco de planificación reseñado anteriormente, participan de un entorno cambiante que promueve necesariamente cambios sustanciales en la gestión clínica y organización de los dispositivos. Intentaremos reseñar algunos de los más determinantes.

En primer lugar, movimientos dirigidos a la integración de las redes asistenciales tradicionalmente separadas y parcialmente distantes. Por un lado, entre los dispositivos de atención primaria del sistema sanitario general, y los de atención especializada en salud mental, particularmente los centros de salud mental, si bien se había ido produciendo un acercamiento progresivo gracias a programas básicos de colaboración. Pero también, entre el sistema hospitalario y la red de salud mental, incrementando la colaboración entre las unidades de hospitalización y los servicios ambulatorios. Por otro lado, se ha movilizadado de forma incipiente la integración funcional entre dispositivos comunitarios de salud mental y adicciones pertenecientes hasta ahora a dos redes muy diferenciadas.

Este movimiento integrador se está desarrollando sobre una base territorial y promueve un modelo orientado más a compartir las responsabilidades asistenciales que a garantizar únicamente la corrección de las derivaciones de pacientes y la evitación de discontinuidades en la atención sanitaria. Asimismo, cuestiona la división de tareas tradicionales entre ámbitos ahora más próximos y que entran en un proceso que implica compartir responsabilidades: como es el caso del consumo y abuso de sustancias, conducta cada vez más presente en los pacientes atendidos en los servicios de salud mental. De esta manera, el criterio de consumo, abuso o adicción va dejando de ser un criterio de exclusión de la atención en ser-



vicios de salud mental, para incluir dichas incidencias en el proceso asistencial y a compartirlo con otros profesionales y servicios.

Por otra parte, la introducción de nuevos programas de orientación preventiva como el Programa Salud y Escuela, lleva también a una mayor colaboración entre atención primaria y centros de salud mental infantil y juvenil, y su introducción en el ámbito educativo. También la cartera de servicios de salud mental en atención primaria conduce a una participación directa de profesionales de salud mental en el ámbito de actuación y en el trabajo de los equipos de atención primaria de salud.

Allí donde se ha introducido el programa de atención específica al trastorno psicótico incipiente, de carácter territorial y transversal, se va generando una mayor integración de los dispositivos asistenciales. Sus diversos componentes como la facilitación de la detección precoz y la intervención temprana, el hecho de estar dirigido a una población juvenil con edades comprendidas entre los 14 y los 35 años, la incorporación a la atención temprana e intensiva de medidas de rehabilitación funcional y de soporte a la inserción, van borrando ciertos límites y barreras disfuncionales entre servicios de atención infanto-juvenil y de adultos, entre salud mental y adicciones o entre tratamiento y rehabilitación.

El cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan director supone introducir cambios organizativos y funcionales de largo alcance, como queda reflejado en el paso de un modelo centrado en los dispositivos a otro centrado en las necesidades. El paso de una relación basada en la derivación a otra fundamentada en compartir problemas asistenciales y tareas. La apertura a la participación activa de los afectados y sus familias. La introducción de una práctica asistencial basada en la evidencia disponible y la práctica demostrable. Todo ello, hace que los cambios en la gestión clínica deban ir acompañados de un cambio cultural y de valores del conjunto de la red de atención a la salud mental.

Este proceso puede encontrar barreras importantes en las inercias institucionales, en el asentamiento de modelos organizativos rígidos, en las dificultades a la colaboración entre profesionales o en la insuficiencia de recursos puestos al servicio del cambio. Por ello, para avanzar en este camino se requiere de múltiples liderazgos que impulsen los mencionados procesos en distintos territorios y con el estímulo a la participación activa de los profesionales de la salud mental en todos los ámbitos del proceso.

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA  
DE SALUD MENTAL.  
ÁREA SANITARIA DE FERROL (UGCSM.ASF)  
*Antonio Núñez Pérez, Fernando Márquez Gallego*

1. *Presentación*

Los cambios en la provisión de servicios sanitarios en los últimos años han sido importantes. Por un lado, la presencia, limitada, de recursos determina una gestión de los mismos con mayor eficiencia, requiriendo de la participación de los clínicos que manejan tales recursos en su gestión. Por otro, los cambios sociales, incluyendo la relación profesional con los pacientes, también exigen modelos asistenciales más flexibles y ágiles en adoptar medidas acordes con estándares de calidad actualizados.

Una Unidad de Gestión Clínica tiene como objetivo crear y establecer un método eficiente de gestionar la asistencia a pacientes con patologías comunes, racionalizando los recursos. En cualquier caso la agrupación de servicios no debe conllevar la uniformidad asistencial sino que debe reconocer las diferentes características de los recursos, aceptando todo lo que razonablemente es propio de cada recurso, buscando mejorar las actuaciones menos eficientes así como impulsando todas aquellas acordes con una asistencia actualizada y respetuosa con el usuario. La gestión por procesos asistenciales puede facilitar salir de esta situación a través de la agrupación de las prestaciones que tratan los mismos problemas en programas asistenciales que los integran.

En nuestro caso, los principales instrumentos de la Gestión Clínica se centran en:

- El desarrollo del conocimiento estructurado de las necesidades y prioridades en salud mental de la población, tanto general como de la atendida a través de nuestros recursos sanitarios públicos.
- La utilización del mejor conocimiento científico disponible en nuestro campo, apoyada en una adecuada gestión del «conocimiento» y la toma en consideración operativa de las evidencias científicas que se vayan generando.
- Un modelo de práctica asistencial integrado y participativo, en el que la continuidad asistencial sea un elemento estructurante fundamental de la realidad asistencial cotidiana.

- Así como el uso de herramientas de evaluación (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.).

## 2. *Marco general*

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo de los Servicios incorporando a los profesionales sanitarios de los mismos, en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Se centra en la concatenación de las decisiones, actividades y tareas asistenciales llevadas a cabo, en un orden lógico y secuencial, para producir un resultado previsible y satisfactorio. Supone otorgar a los profesionales la responsabilidad sanitaria y social que corresponde a su capacidad de decisión, junto al paciente.

Cabe señalar, de forma resumida, los *aspectos relevantes* de la gestión clínica entre los que destacan: a) orientar la actividad asistencial teniendo al paciente-usuario como centro; b) tener clientes externos (pacientes) e internos (otros servicios); c) asumir la corresponsabilidad de la gestión de recursos, d) ser solidarios con otras áreas asistenciales y la comunidad; e) capacidad de gestión autónoma; f) acordar con la Dirección el Contrato de Gestión Clínica.

Asimismo y asociados a los anteriores aspectos son necesarios una serie de *requerimientos* que hagan viable la puesta en práctica de los cambios organizativos ligados a la metodología de Gestión Clínica, entre los que se deben incluir los siguientes: a) existencia de sistemas sólidos de información; b) presencia de un líder del Proceso; c) aplicación de programas de mejora continua; d) compromiso de corresponsabilidad asistencial; e) establecimiento de un plan de gestión de la unidad; f) potenciación de intervenciones clínicas protocolizadas y multidisciplinarias; g) sistema de autoevaluación de resultados; h) mantenimiento de presupuesto clínico.

Sobre la base de los aspectos relevantes comentados y volviendo a los requerimientos anteriormente apuntados tiene especial relevancia el establecimiento de un *Plan de Gestión* en el que se debe reflejar aspectos como: a) constitución de un Comité Directivo de la Unidad; b) definir la misión; c) establecer la visión; d) compartir los valores; e) inventariar los recursos; f) delimitar la cartera de servicios; g) negociar el contrato de gestión clínica; h) desplegar objetivos individuales y grupales; h) determinar las necesidades de formación; i) desarrollar el plan de calidad; j) impulsar un sistema de incentivos y recompensas.

Finalmente se debe tener en cuenta que el Plan de Gestión referido debe asegurar la participación de los profesionales necesarios para su eje-

cución lo que se debe plasmar en un conjunto de condiciones, estándares y objetivos de carácter inicialmente anual que permitan monitorizar el funcionamiento de la UGC y establecer la percepción de objetivos asociados a la misma. Debe quedar expresado en un *Contrato de Gestión* que incluya, entre otros, los siguientes puntos: a) actividad asistencial; b) actividad docente; c) formación continuada; d) investigación; e) calidad técnica; f) orientación al cliente; g) presupuesto clínico selectivo; h) desarrollo del modelo organizativo de la unidad.

### 3. *Diagnóstico de situación*

La situación de cambio, tanto organizativo como jerárquico, de la Salud Mental (SM) a nivel autonómico y de área sanitaria, que se inicia a finales de la pasada década, sitúa al Servicio ante la posibilidad de aprovechar la oportunidad de impulsar un cambio organizativo en el mismo, buscando una estructura asistencial actualizada y eficiente.

Precisar que el «Decreto de Salud Mental» (DOG. 12.01.95) y el «Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-11» (PESMG) determinan tanto la normativa estructural del subsistema público de salud mental como las principales líneas de desarrollo asistencial a llevar a cabo en Galicia en el período actual. Asimismo, la reorganización del Área Sanitaria contando con una Dirección Única (Decreto 15/2005) por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol), significa la posibilidad de un sustancial cambio organizativo, que facilita la superación de estructuras de gestión diferenciadas en este ámbito territorial para potenciar prestaciones de servicios coordinadas e interdisciplinarias, posibilitando la integración de diferentes modalidades de intervenciones a través de procesos asistenciales sin rupturas.

Si el marco estructural de la salud mental a nivel autonómico y el cambio normativo a nivel de área sanitaria constituyen los ejes «reguladores» que permiten el desarrollo de las áreas de gestión clínica, la progresiva formación de los integrantes del equipo en aspectos metodológicos y experienciales del denominado campo de la «calidad», de corte asistencial y centrada en el usuario, se convierte en eje «funcional» que trata de guiar el proceso de cambio iniciado en el Servicio.

Comentar, en ese sentido, que al menos todos los coordinadores de dispositivos de Salud Mental, integrados en el Sergas, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen actualmente formación curricular, teórica y experiencial, en gestión clínica y asistencial; asimismo, el Servicio es uno de los más dinámicos y participativos en los grupos de trabajo y otras colaboraciones técnicas con la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias (SSMD) y otros departamentos de la Consellería, así como en el ámbito universitario. Señalar que, en este período, el Servicio

completó su acreditación de formación reglada (programas PIR y MIR, fundamentalmente), a la vez que los datos asistenciales y programas organizativos realizados y propuestos en los últimos años nos sitúan, comparativamente, entre los más avanzados de nuestro entorno geográfico.

#### 4. Configuración de la unidad de gestión clínica de salud mental (UGCSM.ASF)

##### 4.1. Ámbito geográfico

El Área de Salud de Ferrol ocupa la parte norte de la provincia de A Coruña. Limita por el norte y por el Oeste con el Océano Atlántico, por el este con las Áreas de Salud de Cervo y Lugo, por el sur con el Área de Salud de A Coruña. Esta área sanitaria está integrada por 20 municipios y 690 núcleos de población. En la actualidad, el número de personas residentes en el ámbito geográfico del área sanitaria que disponen de tarjeta sanitaria asciende a 193.768 personas.

La distribución de estas tarjetas, según grupos de edad, muestra que el 9.80% de las mismas corresponde a población en edad pediátrica (0-14 años), alcanzando el 67.19% del total de la población del área entre 15 y 64 años, mientras las personas mayores de 64 años en su posesión representan el 23.00% del total. El porcentaje de mujeres en edad fértil (15-45 años) con tarjeta sanitaria es del 23.35%.

Si tomamos como referencia la *distribución* de estas tarjetas sanitarias por municipios, la situación viene marcada por el hecho de que más del 70% del total se concentran en solo cuatro municipios integrados en el área sanitaria, siendo los mismos por orden decreciente Ferrol (36.24% del total), Narón (16.24 % del total), Fene (7.96%) y As Pontes (6.21%).

##### 4.2. Recursos humanos

	Dispositivos UGCSM.ASF							TOTAL
	Unidades de Salud Mental			Unidad de Hospitalización	Hospital de Día	P. Continuidad de Cuidados	Psico-geriatría	
	USM I	USM II	USM III					
Psiquiatra	2	2	1+1	4+1	1	1	1	14
Psicólogo	1 + (1cof)	1	1 prov.	1+1	1			7
MIR								2
PIR								3

Dispositivos UGCSM.ASF (Continuación)

	Unidades de Salud Mental			Unidad de Hospitalización	Hospital de Día	P. Continuidad de Cuidados	Psico-geriatría	TOTAL
	USM I	USM II	USM III					
Terapeuta Ocupacional				1	1			2
Trabajador Social	1/2	1/2		1	1/2	1/2		3
DUE	1	1		7	2	1		12
Auxiliar								
Enfermería				13	1	1		15
Administrativo	1	1		1	1/2	1/2		4
Monitor					1 (t. p.)			1 (t. p.)

### 4.3. Desarrollo

En la perspectiva estratégica descrita y con mayor determinación desde 2005 el Servicio viene proponiendo iniciar, tanto a las diferentes Direcciones del Área Sanitaria (AS) como a la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias (SSMD), la puesta en marcha de diversas fórmulas y experiencias de Gestión Clínica (GC) participando, a su vez, en talleres y grupos de trabajo de estas características con otros Servicios del AS y/o de SM.

En marzo del pasado 2007, la Dirección del Área dio el visto bueno a la constitución de la UGCSM.ASF. En el pasado mes de julio se presenta la «Memoria de Desarrollo Asistencial del Servicio 1999-2006», acompañado de un «Plan de Mejora» y una «Propuesta de Acuerdo de Gestión Clínica», en el marco de la convocatoria de la Jefatura de Servicio. Referir que en el denominado «Pacto de Objetivos 2007» se incorpora, entre los mismos, la presentación de un programa de acción, antes de la finalización del año 2007, que formule para el próximo ejercicio el Acuerdo de Gestión Clínica con el que se compromete el Servicio y la Dirección del Área Sanitaria.

Sintéticamente, referir que concebimos la Unidad de Gestión Clínica como la estructura organizativa que permita que el equipo de profesionales de diferentes categorías y en su caso, disciplinas profesionales que desarrollen la gestión clínica siguiendo la metodología resumida previamente en este documento.

### 4.4. Propuesta (Acuerdo de Gestión Clínica 2008-2009)

Entendemos el Acuerdo de Gestión Clínica como un documento de formalización del compromiso entre los profesionales de la UGCSM.ASF,

que voluntariamente lo suscriban, y la Dirección de nuestra Área Sanitaria (existe borrador, en proceso de discusión a presentar antes de finalizar el año). Implica que quienes tomamos decisiones clínicas «día a día», nos comprometemos con un proceso de utilización eficiente de los recursos asistenciales, en un marco de autoridad pactada y delegada con la Dirección de Área. Conlleva la corresponsabilidad del equipo en la gestión de la Unidad, incluyendo aspectos concretos correspondientes a la financiación y gasto pertenecientes a los capítulos I, II y IV del mismo.

En cualquier caso y de forma resumida, exponemos los «criterios operativos» y la «hoja de ruta» de la UGCSM.ASF para el bienio 2008-2009, cuyos elementos claves están centrados en los siguientes elementos:

#### 4.4.1. Mejorar la organización interna, desde criterios de calidad y eficiencia a través de las siguientes acciones:

- «Certificación» externa del Servicio, a través del modelo EFQM de Calidad, por el que opta la Consellería de Sanidad. Se iniciará en la UHB (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-Hospital Novoa Santos). Cuenta con el asesoramiento profesional de la Universidad de Santiago de Compostela (equipo dirigido por Jesús Varela) en convenio ya aprobado.
- Establecimiento del «Manual de Procedimientos» (qué profesional hace qué y en qué momento). Se iniciará en el HDD (Hospital de Día Psiquiátrico-Hospital Novoa Santos), contando con la formación previa de nuestros profesionales en ésta y otras «herramientas» de gestión (cursos de gestión clínica en salud mental de la Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental, F. OMIE).
- Formación en «Metodología de Procesos Asistenciales». Distintos profesionales del Servicio, sobre todo los Coordinadores de Unidades y Programas, tienen formación específica tanto sobre la metodología de Procesos Asistenciales como respecto a su aplicación en Salud Mental. En el apartado siguiente se concretan las propuestas de Procesos Asistenciales a desarrollar, a partir del año en curso.

Además contamos con un proyecto de investigación para «monitorizar» la implantación del «Proceso Depresión-Ansiedad-Somatización», en las dos U.S. Mental (F. Maristany y Caranza, respectivamente) en colaboración con Atención Primaria de Salud del AS, teniendo en cuenta que los trastornos incluidos en este proceso se encuentran entre los priorizados por la Consellería de Sanidad en el vigente «Plan de Saude de Galicia 2006-2009».

#### 4.4.2. Colaboraciones y sinergias con otras unidades y servicios del Área

Buscando como «criterios» permeabilizar y dar contenido operativo a diferentes prestaciones asistenciales, desde un sistema público cuya organi-

zación se centra en el usuario, constituyendo la organización del Área Sanitaria a través de una única Dirección el marco organizativo más adecuado para su impulso y desarrollo. Hoy en día, la continuidad asistencial se vertebra a través de los denominados «Procesos Asistenciales Integrados», lo que implica el cambio de modelo de relación entre Servicios pasando de la «derivación» a la «colaboración» junto con la promoción de la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, mediante la selección de niveles de recomendaciones asistenciales (que deben tener en cuenta, entre otros aspectos, las evidencias científicas existentes y el nivel de las mismas).

La «hoja de ruta» en este ámbito se centra en las siguientes acciones:

- Con Atención Primaria de Salud (APS). Iniciar la implantación del «Proceso Ansiedad-Depresión-Somatización» en el 25-30% de los Centros de Salud del AS.
- Con la Unidad de Neurología y la colaboración de AFAL (Asoc. Enfermos Alzheimer). Diseño y puesta en marcha del «Proceso Demencia».
- Con el Servicio de Farmacia. Inicio del «Proceso de Gestión en Psicofarmacología» desarrollando el protocolo aprobado entre nuestra UGC y la «UGC del Medicamento» del AS.

#### 4.4.3. Impulsar la participación y satisfacción de los profesionales del servicio

Mediante «criterios» como la potenciación de la coordinación interna, así como la formación y la innovación con una mayor participación horizontal de los integrantes del Servicio, acompañado de un plan de motivación e incentivación coherente y transparente de los mismos.

La «hoja de ruta» en este ámbito se centra en las siguientes acciones:

- Curso de Inglés. Con formato de curso (Octubre a Junio), se inició en 2006, abierto a todo el personal cuatro días/semana de 07.45h a 08.30. Cuenta con apoyo de la industria farmacéutica.
- Curso de Informática. Iniciado el actual curso, en condiciones análogas al anterior.
- Supervisión externa. Iniciada en la 1.ª parte de 2007, aborda tanto casos clínicos complejos o «prototípicos» como dinámicas e interacciones de los profesionales de los equipos implicados (UHB, HDD y PCC). Realizada por José Leal (Barcelona), experto con amplia práctica en este campo, sobre todo en Cataluña. Financiado por la SSMD.
- Asesoramiento para el desarrollo de la UGCSM.ASF. Desde planteamientos centrados en la «praxis» asistencial. Convenio con la Escuela Andaluza de Salud Pública (área de salud mental), establecido para el presente año.



- Incentivación de Profesionales del Servicio. Adaptando, contextualizadamente, el modelo de implantación de las UGC del S.º Sanitario Público de Andalucía (en proceso de concreción).

Para el presente año existe el acuerdo previo de aplicarlo a los coordinadores de unidades y de programas o acciones innovadoras del Servicio, en la perspectiva de extenderlo a todos aquellos profesionales que, voluntariamente, se adscriban a la UGCSM.ASF.

Esquemáticamente, se parte de la idea que los profesionales debemos asumir como compromiso «primario» situarnos en los estándares asistenciales medios del Sergas en el campo de la Salud Mental. Alcanzado, con la consiguiente evaluación, este nivel se deben concretar los incentivos específicos ligados al modelo de gestión clínica a implementar, según lo referido al comienzo de este apartado.

## 5. *Informe de situación. Octubre de 2008*

### 5.1. Bases

- Red recursos S.M. área estructurada y «abarcable territorialmente».
- Presión asistencial y «ordenamiento».
- Agendas electrónicas definidas.
- «Ianus» implantado (+ para facultativos).
- «Gacela» en funcionamiento (enfermería).
- Formación Coordinadores (USM y Hospital) en Gestión Clínica y de Servicios.
- Decreto Área Sanitaria.
- Sinergias con otros Servicios y Recursos (A. Primaria, Farmacia, Neurología, S. Sociales, etc.).

### 5.2. Constitución de la UGCSM.ASF

- Nombramiento del Director de la UGCSM (con carácter funcional y vigencia de 2 años) con propuesta de un programa de trabajo y participación de los integrantes de la Unidad en su designación (acordado el pasado mes de Abril).
- Articulación del Órgano de Dirección de la UGCSM en el que deben estar representados:
  - Por parte de SM al menos el Director de la Unidad, la Coordinadora de Enfermería y un miembro de la Comisión del Servicio.

- Por parte de la Dirección del Área, al menos, la Gerente de Procesos, el Director de Procesos Médicos y la Directora de RREE.
- Por parte del Servicio Galego de Saude: un miembro o representante de la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias.
- Impulso y fortalecimiento de la Comisión del Servicio como órgano de planificación y dirección de la implantación y desarrollo de la UGCSM.ASF, auténtico «puente de mando» del Servicio.
- Persistencia de la estructura organizativa jerarquizada del Servicio de Psiquiatría actual con 1 Jefe de Servicio y 2 Jefes de Sección junto con la «recuperación» de la jefatura de sección trasladada a otra Unidad del Área Sanitaria.
- Antes del 30.12.08 deben quedar reflejados todos los compromisos y acuerdos establecidos a través de un Acuerdo de Gestión.

### 5.3. Situación actual por dispositivos y/o programas

#### 5.3.1. Unidades de Salud Mental

1. Movimiento asistencial. Las Unidades de Salud Mental tuvieron el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007 (Actv.media/fac.)	Primeras	Sucesivas	C. Total	I. Suc./Prim.	I. Altas
Psiquiatras	610	3.334	3.860	6,33	0,34
Psicólogos	399	1.493	1.892	3,98	0,39

2. Medios de apoyo a la gestión. Ambas con acceso a Ianus y con agendas electrónicas definidas. En proceso de unificación de n.º de HC de USM con el de HC General del Área.

3. Gestión Clínica. Se inició la implantación del «Proceso Depresión-Ansiedad-Somatizaciones».

- Con 4 Centros de Salud (2 por USM representando el  $\pm$  25-30% población del área), 2 de tipo urbano y central y 2 de tipo semiurbano y periféricos. Los Centros de Salud referentes para la USM-I son Fontenla M.-I y Serantes y para la USM-II, Caranza y Cabanas-Pontedeume.
- Proceso seguido hasta actualidad:
  - Taller de trabajo AP-SM (marzo 2008) con asesoría de EASP y apoyo bibliográfico (web), que permitieron estructurar bases de

partida, elección de Centros con profesionales de referencia de los mismos y planificación de actuaciones, siendo las fundamentales, las siguientes:

- Taller sobre manejo clínico de pacientes incluidos en este proceso para facultativos de AP.
- Taller para implantación de grupos de relajación de pacientes incluidos en este proceso para enfermería y trabajadoras sociales de AP.
- Taller para implantación de grupos de comunicación y habilidades sociales de pacientes incluidos en este proceso para enfermería y trabajadoras sociales de AP.
- Taller de trabajo AP-SM (junio 2008), con asesoría de EASP, con el objetivo de consensuar el establecimiento de los límites del proceso («lo que entra y lo que no») así como empezar a operativizar su aplicación en próximos meses, planificándose las siguientes actividades para el siguiente cuatrimestre:
- Consensuar datos de Informes de derivación y de Comunicación (telefónica, electrónica, etc.) entre AP y SM.
- Entrega del «Documento Marco», el pasado mes de julio para la instauración del proceso en el Área para su estudio y apertura de tiempo para alegaciones (hasta 1.ª quincena de septiembre).
- Establecer Cronograma de implantación del proceso en los Centros de Salud «a pilotar».
- Definir las funciones fundamentales de los profesionales implicados en el proceso ADS.

#### 4. Necesidades

- Incorporar un psiquiatra y un psicólogo clínico para apoyar la implantación del proceso, lo que permitirá la apertura de la 3.ª Unidad de Salud Mental, lo que apoya la actual Dirección de Área.
  - El objetivo inicial es sustituir ausencias de los facultativos ya implicados en el proceso (reuniones, talleres, gestión, etc.) y mantener la lista de espera dentro de lo establecido en el PESMG (30 días «normales» y 15 días «preferentes»).
  - El objetivo de proceso es desarrollar la ejecución del PESMG-2006-11, que contempla la dotación correspondiente a una nueva USM en nuestra área sanitaria.
  - Hay que tener en cuenta que dentro del Plan Estratégico de Salud Mental (PESMG) vigente uno de los facultativos ya está contemplado y pendiente de incorporación en este ejercicio (2008).

### 5.3.2. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

1. Movimiento asistencial. La Unidad tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	Altas	E. Media	I. Ocupación	T. Reingresos
ASISTENCIA	389	17.96	75.11%	27.78%

2007	Ep. Psicosis	Adicciones	T. Personalid.	T. Adapt.
GRDs	± 30%	± 20%	± 20%	± 20%

2. Medios de apoyo a la gestión. La Unidad dispone de acceso a Ianus, programa «gacela» para enfermería y agendas electrónicas definidas para las actividades de consulta externa. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos ejercicios dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. La Unidad dispone de 24 camas (4-5 camas más que las estimadas según ratios de población establecidos en el PESMG, a razón de 1/10.000 hab.) y niveles comparativamente favorables de presión asistencial. La confluencia de visiones asistenciales heterogéneas junto con esquemas organizativos de distinta procedencia y un liderazgo hasta ahora ambiguo viene dificultando su gestión.

- En el presente ejercicio, de acuerdo con lo establecido para la implantación de la UGCSM, se inicia un proceso reorganizativo de la Unidad a través del modelo europeo de calidad EFQM contando con el asesoramiento de la Universidad de Santiago de Compostela (Licenciario Jesús Varela y equipo. Facultad de Psicología).
- Tras el proceso de presentación y explicación del modelo al conjunto del equipo de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (primer semestre 2008), se hizo una selección de autoevaluadores del mismo.
- En la primera quincena de septiembre próximo finaliza la autoevaluación para presentar las aportaciones que permitan ir evaluando los niveles de funcionamiento y planes de mejora a implementar.
- El objetivo es poder alcanzar durante el ejercicio correspondiente al año 2008 los 200 puntos establecidos por el modelo para poder optar a la certificación externa.

#### 4. Necesidades

- Mejorar los procesos asistenciales en función de las tipologías prevalentes de pacientes (episodios psicóticos, adicciones, trast. de personalidad, trast. de tipo adaptativos y neuróticos, etc.).
- Apoyar el trabajo de enfermería, con alto grado de protocolización y organización de sus niveles asistenciales.
- Los facultativos deben incrementar la protocolización de sus actividades clínicas así como llevar a cabo la cumplimentación de los procedimientos asistenciales, «acompañándolos» con la aplicación de los cuidados de enfermería y tener mayor presencia en la Unidad.

La Unidad dispone de espacio físico suficiente pero sus instalaciones y medios son obsoletos. Está solicitado y previsto el desplazamiento de la misma al «Hospital Naval», integrado este año en el Complejo Hospitalario del área sanitaria (Sergas), junto con los demás dispositivos de salud mental ubicados actualmente en el Hospital Novoa Santos.

Señalemos que el citado Hospital ya dispone de Planta de Psiquiatría con potenciales cualidades para que su rediseño arquitectónico se adecue a las necesidades tanto mantenidas como novedosas de la población que, ya entrado el siglo XXI, precise recibir asistencia en este tipo de dispositivo.

#### 5.3.3. Hospital de Día de Psiquiatría

1. Movimiento asistencial. El Hospital de Día tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	E.media/mes	1.º ingresos	Altas	Estancias/año
P. TOTALES	20 pac.	20 pac.	25 pac.	2.074 días

2007	Estancia media/mes	Media sesión/año
P. PARCIALES	65 pac.	1.347 sesiones

2. Medios de apoyo a la gestión. La Unidad dispone de acceso a Ianus y agendas electrónicas definidas para las actividades de tipo parcial, además del programa «Gacela» de enfermera. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos años dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. Tras la reorganización del equipo y la reformulación de los Programas Totales y Parciales hace  $\pm$  2 años nos encontramos en la actualidad en un período de asentamiento y despliegue de los mismos. Asimismo, en el presente año, según lo previsto en el proceso de implantación de la UGCSM.ASF, se inició la definición estructurada de las actividades asistenciales del equipo a través de la «Guía de Procedimientos» («qué hacer cuándo, dónde, por quién»).

- Actualmente están descritos los Procedimientos Generales que se llevan a cabo por los diferentes miembros y estamentos del equipo formulados a través de tres fases: acogida, establecimiento del PIT (programa individual de tratamiento) y seguimiento y de preparación del alta.
- Los procesos específicos de cada profesional y/o estamento se encuentran también y en su mayoría en avanzado proceso de definición a finalizar en el último trimestre del año.

#### 4. Necesidades

- Incorporar un/a auxiliar de clínica para apoyar la actividad del dispositivo según lo ya contemplado para este ejercicio dentro del Plan Estratégico de Salud Mental (PESMG) vigente.
- Progresar y consolidar los flujos de entrada y salida de los pacientes en los programas y actividades del HDD.
- Incrementar la articulación con el Programa de Trastorno Mental Severo desarrollado por el equipo de continuidad de cuidados, así como participar, a partir del próximo año, en la estructuración adaptada a nuestra área del «Proceso Trastorno Mental Severo».

#### 5.3.4. Equipo de Continuidad de Cuidados-Programa de Trastorno Mental Severo (E.C.C.-TMS)

1. Movimiento asistencial. El Programa tuvo el pasado año 2007 la siguiente actividad asistencial referenciada:

2007	Interv. Indiv.	Interv. Fam.	V. domicil.	Pac. a cargo
E.C.C. INTENSIVO Enf+apoyo Psq	1.295	295	835	32
2007	Interv. Indiv.	Interv. Fam.	V. domicil.	Pac. A cargo
E.C.C. INTERMEDIO Psic+apoyo TS	1.026	409	173	54

2. Medios de apoyo a la gestión. El equipo dispone de acceso a Ianus y agendas electrónicas definidas, además del programa «Gacela» de enfermería. Se utiliza HC unificada. Señalemos que en los dos últimos ejercicios dispone de «supervisión externa» (José Leal Rubio, destacado experto en esta materia afincado en Barcelona) con sesiones de frecuencia  $\pm$  bimensual.

3. Gestión Clínica. El programa sirve de enlace entre las USM y los dispositivos de rehabilitación más clásicos (USMs, H.D.D., U.Rhb. Hosp.) siendo uno de los equipos de estas características pioneros en España. Cabe resaltar que su modelo de trabajo es uno de los propuestos en la «Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud» del M.º de Sanidad y Consumo (2007) como «ejemplo de buena práctica», que también incluye el «programa ACOUGO» de atención a las urgencias extrahospitalarias de nuestras CC. AA. y que se viene aplicando en nuestra área sanitaria.

El compromiso de Gestión para el presente ejercicio se centra en la definición de la Guía de Gestión, encontrándose en avanzado estado de realización, lo que incluye entre otros aspectos: a) la determinación de los límites de entrada y salida del programa; b) la estructuración de los procedimientos asistenciales y la delimitación de la cartera de servicios de este Programa; c) la articulación entre actividades específicas e inespecíficas.

4. Necesidades. El equipo, tras iniciar su andadura hace algo más de 2 años, ha conseguido delimitar sus bases estructurales y funcionalidad asistencial.

- Dado que actualmente el número de pacientes asignado al programa «intensivo» es de 32 (situándose el estándar de ratio personal de enfermería/pacientes a cargo en 25-30) conviene empezar a planificar el refuerzo de la plantilla de enfermería.
- Es necesario seguir avanzando en su conexión con los programas del HDD y el enlace con las USM y otros dispositivos de salud mental del área así como en la coordinación con estructuras y programas de tipo social y comunitario.

### 5.3.5. Programa Sociosanitario-Psicogeriatría

Dicho programa atiende actualmente ocho Centros Residenciales de Mayores (además de 1 Centro de Minusválidos físicos y 2 de Menores) junto con  $\pm$  3-4 jornadas/mes de asistencia ambulatoria de pacientes remitidos desde las USM, en su gran mayoría de la USM-I, que es en donde se lleva a cabo la consulta.

1. Movimiento asistencial. El Programa tuvo el pasado año 2007 una actividad asistencial referenciada cuyos datos fundamentales son:

2007	1.ª Consultas	Revisiones	Relac. Suc./1.ª
ACTV. ASIST.	364	1.527	4.19

2. Medios de apoyo a la gestión. Para la consulta ambulatoria dispone de las estructuras de apoyo a la gestión asistencial en las mismas condiciones que las USM mientras que los recursos y condiciones asistenciales de los Centros a los que se acude es dispar, en función de las características propias de cada Centro.

3. Gestión Clínica. A finales de 2006, coincidiendo con el período de representación autonómica de la Asociación de enfermos de Alzheimer y Otras Demencias (AFAL) de Ferrol, se propone iniciar un proyecto asistencial de atención a estas patologías mediante la coordinación estable y permanente entre Salud Mental y Neurología con la colaboración de AFAL-Ferrol y otras unidades asistenciales (atención primaria sobre todo, además del apoyo de radiología, farmacia, etc.).

- Contando con el apoyo y compromiso de la Dirección de Área se presenta el proyecto de la UNIDE (Unidad Integral de atención a las Demencias) desde un planteamiento sinérgico con la Unidad de Psicogeriatría cuya estructura mantendría lo estipulado en el PESM 2006-11.
- Paralelamente, la Unidad de Psicogeriatría (U.PS.G.-ASF), organizada según lo establecido en el PGSM 2006-11, junto con la UNIDE, en colaboración con Atención Primaria y el apoyo de otros recursos, deben constituir una *Comisión de Implantación del «Proceso Demencia»* estructurando su adaptación a nuestra área sanitaria, en línea con el fortalecimiento de la continuidad asistencial, expresada actualmente en los denominados «procesos asistenciales integrados», siguiendo la metodología general descrita al referirnos al «proceso depresión-ansiedad-somatizaciones», apoyándonos en proyectos análogos ya definidos en otros territorios y CC. AA.

4. Necesidades. La coordinación de la UNIDE se realizaría desde Neurología estando prevista nuestra participación a través de 1 Psicólogo Clínico con formación en Neuropsicología y dependencia orgánica de la UGCSM.ASF, entre otro personal.



- En la actualidad nos encontramos en fase avanzada de estructuración del proyecto de la UNIDE para finalizarlo en los dos próximos meses.
- El Psicólogo Clínico de la UNIDE, como hemos comentado, pertenecerá a nuestro Servicio aunque no a la dotación de personal de la U. de Psicogeriatría según lo contemplado en el PESM, por lo que es imprescindible seguir manteniendo el compromiso de la Unidad de Neurología y de la Dirección de Área a la implantación de la Unidad (financiando su contratación fuera de los presupuestos del PESMG vigente) así como el apoyo de la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias a esta iniciativa. A partir de septiembre se incorporará a nuestro Servicio una psicóloga clínica con el perfil profesional mencionado, para participar en la organización y desarrollo de la UNIDE y resto de estrategias comentadas en este apartado.

### 5.3.6. Otras Actividades de Gestión

#### Gestión Psicofarmacológica.

La UGCSM.ASF y la UGC del Medicamento han establecido un protocolo de colaboración en cuyo marco se ha constituido una comisión estable de trabajo entre ambas Unidades. Actualmente se viene realizando una revisión de psicofármacos de la Guía Hospitalaria así como de recomendaciones de utilización de psicofármacos en el Proceso Depresión-Ansiedad-Somatizaciones. Por otro lado, se recoge información sobre el perfil prescriptor del Servicio para su valoración en diferentes dimensiones.

#### Gestión de recursos Sociales.

Actualmente tanto desde diferentes ámbitos Administrativos como desde la propia sociedad civil se vienen desarrollando diferentes iniciativas así como realizando diferentes actividades en el campo de lo social, entendido en una perspectiva amplia, sin que en muchas ocasiones tengamos una información suficiente o actualizada de muchas iniciativas de las que puedan beneficiarse pacientes a seguimiento en el Servicio.

- En este marco para el presente ejercicio la propuesta es disponer de una guía de recursos tanto de formación y empleo protegido en sus diferentes posibilidades como de actividades de ocio y tiempo libre que se puedan ofertar en diferentes ayuntamientos pertenecientes al área sanitaria.

---

NOTA: Cuando estamos remitiendo este documento recibimos el Informe aprobatorio del «Convenio de Gestión Clínica de Salud Mental del Área Sanitaria de Ferrol (2009-10)», aunque no sabemos qué evolución tendrá en un escenario de cambio de responsabilidades en la Administración Autonómica, esperemos que no afecte a su desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) «Ley General de Sanidad 4/1986», *BOE*, 29-IV-1986.
- (2) Temes, J. L.; Mengíbar, M., *Gestión Hospitalaria*, 4.ª ed., Madrid, Interamericana, 2007.
- (3) Ruiz Iglesias, L., *Claves para la gestión clínica*, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 2004.
- (4) «Decreto 390/1994 polo que se regula a Saude Mental en Galicia», *Diario Oficial de Galicia* de 5 de Enero de 1995.
- (5) «Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia».
- (6) «Decreto 15/2005, do 3 de febreiro, polo que se establece a estrutura da área sanitaria de Ferrol».
- (7) *Documento de Bases para la elaboración del Plan Gallego de Sallud Mental*, en Colección Saude Mental n.º 0. Consellería de Sanidad, Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 1990.
- (8) Guimón, J.; de la Sota, E.; Sartorius, N. (coords.), *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2002.
- (9) «Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria». Guimón, J. (ed.), en *Salud Mental Relacional*, (tomo 3), Cantabria, Core Academia, 2001.
- (10) Pontí, F., *Los caminos de la negociación*, Barcelona, Granica, 2002.
- (11) *Propostas de desenvolvemento da atención a saude mental en Galicia*, Colección Saude Mental n.º 18, Santiago de Compostela, Servicio Galego de Saude, Xunta de Galicia, 1998.
- (12) Varela, M. J.; Galego, F. P. (coords.), *Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saude*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, 2000.
- (13) López-Pardo, M. (coord.), *Plan de Salud de Galicia 2002-2005*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade, Secretaría Xeral, 2002.
- (14) Núñez Pérez, Antonio, «Memoria-Proyecto para la Jefatura del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental», Ferrol, 2000.
- (15) *Plan de Saude 2006/2010*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia, 2006.
- (16) «Plan Estratégico de Saude Mental 2006-2011». Servicio Galego de Saude. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. 2007.
- (17) «Programa de incorporación personalizado», Araujo G. M.; Morán I. J., (coords.), Ed. Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidade. 2003.
- (18) «Guía de actuación en la Clínica Psiquiátrica», Díaz González, R. J.; Hidalgo Rodríguez, M. I. (coord.), Madrid, Ed. You & Us., 1999.
- (19) «Apuntes sobre gestión sanitaria», Curso de gestión clínica y organización de servicios asistenciales 2004, Triginer, C. (coord.), Profesor de EADA, Barcelona.
- (20) «Apuntes sobre proyectos estratégicos», Mauri, J., *Curso de gestión clínica y organización de servicios asistenciales*, 2004, Profesor de EADA, Barcelona.
- (21) «Plan Estratégico de la Red de Salud Mental de Álava», Muñoz Fernández, J., 1997, Centro de Documentación EADA, Barcelona.
- (22) «Proyecto de conversión del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto en una Unidad de Gestión Clínica», Gonzalez Torres, M. A., Centro de Documentación EADA, Barcelona.



ISBN: 978-84-95287-47-2



9 788495 287472

