

Conjunto de Guías sobre
Servicios y Políticas de Salud Mental

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SALUD MENTAL

*“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.”*

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SALUD MENTAL

Versión en español del módulo de mejora de la calidad de la salud mental:

Marino Santirso Ruiz (Asturias-España)

Coordinadores de la versión en español:

Dr. J. Miguel Caldas de Almeida

Psiquiatra. Director del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias Médicas. Lisboa,
Portugal

Dr. Víctor Aparicio Basauri

Asesor Subregional de Salud Mental (Centroamérica, México y Caribe Hispano) OPS/OMS Panamá

Comité editor (versiones española y portuguesa):

Dr. Alberto Minoletti (Chile)

Dr. Alfredo Schechtman (Brasil)

Dr. Francisco Torres Gonzalez (España)

Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión técnica del módulo de mejora de la calidad de la salud mental:

Dra. Carmen Barral
MIR Psiquiatría

Dr. Javier Caballer García
Psiquiatra

Dr. José Fernández Menéndez
Psiquiatra

Dra. Victoria García Arroyo
Psiquiatra

María Teresa Gracia Corbato
Supervisora de Enfermería

Dra. Concepción Pedrero Bustos
Psiquiatra

Servicio de psiquiatría
Fundación Hospital de Jove (Gijón-Asturias. España)

*La versión al español ha sido promovida por OPS con la colaboración de la
Fundación Hospital de Jove (Gijón-Asturias.España),
de la Obra Social y Cultural de la Caja de Ahorros de Asturias (Cajastur) y GlaxoSmithKline*

Edita: Editores Médicos, S.A. EDIMSA

ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9

Módulo IV - ISBN-13: 978-84-7714-256-0

**Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003
bajo el título de *Quality improvement for mental health*
© Organización Mundial de la Salud 2003**

El Director General de la Organización Mundial de la Salud
ha concedido los derechos de traducción para la edición en español
a Editores Médicos, S.A., que son solamente responsables de esta edición en español

Catalogado por la Biblioteca de la OMS

Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

1. Salud mental - estándares
2. Calidad, Atención sanitaria - métodos
3. Política de salud
4. Acreditación
5. Directrices I. Series

(NLM classification: WM 30)

La información técnica relativa a esta publicación puede obtenerse de:

Dra. Michelle Funk
Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH-1211, Ginebra 27
Suiza
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4180
E-mail: funkm@who.int

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en Marketing y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 4857; email: bookorders@oms.int). Las peticiones de autorización para reproducir o traducir publicaciones de la OMS, bien para su venta o para distribución no comercial, deberán dirigirse a Publicaciones, en la dirección mencionada más arriba (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@oms.int).

Los términos utilizados y la presentación del material de esta publicación no implican en absoluto la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta al estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área ni sobre las autoridades, ni tampoco en lo que respecta a la delimitación de sus fronteras o demarcaciones. Las líneas punteadas en los mapas representan las fronteras o límites de manera aproximada, y sobre los cuales puede que no exista aún un acuerdo completo.

La mención de compañías específicas o de los productos de ciertos fabricantes no implica que sean aprobados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud con respecto a otros de naturaleza similar que no son mencionados. Con la excepción de omisiones o errores, los nombres de productos patentados se distinguen por comenzar con una letra mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no se responsabilizará de ningún daño sufrido como resultado de su utilización.

Menciones y agradecimientos

El Conjunto de Medidas sobre Servicios y Políticas de Salud Mental fue realizado bajo la dirección de la Doctora Michelle Funk, Coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, y supervisado por el Doctor Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

Este módulo ha sido preparado por el Dr. Crick Lund, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Ciudad del Cabo, República de Sudáfrica, Dr. Vijay Ganju, del Programa de Salud Mental Estatal del Instituto Nacional, Directors Research Institute, VA, EEUU, y la Dra. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Suiza.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dr. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Natalie Drew, (OMS/HQ), Dr. JoAnne Epping-Jordan, (OMS/HQ), Profesor Alan J. Flisher, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, Profesor Melvyn Freeman, Departamento de Salud, Pretoria, Sudáfrica, Dr. Howard Goldman, Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental y Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland EEUU, Dr. Itzhak Levav, Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel y Dr. Benedetto Saraceno, Sede Central (OMS/HQ).

El Profesor Alan J. Flisher, de la Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, completó la edición técnica de este módulo.

Asistencia técnica:

Dr. Jose Bertolote, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Dr. Thomas Bornemann (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Dr. Vijay Chandra, Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la OMS, Dra. Custodia Mandlhate, Oficina Regional para África de la OMS, Dr. Claudio Miranda (OPS), Dr. Ahmed Mohit, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, Dr. Wolfgang Rutz, Oficina Regional para Europa de la OMS, Dr. Erica Wheeler (OMS/HQ), Dra. Derek Yach (OMS/HQ), y el personal del Grupo de Política de Información y Evidencias de la Organización Mundial de la Salud.

Servicios administrativos y de secretariado:

Adeline Loo (OMS/HQ), Anne Yamada (OMS/HQ) y Razia Yaseen (OMS/HQ)

La OMS también agradece a los siguientes expertos por su opinión y contribución técnica a este módulo:

Dr. Adel Hamid Afana	Director, Departamento de Formación y Educación, Programa de Salud Mental en la Comunidad, Gaza
Dr. Bassam Al Ashhab	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Cisjordania
Ella Amir	Ami Québec, Canadá
Dr. Julio Arboleda-Flórez	Departamento de Psiquiatría, “Queen’s University”, Kingston, Ontario, Canadá
Jeannine Auger	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Québec, Canadá
Dra. Florence Baingana	Banco Mundial, Washington DC, EEUU
Louise Blanchette	Programa de Salud Mental de la Universidad de Montreal, Canadá
Dra. Susan Blyth	Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Francia
Dr. Anh Thu Bui	Ministerio de Salud, Koror, República de Palau
Dra. Sylvia Caras	Organización “People WHO”, Santa Cruz, California, EEUU
Claudina Cayetano	Ministerio de Salud , Belmopán, Belice
Dr. CHANG Chueh	Taipei, Taiwan
Prof. YAN Fang Chen	Centro de Salud Mental Shandong, Jinan, República Popular de China
Dra.Chantharavdy Choulamanny	Mahosot, Hospital General, Vientane, República Democrática de Laos
Dra. Ellen Corin	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Jim Crowe	Presidente, Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Desórdenes Asociados, Dunedin, Nueva Zelanda
Dr. Araba Sefa Dedeh	Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Acre, Ghana
Dr. Nimesh Desai	Profesor de Psiquiatría y Superintendente Médico, Instituto del Comportamiento Humano y Ciencias Asociadas, India
Dr. M. Parameshvara Deva	Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Perak, Malasia
Prof. Saida Douki	Presidente, Sociedad Psiquiátrica de Túnez, Túnez, Tunicia
Prof Ahmed Abou El-Azayem	Ex-presidente, Federación Mundial para la Salud Mental, El Cairo, Egipto
Dr. Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr. Gregory Fricchione	Centro Carter, Atlanta, EEUU
Dr. Michael Friedman	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Diane Froggatt	Directora Ejecutiva, Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Toronto, Ontario, Canadá
Gary Furlong	Centro de Salud Comunitario Metro Local, Montreal, Canadá
Dr. Vijay Ganju	Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental Alexandria, VA, EEUU
Reine Gobeil	Hospital Psiquiátrico, Québec, Canadá
Dra. Nacanieli Goneyali	Ministerio de Salud, Suva, Fiji
Dr. Gaston Harnois	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Centro colaborador OMS, Québec, Canadá
Gary Haugland	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HE Yanling	Asesor Ministerio de Salud, Beijing, República Popular de China
Prof. Helen Herrman	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Melbourne, Australia
Karen Hetherington	Centro colaborador OMS/PAHO, Canadá
Prof. Frederick Hickling	Sección de Psiquiatría, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica

Dr. Kim Hopper	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HWANG Tae-Yeon	Director, Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Psiquiatría Comunitaria, Yongin City, República de Corea
Dr. Aleksander Janca	Universidad "Western Australia", Perth, Australia
Dr. Dale L. Johnson	Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Taos, NM, EEUU
Dra. Kristine Jones	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. David Musau Klima	Director, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya
Todd Kriebler	Ministerio de Salud, Wellington, Nueva Zelanda
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suiza
Prof. Lourdes Ladrado-Ignacio	Departamento de Psiquiatría y Medicina Conductual, Facultad de Medicina y Hospital General Phillipine, Manila, Filipinas
Dr. Pirkko Lahti	Secretario General / CEO, Federación Mundial para la Salud Mental, Director Ejecutivo, Asociación Finlandesa para la Salud Mental, Helsinki, Finlandia
Eero Lahtinen	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Helsinki, Finlandia
Dr. Eugene M. Laska	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Eric Latimer	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Ian Lockhart	Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica
Dr. Marcelino López	Investigación y Evaluación, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla, España
Annabel Lyman	División de Medicina Conductual, Ministerio de Salud, República de Palau
Dr. MA Hong	Consejero, Ministerio de Salud, Beijing (Pekín), República Popular de China
Dr. George Mahy	Universidad de las Indias Occidentales, St. Michael, Barbados
Dr. Joseph Mbatia	Ministerio de Salud, Dar-es-Salaam, Tanzania
Dra. Céline Mercier	Centro de Investigación Hospital Douglas, Québec, Canadá
Dra. Leen Meulenbergs	Centro Interuniversitario Belga para la Investigación y la Acción sobre la Salud y los Factores Psicobiológicos y Psicosociales, Bruselas, Bélgica
Dr. Harry I. Minas	Centro para la Salud Mental Internacional y Psiquiatría Transcultural, Hospital San Vicente, Fitzroy, Victoria, Australia
Dr. Alberto Minoletti	Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile
Dra. P. Mogne	Ministerio de Salud, Mozambique
Dr. Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
Dr. Driss Moussaoui	Universidad Psiquiátrica, Casablanca, Marruecos
Dr. Matt Muijem	Centro Sainsbury para la Salud Mental, Londres, Reino Unido
Dra. Carmine Munizza	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dr. Shisram Narayan	Hospital San Giles, Suva, Fiji
Dra. Sheila Ndyabangi	Ministerio de Salud, Kampala, Uganda
Dr. Grayson Norquist	Instituto Nacional de Salud Mental, Bethesda, MD, EEUU
Dr. Frank Njenga	Presidente. Asociación de Psiquiatras de Kenya, Nairobi, Kenya
Dra. Angela Ofori-Atta	Unidad de Psicología Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Korle-bu, Ghana
Prof. Mehdi Paes	Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Arrazi, Sale, Marruecos
Dr. Rampersad Parasram	Ministerio de Salud, Puerto España, Trinidad y Tobago
Dr. Vikram Patel	Centro Sangath, Goa, India

Dr. Dixianne Penney	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Yogan Pillay	Proyecto Igualdad ,Pretoria, República de Sudáfrica
Dr. M. Pohanka	Ministerio de Salud, República Checa
Dra. Laura L. Post	Servicios Psiquiátricas de Mariana, Saipan, EEUU
Dra. Prema Ramachandran	Comisión de Planificación, Nueva Delhi, India
Dr. Helmut Remschmidt	Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Marburg, Alemania
Prof. Brian Robertson	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ciudad del Cabo, República de Sudáfrica
Dra. Julieta Rodríguez Rojas	Integrar a la adolescencia, Costa Rica
Dra. Agnes E. Rupp	Jefa, Programa de Investigación sobre Economía en Salud Mental, NIMH/NIH, EEUU
Dr. Ayesh M. Sammour	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Gaza
Dr. Aive Sarjas	Departamento de Bienestar Social, Tallin, Estonia
Dr. Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, India
Dra. Carole Siegel	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Prof. Michele Tansella	Departamento de Medicina y Salud Pública, Universidad de Verona, Italia
Mrinali Thalagodapitiya	Directora Ejecutiva, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr. Graham Thornicroft	Director, PRISM, Instituto Maudsley de Psiquiatría, Londres, Reino Unido
Dr. Giuseppe Tibaldi	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dra. Claire Townsend	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld., Australia
Dr. Gombodorjiin TseTsegdary	Ministerio de Salud y Bienestar Social, Mongolia
Dra. Bogdana Tudorache	Presidenta, Liga Rumana para la Salud Mental, Bucarest, Rumanía
Judy Towner-Crowson	Antigua Presidenta Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, WAPR Comité de Apoyo, Hamburgo, Alemania
Pascale Van den Heede	Salud Mental Europa, Bruselas, Bélgica
Marianna Várfalvi-Bognarne	Ministerio de Salud, Hungría
Dr. Uldis Veits	Comisión Municipal de Salud de Riga, Riga, Letonia
Luc Vigneault	Asociación de Grupos de Defensa de los Derechos en Salud Mental de Québec, Canadá
Dr. WANG Liwei	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Prof. Harvey Whiteford	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld, Australia
Dr. Ray G. Xerri	Ministerio de Salud, Floriana, Malta
Dr. XIE Bin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. YU Xin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Prof SHEN Yucun	Instituto de Salud Mental, Facultad de Medicina Universidad de Pekin República Popular de China
Dr. Taintor Zebulon	Presidente, WAPR, Departamento de Psiquiatría, Centro Médico de la Universidad de Nueva York, Nueva York, EEUU

La OMS también desea agradecer el generoso apoyo financiero de los Gobiernos de Australia, Finlandia, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda y Noruega, así como a la Eli Lilly and Company Foundation y a la Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa.

“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.”

Presentación	x
Resumen	2
Objetivos y Destinatarios	7
1. Introducción	10
2. Mejora de la Calidad:	
de la coordinación política a la revisión de los mecanismos	14
Paso 1. Orientar la política hacia la mejora de la calidad	14
Paso 2. Diseñar un documento de estándares	25
Paso 3. Establecer procedimientos de acreditación	32
Paso 4. Monitorizar el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad	35
Paso 5. Integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de servicios	44
Paso 6. Tener en cuenta la reforma sistemática para la mejora de los servicios	54
Paso 7. Revisar los mecanismos de calidad	56
3. Obstáculos y soluciones	57
4. Recomendaciones y conclusiones	58
Anexo 1. Glosario de términos	59
Anexo 2. Guías clínicas que pueden ser empleadas como referencia por los países para el desarrollo de un servicio de salud mental	60
Anexo 3. Ejemplo de país: acreditación de las comunidades terapéuticas en Chile	61
Referencias	71

Este módulo forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS, y proporciona información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

¿Cuál es el propósito del Conjunto de Guías?

El propósito del Conjunto de Guías es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a la hora de:

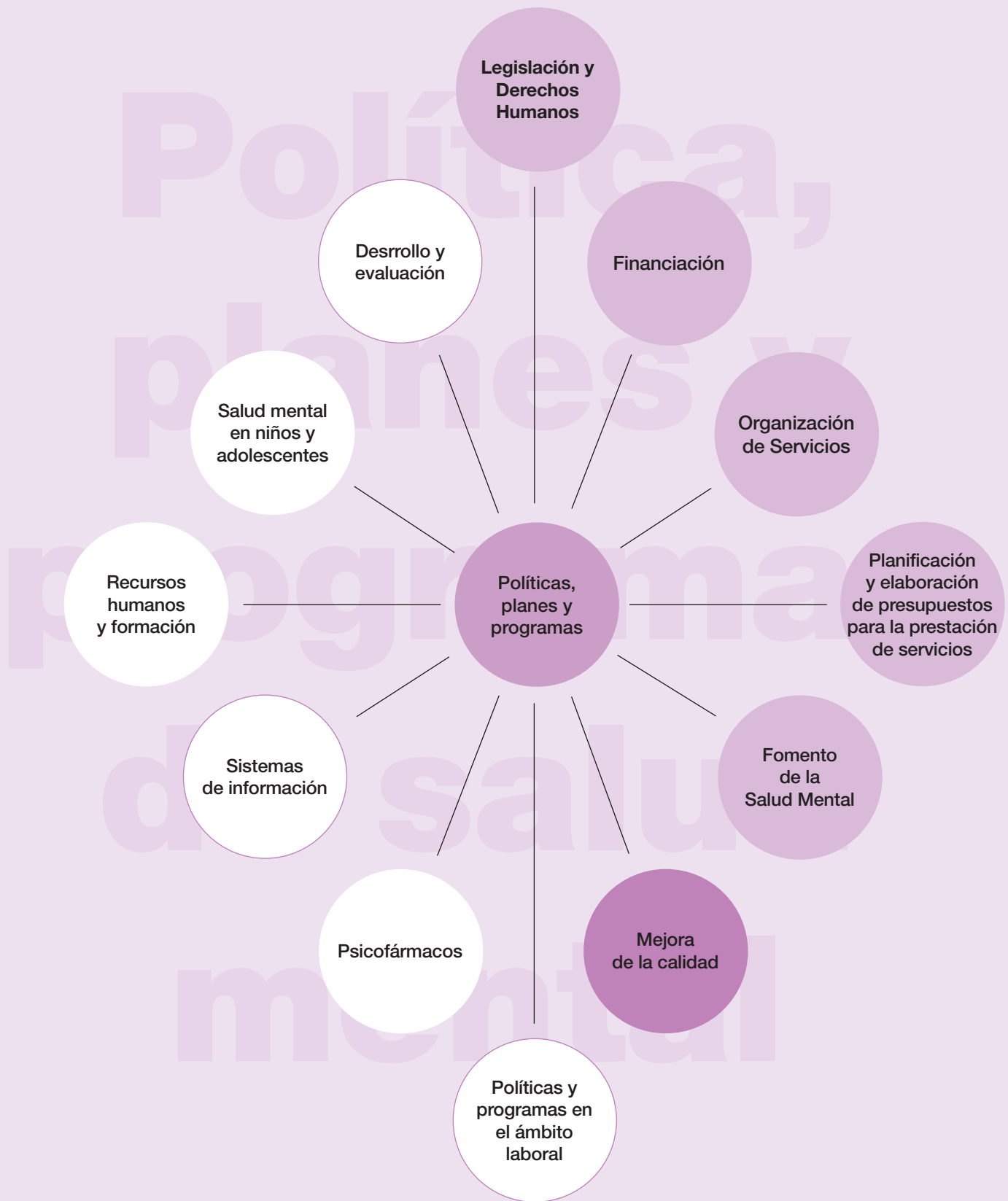
- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones.
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles.
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten.
- colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

¿Qué se incluye en el Conjunto de Guías?

Este Conjunto de Guías consta de una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y en la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud mental. El punto de inicio se halla en el módulo titulado El Contexto de la Salud Mental, donde se describe el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos. Este módulo debería ayudar a los lectores a comprender el contexto global de la salud mental y permitirles seleccionar aquellos módulos que les resulten útiles para su contexto. El módulo principal es el que tiene por título Políticas, Planes y Programas de Salud Mental, el cual proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas. Tras la lectura de este módulo, los países pueden centrarse en aspectos específicos de la salud mental, tratados en los otros módulos.

El Conjunto de Guías incluye los siguientes módulos:

- > El contexto de la salud mental.
- > Políticas, planes y programas de salud mental.
- > Financiación de la salud mental.
- > Legislación y derechos humanos en salud mental.
- > Fomento de la salud mental.
- > Organización de los servicios de salud mental.
- > Mejora de la calidad de la salud mental.
- > Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental.



● Módulos en desarrollo

Los siguientes módulos no están todavía disponibles, pero se incluirán en la versión final del Conjunto de Guías:

- > Mejora al acceso y el uso de psicofármacos.
- > Sistemas de información de salud mental.
- > Recursos humanos y formación para la salud mental.
- > Salud mental en niños y adolescentes.
- > Desarrollo y evaluación de políticas y servicios de salud mental.
- > Políticas y programas sobre salud mental en el entorno laboral.

¿A quién va dirigido este Conjunto de Guías?

Los módulos resultarán de interés para:

- gestores políticos y planificadores de salud
- departamentos gubernamentales a nivel federal, estatal/regional y local
- profesionales de la salud mental
- grupos que representan a las personas con trastornos mentales
- representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales
- organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares
- organizaciones no gubernamentales implicadas o interesadas en proporcionar servicios de salud mental

Cómo utilizar los módulos

- Pueden emplearse **individualmente o como un “paquete”**: los módulos contienen referencias entre sí para facilitar su uso. Los países pueden examinar cada uno de los módulos de manera sistemática o bien utilizar uno de los módulos cuando deseen tratar un aspecto concreto de la salud mental. Por ejemplo, los países que deseen analizar el tema de la legislación pueden encontrar útil para este fin el módulo titulado *Legislación y derechos humanos en salud mental*.
- Pueden emplearse como **material de formación** para gestores políticos de salud mental, planificadores y otras personas que se dediquen a organizar, suministrar y financiar servicios de salud mental. Pueden utilizarse como material formativo en cursos universitarios. Las organizaciones profesionales pueden utilizar estos materiales como ayudas a la formación de personas que trabajen en el ámbito de la salud mental.
- Pueden utilizarse como marco de referencia general o **“guía de asesoría técnica”** por parte de un amplio espectro de organizaciones nacionales e internacionales que dan apoyo a países que deseen reformar su política y/o servicios de salud mental.
- Los usuarios, familias y organizaciones de apoyo pueden emplearlos como **instrumentos de apoyo**. Los módulos contienen información útil para la educación pública y para aumentar la sensibilidad social sobre la salud mental entre los políticos, líderes de opinión, otros profesionales de la salud y el público en general.

Formato de los módulos

Cada módulo especifica claramente cuáles son sus objetivos y el tipo de audiencia al que va dirigido. Se presentan en un formato paso a paso para ayudar a los países en el uso y puesta en práctica de los consejos incluidos. Estos consejos no pretenden ser obligatorios ni deben ser interpretados de manera rígida: se anima a los países a que adapten el material según sus propias necesidades y circunstancias. Se proporcionan ejemplos prácticos a lo largo del módulo.

Existen abundantes referencias entre los diversos módulos. Puede que los lectores de un módulo necesiten consultar otro (indicado en el texto) si desean más información.

Todos los módulos deberían leerse a través del prisma de la política de la OMS de proporcionar la mayor parte de los cuidados de salud mental a través de los servicios de atención primaria y el entorno comunitario. La salud mental es necesariamente un asunto que afecta a varios sectores como educación, empleo, vivienda, servicios sociales y justicia. Es importante establecer un compromiso con organizaciones de usuarios y familias acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dra. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

Toda persona que lo precise debería tener acceso a los servicios básicos de salud mental. Este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles.

¿Qué se entiende por “calidad”?

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes: 1) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- > preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- > 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.
- > usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
- > hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- > 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.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales están bajo mínimos y no están a la altura de estos principios. La atención comunitaria no está disponible en el 37% de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de la atención primaria en casi un 20% de los países, existiendo una notable variabilidad entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70% de la población tiene acceso a menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes.

En un contexto donde los recursos son inadecuados 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.

¿Por qué es importante la calidad en los servicios de salud mental?

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 administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor de políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables.

Éstos 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.

Objetivos de este módulo

Este módulo pretende:

- (1) asegurar que la calidad esté sólidamente asentada en el programa de políticas para la atención a la salud mental
- (2) proporcionar una guía práctica para la puesta en marcha de mecanismos de mejora de la calidad en los servicios de salud mental, tanto a nivel nacional como local.

La introducción proporciona las razones de la importancia y del valor de la calidad en los servicios de salud mental. Proporciona también una introducción conceptual al tema de la mejora de la calidad y alguno de los métodos que se han desarrollado para mejorarla. A continuación, se presenta un programa paso a paso que debería ayudar a los países a mejorar la calidad de sus servicios de salud mental.

Paso 1: Orientar la **política** hacia la mejora de la calidad.

Paso 2: Diseñar un **documento de estándares**.

Paso 3: Establecer **procedimientos de acreditación**.

Paso 4: **Monitorizar** el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad.

Paso 5: **Integrar la mejora de la calidad** en la gestión y prestación de servicios actuales.

Paso 6: Tener en cuenta **la reforma** sistemática para la mejora de los servicios.

Paso 7: Revisar los **mecanismos de calidad**.

Los pasos arriba mencionados para la mejora de la calidad tienen una naturaleza circular; una vez que la política, los estándares y los procedimientos de acreditación se han definido, la mejora de la calidad requiere un control continuo de esos servicios y la integración de las estrategias de mejora de la calidad en la gestión y en la prestación de servicios. Es también necesario, aunque con menor frecuencia, revisar la política, los estándares y los procedimientos de acreditación (Paso 7). Esto permite adaptar la política, los estándares y los procedimientos de acreditación de acuerdo a lo aprendido durante el proceso de mejora de la calidad.

Paso 1. Orientar la política hacia la mejora de la calidad

Los gestores políticos tienen un papel clave en la lucha por la calidad. Están en una posición que les permite establecer los parámetros generales de calidad a través de la consulta, la asociación, la legislación, la financiación y la planificación.

- > **Consulta.** Es necesaria la consulta con todas las partes implicadas dentro del ámbito de la salud mental, tanto durante el desarrollo de la política como en los subsiguientes pasos de la mejora de la calidad. La consulta tiene tres funciones claves: 1) obtener las aportaciones de las distintas partes implicadas; 2) compartir la información entre los diversos grupos implicados y 3) alcanzar un acuerdo consensuado. Conseguir este acuerdo es una tarea esencial de los gestores políticos. La creación de mecanismos de mejora de la calidad representa una oportunidad única para reunir a todas las partes implicadas y así sacar adelante una visión de cómo debería llevarse a cabo la prestación de servicios.
- > **Cooperación.** Los gestores políticos deben dar los pasos necesarios para crear acuerdos con grupos de profesionales, instituciones académicas, grupos de apoyo y otros sectores de los servicios sociales y de la salud. Estas relaciones vertebran el proceso de mejora de la calidad y permiten su sostenibilidad a largo plazo, y al mismo tiempo fomentan el consenso y dotan de consistencia a los mensajes sobre la necesidad de la calidad, movilizando también recursos y otros apoyos necesarios.
- > **Legislación.** Los gestores políticos deberían promover una legislación que refleje la preocupación por la calidad y ponga el énfasis sobre ésta. Los modelos proporcionados por la OMS son útiles para este propósito.
- > **Financiación.** Los sistemas de financiación para los cuidados de salud mental deberían vincularse al proceso de tal forma que se maximice la calidad y no se conviertan en un obstáculo para la mejora. La mejora de la eficiencia es una meta fundamental relacionada con la mejora de la calidad y la contención de costes.

- > **Planificación.** Los procesos de calidad pueden ayudar a la planificación proporcionando una base de conocimientos sobre las prácticas basadas en la evidencia. Durante el transcurso de la planificación, existen varios temas relativos a la distribución de recursos y a la determinación de prioridades que influyen directamente sobre la calidad.

Paso 2. Diseñar un documento de estándares

Una vez que las políticas están orientadas hacia la calidad, el siguiente paso es elaborar una serie de estándares que sirvan para evaluar los servicios.

- > Para conseguirlo, los planificadores y los gestores deben formar un grupo de trabajo, consultar con las partes implicadas clave y esbozar un documento de estándares.
- > El documento de estándares debería cubrir todos los aspectos, identificados según áreas específicas de un servicio de salud mental,.
- > Deben detallarse los criterios para cada estándar.
- > Estos criterios deberían proporcionar un método para valorar los servicios existentes, un proceso que podría beneficiarse del uso de los documentos de la OMS.
- > La valoración de los servicios debería complementarse con observaciones sobre la calidad de todos los aspectos de la atención a la salud mental.

Paso 3. Crear procedimientos de acreditación

La acreditación facilita la oportunidad de evaluar la calidad de los cuidados dispensados por un servicio de salud mental y otorga al servicio el reconocimiento legal adecuado. La acreditación es esencial porque hace de la calidad una piedra angular a la hora de autorizar cualquier dispositivo o servicio de salud mental.

Las siguientes tareas son esenciales para establecer los procedimientos de acreditación:

- > Los planificadores deben determinar si ya existe algún procedimiento de acreditación que pueda utilizarse para la evaluación de los servicios actuales. Los procedimientos obsoletos deberían modificarse de acuerdo con las evidencias sobre las formas de prestación de servicios más dignas y más efectivas clínicamente.
- > Deberán crearse procedimientos de acreditación si no existiese ninguno. El documento de estándares desarrollado en el Paso 2 puede emplearse como una estructura que proporcione unos criterios y un sistema de valoración para la evaluación de los servicios y la concesión del estatus legal pertinente.

Paso 4. Monitorizar el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad

Los servicios de salud mental deberían monitorizarse de manera que se pueda evaluar la calidad de los cuidados. Este seguimiento puede hacerse de las siguientes maneras:

- > Utilizando estándares para evaluar el servicio anualmente.
- > Empleando procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar el desarrollo de nuevos servicios y revisar los que ya están en funcionamiento.
- > Recopilando información de forma habitual a través de sistemas de información, mediante indicadores de rendimiento y resultados.
- > Consultando con las organizaciones independientes para personas con trastornos mentales, cuidadores y grupos de apoyo con el fin de obtener su valoración de los servicios.

Paso 5. Integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de los servicios existentes

Es esencial que los servicios sigan mejorando sus prestaciones, esforzándose continuamente para lograr una calidad óptima. Esto puede conseguirse:

- > Realizando revisiones anuales sobre la calidad de los servicios.
- > Incluyendo controles de calidad en los objetivos de los servicios.
- > Integrando la mejora de la calidad en la práctica clínica a través de prácticas basadas en la evidencia, guías sobre la práctica clínica, trabajo en equipo y el desarrollo de la formación continuada.
- > Mejorando la calidad cuando los servicios se ponen en marcha.
- > Mediante auditorías.

Paso 6. Considerar la reforma sistemática para la mejora de los servicios

Una evaluación de la calidad de un servicio de salud mental puede revelar la necesidad de una reforma o mejora sistemática. Este paso puede necesitar de la coordinación y planificación concertada entre varios sectores.

Para reformas a gran escala, como, por ejemplo, la transformación de un sistema institucional en uno comunitario, el enfoque sistemático es el más beneficioso.

Paso 7. Revisar los mecanismos de calidad

Una vez que los mecanismos de calidad están en funcionamiento, deberían revisarse con menos frecuencia que los servicios que son inspeccionados anualmente. La revisión de los mecanismos de calidad podría llevarse a cabo al mismo tiempo que la revisión de objetivos del servicio a nivel local, esto es, en periodos de entre 5 y 8 años.

La revisión de los mecanismos de calidad es necesaria para ponerlos al día de acuerdo con las evidencias sobre los métodos más eficaces para la mejora de la calidad. A este fin, los gerentes de los servicios de salud mental o los encargados de la mejora de la calidad deberán mantenerse bien informados acerca de los progresos en la mejora, la gestión y la garantía de la calidad. Todo lo aprendido durante el proceso de mejora de la calidad de la gestión y prestación de los servicios deberá incorporarse a las futuras modificaciones de las políticas, los estándares y los procedimientos de acreditación.

Los vínculos con las mejoras en los sistemas de información deben mantenerse siempre que sea posible, para asegurar que la evaluación de la calidad hace un uso integral de la información disponible y que los sistemas de información recopilan datos que son apropiados para asegurar unos cuidados con una calidad satisfactoria.

Es esencial proporcionar una formación continuada, a los gestores y a los profesionales de salud mental, sobre una atención de salud mental de calidad, manteniendo así el impulso inicial de las iniciativas para la mejora de la calidad. El desarrollo de la mejora de la calidad precisa de los esfuerzos continuos de los servicios de salud mental para aumentar su efectividad y su eficiencia.

Conclusión

Este módulo proporciona una guía práctica para (1) la orientación de la política hacia los objetivos de la mejora de la calidad y (2) el posterior desarrollo de varios mecanismos de mejora de la calidad. Estos mecanismos incluyen los estándares, los procedimientos de acreditación, la monitorización de los servicios, la mejora continua de la calidad, la reforma sistemática de los servicios y las revisiones de los mecanismos de calidad.

Los países deberían adaptar esta guía de acuerdo a sus circunstancias y necesidades particulares. Para los países sin política de calidad o con pocos o ningún mecanismo de mejora de la calidad, este módulo proporciona orientación para su creación. Para los países cuya política es coherente con los objetivos de mejora de la calidad, es una guía práctica sobre los pasos a dar para crear los estándares y los procedimientos de acreditación, el control y la mejora continua de la calidad. Para países con políticas y estándares establecidos, el módulo sirve de guía sobre las diferentes formas en que puede incrementarse la calidad de los cuidados en salud mental a través de métodos de mejora continua de la calidad.

Mejorando la calidad de los cuidados, los países deberían ser capaces de incrementar la probabilidad de que los resultados de estos cuidados reflejen los deseos y aspiraciones de la población que hace uso de ellos. Los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, el asegurar de que se les proporcionan los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, el aumentar su autoconfianza y el mejorar su calidad de vida.

Cómo utilizar este módulo

Este módulo tiene un doble propósito:

- (1) Asegurar que la calidad esté solidamente asentada en la agenda política sobre los cuidados de salud mental.
- (2) Proporcionar una guía práctica para la puesta en práctica de mecanismos de mejora de la calidad en los servicios de salud mental, tanto a nivel nacional como local.

La introducción explica la importancia y el valor de la calidad en los cuidados de salud mental y proporciona una guía conceptual sobre el tema de la mejora de la calidad, así como algunos métodos que se han desarrollado para mejorarla. El programa paso a paso que se muestra a continuación debería ayudar a los países a mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Paso 1: Orientar la **política** hacia la mejora de la calidad.

Paso 2: Diseñar un **documento de estándares**.

Paso 3: Establecer **procedimientos de acreditación**.

Paso 4: **Monitorizar** el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad.

Paso 5: **Integrar la mejora de la calidad** en la gestión y prestación de servicios actuales.

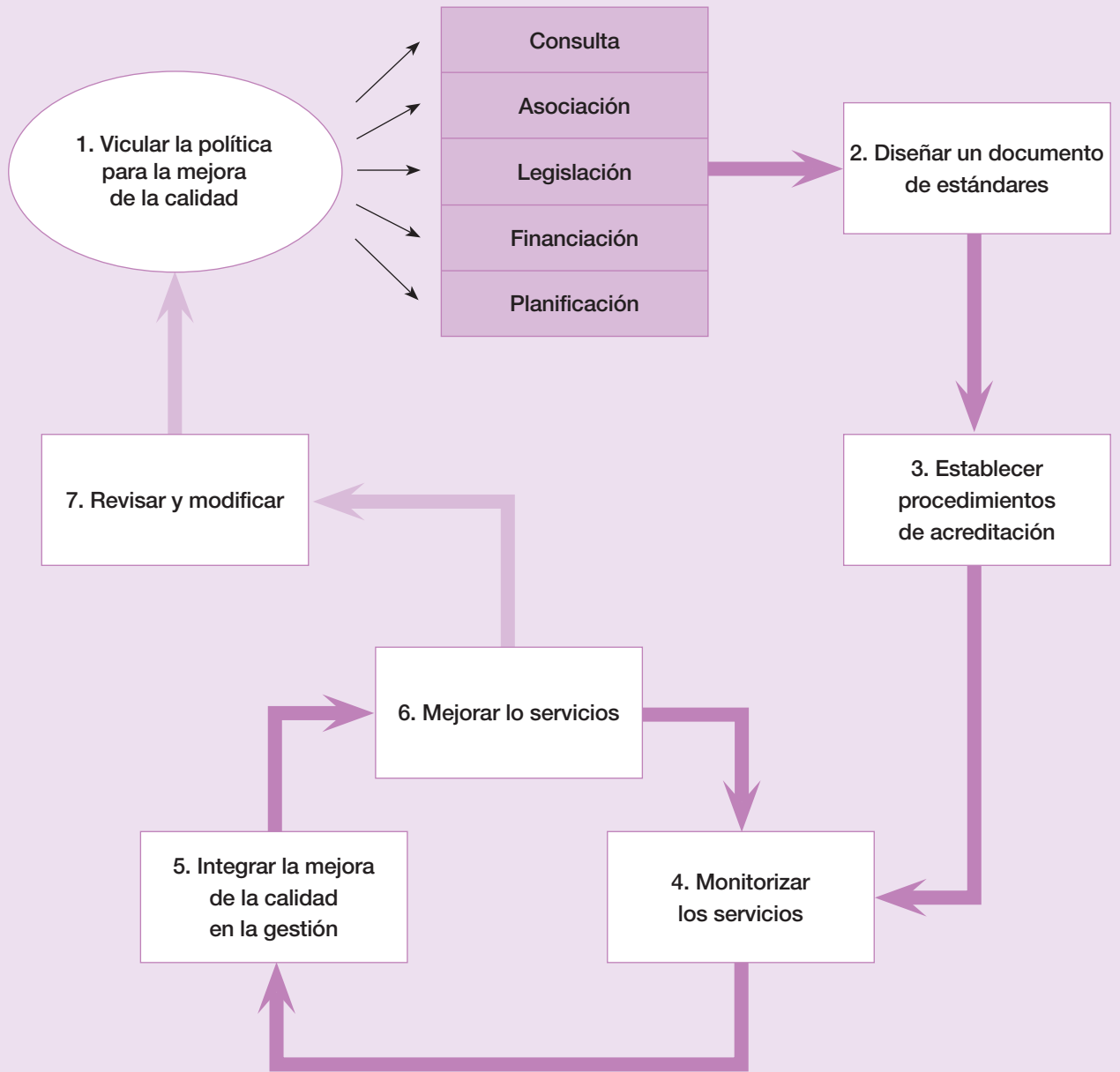
Paso 6: Tener en cuenta la **reforma** sistemática para la mejora de los servicios.

Paso 7: Revisar los **mecanismos de calidad**.

Los pasos arriba mencionados para la mejora de la calidad tienen una naturaleza circular (Figura 1). Una vez que la política, los estándares y los procedimientos de acreditación se han definido, la mejora de la calidad requiere un control continuo de esos servicios y la integración de las estrategias de mejora de la calidad en la gestión y en la prestación de servicios. Es también necesario, aunque con menor frecuencia, revisar la política, los estándares y los procedimientos de acreditación (Paso 7) como indican las flechas de la Figura 1. Esto permite adaptar la política, los estándares y los procedimientos de acreditación de acuerdo a lo que se haya aprendido durante el proceso de mejora de la calidad.

Estos pasos no tienen por qué seguirse de manera rígida. Por ejemplo, sería posible elaborar un documento de estándares como parte del proceso de orientación de la política. También sería posible llevar a cabo cursos de formación sobre la mejora de la calidad para los profesionales de salud mental mientras se van formulando los procedimientos de acreditación. De todas formas, todos estos pasos son necesarios para que los gestores políticos y los planificadores puedan proporcionar un marco de trabajo y un apoyo para la mejora de la calidad.

Este módulo proporciona un programa paso a paso que debería ayudar a los países a mejorar la calidad de sus servicios de salud mental.



Destinatarios

Este módulo va dirigido a **los gestores políticos** y a los planificadores que desean mejorar los servicios de atención a la salud mental en sus respectivos países. Para los gestores políticos, el módulo ofrece argumentos sobre la importancia de la política de calidad en salud mental. Se ofrecen también consejos para el desarrollo de una política de mejora de la calidad. Para **los planificadores, los administradores y los profesionales de la salud mental**, se aportan sugerencias para la puesta en práctica de mecanismos de mejora de la calidad en los servicios de salud mental, tanto nacionales como locales.

El módulo está diseñado también para que pueda ser utilizado por **las personas con trastornos mentales, sus familias y las organizaciones que los representan**, como base para la participación activa en la mejora de los servicios de salud mental. Tal mejora requiere la cooperación entre todas las partes implicadas en la salud mental. En este sentido, el módulo cumple una función de apoyo muy importante y debería leerse junto al módulo titulado *Fomento de la salud mental*.

Los países pueden encontrarse con una amplia gama de **escenarios** a la hora de evaluar su capacidad para mejorar la calidad de sus servicios de salud mental.

Escenario A. Para los países con pocos o ningún mecanismo de mejora de la calidad y una política prácticamente inexistente, este módulo proporciona orientación para crear dichos mecanismos. Comenzando por la importancia de la reforma de la política para que se adecue a los objetivos de mejora de la calidad, se describen detalladamente los pasos para diseñar un documento de estándares, crear los procedimientos de acreditación, monitorizar los servicios y mejorar la calidad de los cuidados.

Escenario B. Para los países cuya política es coherente con los objetivos de la mejora de la calidad, los pasos iniciales del desarrollo de la política pueden no ser necesarios. Este módulo podrá usarse por tanto para proporcionar orientaciones prácticas sobre los pasos posteriores en la creación de los estándares y los procedimientos de acreditación, en la monitorización de los servicios y en el logro de una mejora continua de la calidad.

Escenario C. Para los países con una política y unos estándares bien definidos, el módulo les proporciona orientación sobre cómo se puede mejorar aún más la calidad de los servicios de salud mental mediante métodos de mejora continua de la calidad.

En definitiva, el módulo debería ser adaptado por los países a sus necesidades específicas. Por esta razón no se proporcionan estándares globales de cuidados. Para asegurar unos cuidados de salud mental de una calidad apropiada a cada situación particular, cada país debería desarrollar sus propios mecanismos de evaluación y de mejora de la atención a la salud mental. Este módulo pretende ayudarles en este proceso.

Este módulo está orientado a los gestores políticos y planificadores que deseen mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud mental en sus países respectivos.

El módulo debería adaptarse a las necesidades específicas de cada país.

1. Introducción

Toda persona que lo precise debería tener acceso a unos cuidados básicos de salud mental. Este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, disponibles de forma voluntaria y de una calidad adecuada.

¿Qué se entiende por “calidad”?

En la atención de salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si estos son consistentes con la salud mental basada en la evidencia (adaptado de (Institute of Medicine, 2001a)). Esta definición incorpora dos componentes: a) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y b) para los médicos, los planificadores de servicios y los gestores políticos enfatiza el mejor uso posible de los conocimientos y la tecnología actuales.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- > preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- > 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.
- > emplear intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de esos trastornos.
- > hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- > asegurar de 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.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales siguen siendo mínimos y no están a la altura de estos principios. La atención basada en la comunidad no está disponible en el 37% de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de atención primaria en casi un 20% de los países, presentando una variabilidad notable entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70% de toda la población le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes (Atlas 2001).

En un contexto donde los recursos son inadecuados 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 asunto propio de sistemas bien organizados y con los recursos adecuados que de sistemas que están en proceso de constitución.

¿Por qué es importante la calidad en los servicios de salud mental?

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde diversas perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con trastornos mentales, 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 administrador de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor político, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables.

Toda persona que lo necesite debería tener acceso a unos cuidados de salud mental de calidad adecuada.

La mejora de la calidad es una manera de hacer un uso lo más eficiente y efectivo posible de los escasos recursos de salud mental.

¿Es la calidad un lujo?

La calidad es fundamental tanto para los sistemas de salud mental ya instaurados como para aquéllos en fase de desarrollo.

Éstos 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 corregir las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de cuidados efectivos y eficientes en el futuro. Cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios mínimos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de los servicios. En el Cuadro 1 se describen más ventajas de la mejora de la calidad.

Cuadro 1. Ventajas de la mejora de la calidad en la salud mental

1. 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 fallan a la hora de proporcionar lo que la gente necesita. En ambos casos, la falta de enfoque sobre la calidad resulta en un desperdicio de recursos. La mejora de la calidad facilita la oportunidad de utilizar los recursos de manera eficiente.

2. Un enfoque sobre la calidad ayuda 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 sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2001a) indica los tratamientos que funcionan, 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 severos. 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.

3. 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. Estadísticamente, esto representa la carga añadida de las personas con enfermedades mentales. A nivel individual, el dato muestra la desproporcionada carga soportada por las personas con trastornos mentales. Esta carga 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. Todavía predominan las creencias tradicionales acerca de las causas y los remedios de la enfermedad mental, lo que provoca reticencias o retrasos a la hora de buscar tratamiento. En los Estados Unidos, por ejemplo, la mayoría de las personas que necesitan tratamiento no lo buscan (Departamento de Salud y Servicios Psicosociales de EE.UU., 2000).

4. 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 financian, 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.

5. 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.

6. Un enfoque sobre la calidad es una cuestión sistémica. La mejora de la calidad permite optimizar los cuidados de salud mental de manera sistemática. Por esta razón, el papel de los gestores políticos es complejo. Mientras que los sistemas locales se centran en asegurar una calidad satisfactoria mediante la monitorización de los cuidados clínicos, los gestores políticos deben proporcionar el marco y los apoyos nacionales que hacen esto posible. Los gestores políticos (o planificadores de salud mental) deberían liderar y abogar por la buena calidad para así facilitar esta mejora sistemática.

Enfoques sobre la calidad

Se han desarrollado diferentes enfoques para mejorar la calidad de la atención a la salud mental.

1. Monitorizar la calidad

El enfoque tradicional de monitorizar la calidad (a menudo denominado Garantía de Calidad (Quality Assurance - QA), implica la creación de una serie de estándares y la comparación de los servicios actuales con dichos estándares. Si se cumplen los estándares se considera que los servicios son de una calidad adecuada. Si se encuentran deficiencias se desarrollan planes para solucionarlas (OMS, 1994; OMS, 1997).

Empleando este enfoque, la calidad se puede evaluar según la estructura, los procesos y los resultados (Donabedian, 1980). La calidad a nivel estructural evalúa las capacidades del sistema (por ejemplo: capacitación del personal, índices de personal, recursos financieros, infraestructura). La calidad a nivel de los procesos evalúa las relaciones del sistema de prestación de servicios con la persona que sufre un trastorno mental (por ejemplo: tipos y cantidad de servicios, tipos y cantidad de medicación, hospitalizaciones) y la calidad a nivel de los resultados evalúa los cambios experimentados en el receptor de los servicios (por ejemplo: mejora de la funcionalidad, reducción de los síntomas, calidad de vida). Todo sistema de monitorización de la calidad debería cubrir estos tres niveles. En muchos países se ha puesto más énfasis en la estructura y en los procesos, y sólo recientemente ha ido aumentando el interés por los resultados.

2. Gestión global de la calidad / Mejora continua de la calidad

Recientemente, basándose en técnicas introducidas en los sectores industriales para mejorar la productividad y reducir los costes, se ha empezado a hablar de los conceptos de “gestión global de la calidad” y “mejora continua de la calidad” en los sistemas de salud mental (Juran, 1988; Juran, 1992). Estas nuevas técnicas no se basan en auditorías externas, sino que se incorporan a la gestión de salud mental, de manera que ésta incluye un mecanismo para identificar y tratar los problemas. Esto es, la mejora y la gestión de la calidad pretenden anticiparse y evitar los problemas, los gestores y los evaluadores son proactivos, y la cultura de la organización se basa en sensibilizar y capacitar a los profesionales para participar y asumir responsabilidades a la hora de identificar problemas y hallar soluciones.

En Australia, por ejemplo, se han aplicado técnicas de gestión de calidad global para poner en práctica reformas estructurales en el sistema de salud mental que enfatizan la intervención temprana y la prevención (Tobin, Yeo & Chen, 2000) e introducir cambios culturales en un programa de salud mental para niños (Birlson, 1998). La mejora continua de la calidad puede necesitar una reestructuración organizativa, requiriendo el apoyo de las políticas locales y nacionales así como el compromiso de las personas con trastornos mentales y de los profesionales de la salud mental.

3. Método de ponderación

El tercer enfoque, que incluye aspectos de los dos anteriores, es el método de ponderación. Se va reconociendo, cada vez con más frecuencia, que los gestores y planificadores de salud mental necesitan poner en la balanza una diversidad de consideraciones cuando se trata de mejorar la calidad de los cuidados. La medida de los procesos debe servir para determinar si una persona con una enfermedad mental está recibiendo un tratamiento basado en la evidencia. La medida de los resultados puede evaluar si esa persona mejora. Al mismo tiempo, se necesitan controlar los costes para que los servicios se presten dentro de los límites del presupuesto especificado (Hermann, Regner, Erickson y Yang, 2000). Así, los gestores deben monitorizar el rendimiento en múltiples campos: “el método de ponderación” es un modelo que facilita la gestión del rendimiento en varias áreas simultáneamente (Kaplan y Norton, 1996).

Enfoque de este módulo

Este módulo adoptará un enfoque integrado en el que se emplearán aspectos de todos los enfoques citados. La ventaja del enfoque de seguimiento (monitorización) de la calidad estriba en que proporciona un conjunto de estándares y procedimientos de acreditación consensuados con la población y que constituye una norma reconocible con la cual se pueden comparar y medir los servicios. Esto es esencial para todos los servicios de salud mental. La ventaja del enfoque de la mejora de la calidad es que no permite “bajar la guardia” una vez alcanzado el estándar. La mejora de la calidad es un proceso continuo que requiere de la participación activa de todas las partes implicadas en la mejora constante de los servicios. La mejora de la calidad también estimula la reestructuración de los servicios cuando sea preciso. La ventaja del método de ponderación es que recuerda a los gestores políticos y planificadores que se debe sopesar una serie de consideraciones durante el proceso de mejora de los servicios. Éstas incluyen reflexiones sobre costes, estructura, procesos y resultados. La necesidad de mejorar la calidad continuamente, manteniendo un método de ponderación, es de vital importancia.

Estos enfoques se integrarán en el módulo de la siguiente manera.

- > Se proporcionará orientación acerca de cómo se puede incorporar la mejora de la calidad al programa de política sobre salud mental y cómo vincularla a la legislación y a los mecanismos de financiación.
- > Se expondrán unos pasos prácticos para elaborar estándares de servicio, procedimientos de acreditación y métodos para evaluar los servicios actuales.
- > Se proporcionará orientación para la mejora continua de la calidad de los servicios, teniendo en cuenta una pluralidad de consideraciones y las necesidades de las diversas partes implicadas.

El módulo expondrá ahora acciones que deben llevarse a cabo por los gestores políticos y los planificadores para asegurar un compromiso sistemático y sostenible con la calidad.

2. Mejora de la calidad: de la coordinación política a la revisión de los mecanismos

Paso 1. Orientar la política hacia la mejora de la calidad

Si los países desean mejorar la calidad de los cuidados en salud mental, sus políticas deben coordinarse de modo que la apoyen y no se opongan al progreso. El Paso 1 no aporta detalles sobre el desarrollo del plan de salud mental (para una descripción más detallada de dichos puntos, véase el módulo *Políticas planes y programas sobre Salud Mental*), sino que propone formas en que las políticas pueden coordinarse para mejorar la calidad a través de consultas, cooperación, legislación, financiación y planificación.

Para poder coordinarse adecuadamente, las políticas deben incluir declaraciones específicas sobre la mejora de la calidad en sus valores, principios y estrategias. Este requisito incluye todos los aspectos de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Además de la mención específica de la mejora de la calidad, los planificadores deberían identificar los elementos políticos, reguladores y financieros que pudieran favorecer la puesta en marcha de un sistema de mejora de la calidad.

Para contribuir al proceso de coordinación, los gestores políticos deberían desarrollar los siguientes atributos clave:

- > **Conciencia sobre la calidad.** Para combatir la estigmatización y las concepciones erróneas acerca de las enfermedades mentales, los gestores políticos deberían fomentar la puesta en marcha de campañas de información, de manera que el público general, otros legisladores y los financiadores sean conscientes del potencial de los tratamientos basados en la evidencia y de lo necesaria que es la calidad.
- > **Apoyo a la calidad.** Los gestores políticos deberían abogar por la calidad en todos los ámbitos. Al mismo tiempo, deberían estar al tanto de las evidencias existentes, los ejemplos exitosos, los modelos que funcionan, las causas de los fallos y las barreras potenciales. En el papel de apoyo, deberían hacer uso de la experiencia disponible y actuar como garantes, monitorizando el estado del sistema de salud mental. Este papel dinámico hace posible que los gestores políticos puedan producir cambios significativos.
- > **Desarrollo estratégico de la calidad.** En un entorno en el que diversas necesidades compiten entre sí, es posible que las iniciativas a favor de la calidad de la salud mental deban vincularse a iniciativas similares en otras áreas. Como se ha demostrado en Sudáfrica, a veces es necesario, y estratégicamente ventajoso, elegir unos socios lógicos, y vincular a ellos los programas de salud mental en lugar de intentar atraer los recursos solo hacia la salud mental. Por ejemplo, las iniciativas relacionadas con la mejora de la educación, el bienestar social o el sistema judicial pueden proporcionar oportunidades para mejorar la calidad de los servicios de salud mental (Freeman, 2000).

Tarea 1: Consulta

Esta consulta es esencial, porque la calidad de los cuidados es el resultado de las interacciones y asociaciones entre muchos grupos, incluyendo los gestores políticos, los financiadores, los planificadores, los profesionales de salud mental, los enfermos mentales y los familiares. Cada una de estas entidades tiene necesidades diferentes. (Figura 2):

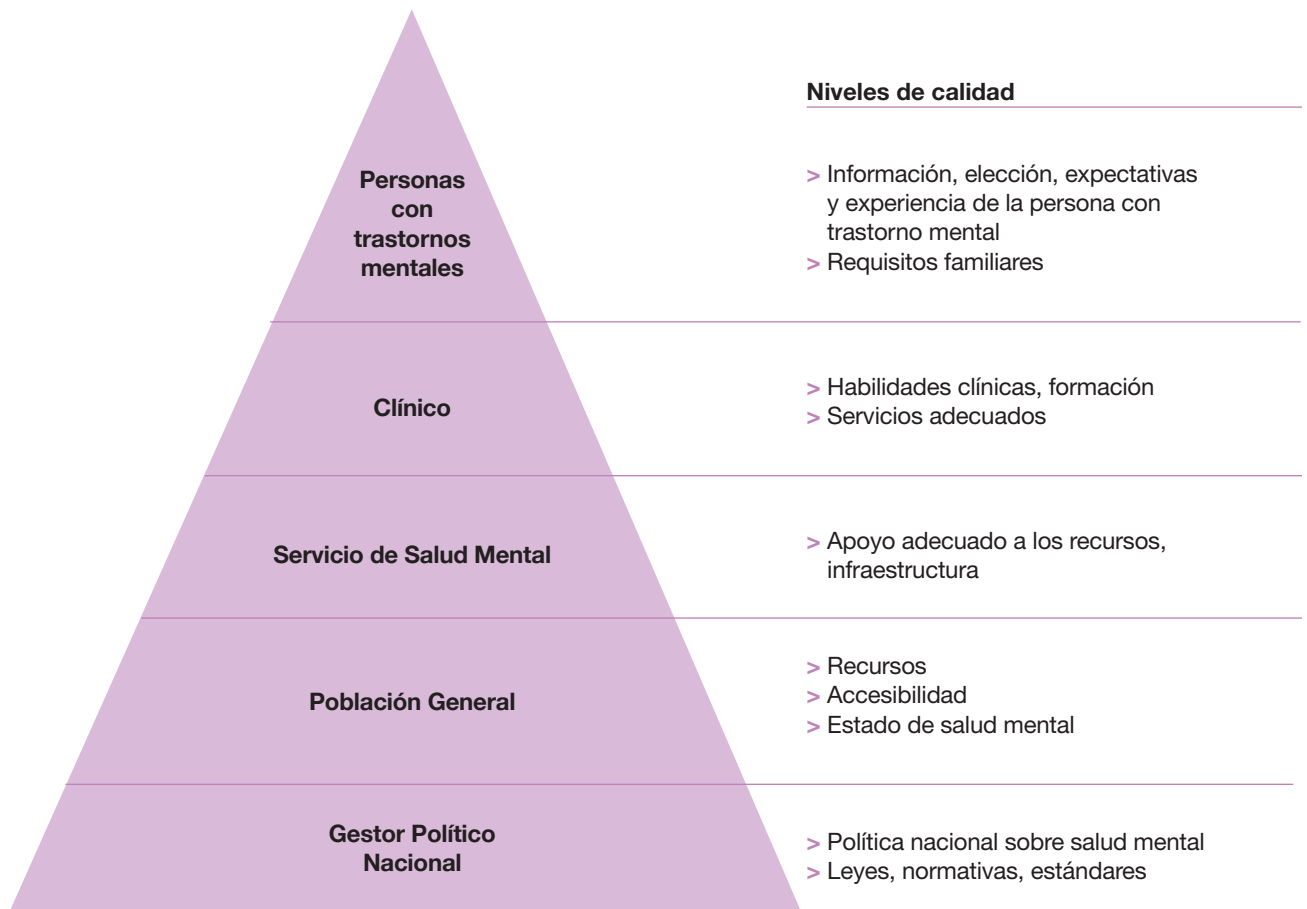
Las políticas de salud mental deben coordinarse de forma que contribuyan a la mejora de la calidad y no se opongan a ésta.

Hay tres atributos clave que contribuyen a la mejora de la calidad.

La primera tarea para orientar la política hacia la mejora de calidad es consultar con todas las partes implicadas para desarrollar una visión común sobre lo que se entiende por "calidad".

- > Los enfermos mentales requieren acceso a cuidados asequibles de alta calidad que respondan a sus necesidades y prioridades, que fomenten la autonomía y conduzcan a mejoras funcionales.
- > Los familiares necesitan acceso a cuidados de alta calidad que ofrezcan apoyo, educación y estrategias prácticas para el manejo de sus familiares enfermos y de lo que afecta a sus propias preocupaciones sobre la salud mental.
- > A los profesionales de la salud mental y a los médicos se les pide que aseguren la estabilidad, continuidad y efectividad de los cuidados. Para lograrlo, necesitan la formación y las habilidades apropiadas.
- > Los servicios de salud mental necesitan unos recursos adecuados (por ejemplo, medicamentos, personal y camas), para poder ser capaces de funcionar.
- > La población general requiere accesibilidad a los servicios y una mejora general de su estado de salud mental.
- > Los financiadores y los gestores políticos buscan proporcionar unos cuidados rentables, que consigan reducir los síntomas y mejoren la calidad de vida de los enfermos mentales y de la población general. El papel de los gestores políticos es proporcionar liderazgo y dirección, así como proporcionar una calidad satisfactoria en todos los niveles mediante la promulgación de leyes, normativas y estándares.

Figura 2: La pirámide de la calidad



La consulta tiene tres funciones básicas: obtener aportaciones de las diversas partes implicadas, compartir información entre estos grupos y alcanzar un entendimiento común. El desarrollo de este entendimiento común es una parte esencial de la tarea de los gestores políticos y ofrece una oportunidad única de dirigir a todos los implicados hacia la creación de una visión común sobre la prestación de los servicios de salud mental.

Las partes implicadas que podrían incluirse en la consulta para la mejora de calidad serían:

- > Profesionales de salud mental.
- > Enfermos mentales.
- > Cuidadores y familiares de los enfermos mentales.
- > Gestores de servicios.
- > Académicos o asesores externos.
- > Organizaciones profesionales.
- > Organizaciones no gubernamentales y agencias de voluntariado.
- > Líderes de la comunidad.
- > Servicios sociales.
- > Departamentos de vivienda.

¿Cuándo es necesaria la consulta?

La consulta es necesaria no sólo al comienzo de la creación de la política sino a lo largo de todos los pasos descritos en este módulo. La consulta puede tener lugar durante la creación de colaboración entre las partes implicadas (Paso 1, Tarea 2), para revisar la legislación (Paso 1, Tarea 3), al negociar con los financiadores (Paso 1, Tarea 4), para crear un conjunto de estándares nacionales sobre cuidados de salud mental (Paso 2) o los procedimientos de acreditación (Paso 3), durante la monitorización de los servicios (Paso 4) o al debatir los aspectos particulares de la gestión de la calidad y mejora de los servicios (Pasos 5 y 6).

Estas consultas constituyen una parte extremadamente importante de la mejora de la calidad. Muchos planificadores pasan por alto la naturaleza esencialmente política de esta tarea. La calidad debería desarrollarse a través de un proceso de negociación y consulta.

El desarrollo de la calidad puede resultar amenazador para los profesionales y las instituciones en algunos países y por lo tanto se debería proceder con cuidado. En ocasiones, la gente que cree que evaluar la calidad de los servicios va en contra de sus intereses y se opone a todo el proceso de mejora de calidad. Pueden producirse rupturas en el proceso debido a la resistencia, la no cooperación o la falta de compromiso de alguna de las partes implicadas. Cada grupo tiene sus propios costes y beneficios asociados a las estrategias específicas de calidad. Las iniciativas de calidad propuestas pueden verse obstaculizadas si no existe un cierto grado de consenso y entendimiento mutuo.

El progreso de la mejora de la calidad a menudo depende de la aceptación y respaldo que reciba de los trabajadores y administradores de salud mental (es decir, de la gente que tiene que llevar a cabo los cambios). Este proceso exige la movilización de la voluntad política de todas las partes involucradas.

En algunos casos, puede ser difícil asegurar la igualdad entre todas las partes implicadas. Ciertos grupos podrían ejercer mayor poder que otros e intentar asegurarse de que sus intereses prevalezcan. Por ejemplo, los trabajadores de la salud mental podrían tener más autoridad y sus puntos de vista podrían por tanto prevalecer sobre los de las personas con trastornos mentales. La contribución de las personas con trastornos mentales es esencial, dado que son los principales receptores de los servicios. En muchos países, las personas con trastornos mentales sufren de "indefensión aprendida", es decir, no están acostumbrados a contribuir con sus opiniones por temor a represalias de las personas a las que solicitan ayuda. En esta situación, deben tomarse medidas activas para promocionar la autonomía y la confianza de los enfermos mentales, para que sus opiniones se incorporen a los mecanismos de mejora de calidad.

Es esencial consultar a todo el espectro de las partes interesadas, ya que proporciona una oportunidad única para crear una visión sobre la prestación de los servicios de salud mental.

La consulta puede llevarse a cabo en todas las etapas de la mejora de la calidad.

El desarrollo de la calidad es un proceso tanto técnico como político.

Las aportaciones que pueden hacer las personas con trastornos mentales son esenciales porque son los principales beneficiarios de los servicios.

En última instancia, los mecanismos de calidad que se creen serán un compromiso entre los intereses y las necesidades de las diversas partes implicadas en la salud mental (Cuadro 2).

Cuadro 2. Ejemplos de buenas prácticas: Participación de las partes interesadas en la formulación de los estándares de salud mental

En el proyecto de Normativas y Estándares de Sudáfrica, los investigadores contratados por el Departamento de Salud consultaron con unas 300 partes interesadas en los cuidados de salud mental, incluyendo proveedores de servicios, directivos, personas con trastornos mentales, cuidadores y académicos. Se distribuyeron cuestionarios sobre los recursos de los servicios, se visitaron las nueve provincias, se realizaron consultas y se organizaron grupos de trabajo para la formulación de los estándares de los servicios. El proceso se completó en ocho meses. El contexto histórico de servicios fragmentados y desiguales requirió la creación de estándares nacionales para reparar las injusticias del pasado. Estos estándares conformaron una guía adaptable a los servicios provinciales y locales (Fisher et al., 1998).

Tarea 2: Establecer colaboración con grupos de profesionales, instituciones académicas, grupos de apoyo y otros sectores de los servicios sociales y de salud

A lo largo del proceso de consulta, los planificadores políticos deben seguir varios pasos de forma activa para establecer alianzas con las partes implicadas pertinentes. Estas colaboraciones constituyen el armazón del proceso de mejora de la calidad y facilitan su mantenimiento a largo plazo.

Colaboración con organizaciones de profesionales

Las organizaciones de profesionales gozan de una posición única para definir la calidad de la atención clínica y otros servicios. Aportan experiencia y pueden autorizar prácticas aplicables posteriormente como guía para sus miembros. Las organizaciones de profesionales pueden garantizar la solidez científica y la relevancia clínica. El desarrollo adecuado de los parámetros prácticos requiere la síntesis de una amplia selección de información, basada en estudios científicos, investigaciones, experiencia clínica y opiniones de expertos.

Las organizaciones de profesionales pueden además promover unos requisitos mínimos para la formación, el entrenamiento, la formación continuada y otras oportunidades para desarrollar habilidades. La acreditación en una profesión o especialidad ayuda a establecer un umbral de competencia.

El papel de una organización profesional al asegurar la calidad es triple:

- > Definir y mantener la competencia profesional de sus miembros.
- > Definir, estandarizar y promover las prácticas basadas en la evidencia y otros parámetros prácticos.
- > Promover la mejora de la calidad mediante la formación continua y otras actividades de mejora de las habilidades.

Muchos países carecen de organizaciones de profesionales reconocidas. La mejora de la calidad en esos países debería por tanto incluir el apoyo a la creación de dichas organizaciones y asignarles funciones explícitas en la política de salud mental y en el sistema de prestación de servicios.

Colaboración con instituciones académicas

El objetivo de las alianzas con instituciones académicas es mejorar la calidad y el rendimiento de los servicios de salud mental mediante la educación, la formación, la investigación y la evaluación.

La colaboración con organizaciones de profesionales o partes interesadas es de suma importancia.

Las organizaciones de profesionales pueden asegurar la validez científica y la relevancia clínica.

La educación y la formación de una mano de obra cualificada en salud mental es vital. En muchos países, la disponibilidad de personal especializado es escasa: sólo hay un psiquiatra y una enfermera especializada en psiquiatría por cada 100.000 habitantes en el 53% y el 46% de los países, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2001b). La disponibilidad de psicólogos y trabajadores sociales en el campo de la salud mental es también pobre, siendo la media de todos los países de 0.4 y 0.3 por 100.000 habitantes respectivamente.

Las instituciones académicas están en una posición inmejorable para desarrollar la base de conocimientos y las habilidades necesarias para crear una mano de obra de salud mental eficaz. Los gestores políticos deberían colaborar con la creación de recursos dedicados específicamente a actividades de educación y de formación continuada.

Además de contribuir a la creación de una mano de obra eficiente, las instituciones académicas pueden tener un papel clave en los programas de formación, en la puesta en marcha de los servicios basados en la evidencia y en el desarrollo de prácticas innovadoras y modelos de organización y financiación de los servicios de salud mental.

Tales esfuerzos pueden funcionar bien gracias a las consultas entre los gestores políticos y los proveedores de servicios a todos los niveles. El objetivo es vincular los hallazgos en investigación y evaluación a la toma de decisiones políticas y a la prestación y ejecución de servicios. De este modo, la evaluación de los servicios incita a los cambios en la política y a la mejora de la calidad de los servicios.

Colaboración con organizaciones de apoyo, organizaciones pro derechos humanos y organizaciones de enfermos mentales y familiares

Estas organizaciones exigen calidad y excelencia, controlan si la práctica y su implementación cumplen con unos estándares elevados y si emplean los conocimientos científicos más actuales. De este modo, participan en la introducción de iniciativas sobre calidad, en la implantación de mecanismos de mejora de la calidad y en la supervisión de los sistemas para asegurar que los elementos relacionados con la calidad se han incorporado adecuadamente.

Los gestores políticos y los inversores están comprometidos con la calidad, pero a menudo se ven limitados por la competencia entre las prioridades y unos recursos limitados. Las organizaciones que representan los derechos y necesidades de las personas con enfermedades mentales están en una mejor posición política y legal para abogar por una atención de alta calidad y luchar por los recursos necesarios para obtenerla.

La colaboración con las organizaciones de las partes implicadas es crucial en el diseño, implantación y evaluación de las iniciativas sobre calidad. El método existe para los usuarios y los familiares: el valor del método es el resultado de su inclusión e implicación en el proceso de creación y definición de estándares y la participación en auditorías y actividades de supervisión. Esto no sólo resulta de un esfuerzo conjunto para promover la calidad, sino que también permite que las personas con trastornos mentales, sus familiares y defensores comprendan mejor la realidad y las limitaciones bajo las que opera el método.

“Nada sobre nosotros sin nosotros” se ha convertido en el “grito de guerra” de algunas organizaciones de usuarios de salud mental. Además del uso de evidencias científicas, las personas con enfermedades mentales y sus familiares pueden hacer contribuciones clave para describir qué es lo que funciona y cómo se podría mejorar el sistema de salud mental. A través de la legislación, la regulación y otros mecanismos, los gestores políticos deberían apoyar el desarrollo de los roles de estas organizaciones en las diversas funciones de promoción de la calidad.

La relación entre las organizaciones de las partes implicadas y los gestores políticos es a veces antagónica. Sin embargo, esta tensión puede ser saludable (véase Fomento de la Salud Mental). Los gestores políticos se ven a menudo constreñidos por los presupuestos y las diversas demandas de las partes implicadas que compiten por ser atendidas. Los enfermos mentales y sus familiares, siendo los que más ganan con la mejora del acceso y de la calidad, son los menos optimistas y más impacientes con la burocracia y las limitaciones políticas que

Las instituciones académicas pueden mejorar la calidad mediante la educación, la formación, la investigación y la evaluación.

Las organizaciones de apoyo, derechos humanos, usuarios y familiares sirven de defensores de la calidad.

“Nada sobre nosotros sin nosotros”.

retrasan la puesta en marcha de los servicios. El objetivo es un sistema sensible que provea de cuidados de alta calidad.

Colaboración con los servicios de atención primaria y servicios sociales.

La integración de la salud mental en la atención primaria ha sido un objetivo importante de las políticas durante algún tiempo en todos los países, tanto ricos como pobres. La integración permite que las personas con trastornos mentales reciban buenos cuidados cuando no necesiten o no puedan acudir a un especialista. También permite a los trabajadores de salud mental afrontar los problemas mentales y físicos de manera holística y contribuye a abolir la segregación de la atención en salud mental y a reducir el estigma (ver Organización de los Servicios de Salud Mental).

Las colaboraciones con los servicios sociales son un componente integral de la mejora de la calidad. La creación de programas de alojamiento, oportunidades de empleo e iniciativas de apoyo familiar es un aspecto clave en la promoción de la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales. Las iniciativas políticas intersectoriales a nivel nacional deberían ponerse en práctica para apoyar y facilitar la creación de colaboraciones a nivel local. Esto significa que estas colaboraciones deberían operar tanto a nivel político como personal. Las agencias locales y los proveedores deberían disponer de mecanismos adecuados para coordinar apoyos y servicios para las personas con trastornos mentales. En los niveles local y nacional, las políticas deberían coordinarse para exigir y apoyar la colaboración e interacción entre agencias a nivel local (véase el módulo Política. planes y programas de salud mental).

Tarea 3: Orientar la legislación y las normativas hacia los objetivos de la mejora de la calidad

Las legislaciones locales y nacionales pueden conducir a mejoras en la calidad de los cuidados en salud mental. La legislación puede ser un medio para asegurar que se cumplen unos estándares mínimos de accesibilidad y atención, proteger los derechos de los individuos, asegurar la igualdad, establecer prioridades, asegurar responsabilidades y poner en marcha sistemas de medida de los resultados. La legislación es por tanto una herramienta para modelar y definir un sistema de salud mental, sus relaciones con otros sectores y los recursos que se le asignen (véase el módulo Legislación sobre Derechos Humanos y salud mental).

Los gobiernos son a menudo los que costean los servicios de salud mental: la legislación define de forma general los parámetros de asignación de recursos y los estándares y restricciones para el uso de los mismos. La legislación, aunque no es inmutable, crea un marco definido y estable con respecto a las expectativas de accesibilidad y la calidad comunes a una región o nación.

La legislación puede promover la calidad:

- > apoyando la creación de unos estándares mínimos de accesibilidad y calidad.
- > asignando recursos a la población necesitada y con poco acceso a los servicios.
- > promoviendo la formación, investigación y evaluación de la mano de obra existente y el desarrollo de habilidades de la futura mano de obra.
- > asegurando que haya sistemas de acreditación establecidos para los proveedores y las organizaciones.
- > creando mecanismos para la participación de los grupos interesados en la planificación y la evaluación.
- > solicitando informes sobre el estado de la salud mental en la población general y la accesibilidad, calidad, costes e impacto de los cuidados sobre determinados subgrupos de población.
- > asignando recursos a la investigación.

Existe un folleto de la OMS sobre la legislación de cuidados de salud mental (OMS, 1996) basado en un análisis comparativo de las legislaciones de salud mental en 45 países. Presenta principios de referencia claves y orientaciones para su puesta en práctica. Es recomendable la incorporación de estos principios en el cuerpo legal de la jurisdicción (Cuadro 3). Hay otro documento, más exhaustivo, (Principios para la protección de personas con enfermedades

La colaboración con los servicios de atención primaria es indispensable para que haya una mejora continua de la calidad.

La legislación puede impulsar los objetivos de la calidad.

La legislación puede establecer unas expectativas mínimas.

mentales y mejora de la calidad de los cuidados en salud mental. Resolución UNGA 46/119 de 17 de diciembre 1991) que debería emplearse también como guía para el desarrollo de una legislación de salud mental.

Cuadro 3. Legislación de la atención a la salud mental: diez principios básicos

- 1. Promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales.**
Todo el mundo debería beneficiarse de las mejores medidas posibles para promover su bienestar mental y prevenir las enfermedades mentales.
- 2. Accesibilidad a los cuidados básicos en salud mental.**
Todo el que lo necesite debería tener acceso a los cuidados básicos de salud mental.
- 3. Evaluación de la salud mental siguiendo principios internacionalmente aceptados.**
La evaluación de la salud mental debería hacerse de acuerdo a principios médicos internacionalmente aceptados.
- 4. Provisión de los cuidados de salud mental menos restrictivos.**
A las personas con trastornos mentales deberían prestarse los cuidados que sean menos restrictivos.
- 5. Autonomía.**
Es necesario el consentimiento antes de que se produzca cualquier injerencia con una persona (paciente).
- 6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de su autonomía.**
Si un paciente tiene dificultades para apreciar las implicaciones en la toma de una decisión pero no es incapaz de decidir, él o ella deberán beneficiarse de la asistencia de una tercera parte de su elección, debidamente informada y con los conocimientos adecuados.
- 7. Disponibilidad de procedimientos de revisión.**
Debe existir un procedimiento de revisión para cualquier decisión tomada por vía oficial (juez) o en representación (representante, tutor) o por los proveedores de cuidados.
- 8. Mecanismo automático de revisión periódica.**
Para los casos de decisiones que afecten a la integridad (tratamiento) y/o a la libertad (ingreso) del paciente, y que tenga un impacto de larga duración, debería existir un mecanismo automático de revisión periódica.
- 9. Toma de decisiones cualificada.**
Todo responsable de la toma de decisiones en calidad legal (juez) o representativa (pariente, amigo, tutor) deberá estar debidamente cualificado para ello.
- 10. Respeto por la legislación vigente.**
Las decisiones deberán tomarse de acuerdo con el cuerpo de leyes vigente en la jurisdicción implicada y no sobre otras bases o de forma arbitraria.

Tarea 4. Coordinar los mecanismos de financiación

Los sistemas de financiación para la atención a la salud mental deberían coordinarse para maximizar la calidad y para que no se conviertan en un obstáculo para la mejora de la calidad. Como se sugiere en el módulo Financiación de la Salud Mental, los sistemas financieros pueden y deben coordinarse con las prioridades de planificación a través de estrategias de asignación de recursos, contratación rentable, acuerdos de pago e incentivos económicos. A menudo, no obstante, los gestores políticos tienen que enfrentarse con necesidades que compiten por los recursos, incluso entre los propios recursos asignados a los sistemas de salud mental. Cuando esto ocurre, la calidad se convierte en un factor tan importante en el ámbito político como lo es en el entorno clínico.

Los que financian se centran generalmente en la reducción de costes. Los medios de pago ni suelen asegurar adecuadamente la calidad de los cuidados ni facilitan la mejora de calidad. Sin embargo, la mejora de calidad redundaría en el beneficio de los inversores porque a menudo va asociada a una mejora de la eficiencia y porque un nivel de calidad insuficiente puede resultar muy costoso por diversas razones.

En primer lugar, la baja calidad puede ocasionar gastos innecesarios, como cuando se cometen errores o hay que repetir procesos (esto es, uso excesivo). En segundo lugar, la ausencia de un enfoque sobre la calidad puede provocar una falta de eficiencia, como ocurre cuando de entre dos procesos que pueden dar el mismo resultado, se elige el más costoso (esto es, mal uso). En tercer lugar, el gasto innecesario se da cuando se administran dosis infraterapéuticas de medicación porque el tratamiento en cuestión no parece que vaya a producir el efecto deseado (esto es, infrutilización). Algunos estudios apuntan a que el gasto innecesario asociado a un bajo nivel de calidad supone entre un 25% y un 40% de los costes totales hospitalarios (Anderson & Daigh, 1991).

Los inversores deberían por tanto equilibrar costes y calidad y de esta forma, asegurarían tanto calidad como eficiencia. Los inversores pueden contribuir a la creación de una buena calidad de las siguientes formas.

- > **Determinación de los criterios e informe de los requisitos relacionados con la calidad.** Por ejemplo, si hay criterios establecidos sobre la capacidad de respuesta de un sistema en un periodo específico (ej. Atención de emergencia, urgente y rutinaria), los inversores pueden solicitar información sobre la proporción de personas que reciben asistencia dentro de los periodos designados. De forma similar, si uno de los objetivos es la promoción de un sistema de prestación de servicios basado en la comunidad, los datos pueden ayudar a buscar y proporcionar incentivos que funcionen en este área. Por ejemplo, los inversores podrían solicitar informes acerca del número de personas atendidas en entornos comunitarios, los gastos totales de los servicios basados en la comunidad, el número de personas en hospitales dadas de alta en la comunidad, el número de personas atendidas en hospitales y los gastos hospitalarios.
- > **Creación de sistemas de pago e incentivos financieros que recompensen la alta calidad y apoyen la mejora de la calidad.** La asociación de sistemas de pago e incentivos financieros con los objetivos del sistema es un tema complejo (véase Financiación de la Salud Mental). Por ejemplo, si la promoción del uso de medicamentos antipsicóticos más apropiados es uno de los objetivos del sistema, podría crearse y distribuirse entre las diferentes regiones del país un fondo especial con el único fin de lograr este objetivo. La adhesión a estándares o a iniciativas ejemplares de mejora de calidad podría verse recompensada a través de un pequeño fondo mantenido para la provisión de incentivos. Los desembolsos podrían hacerse en las unidades o regiones que demuestren un alto rendimiento.
- > **Pagos por sistemas de gestión, administración e información que informen, controlen y mejoren la calidad.** Informar para realizar un seguimiento de la calidad es a menudo una tarea sin dotación económica. El reconocimiento explícito de que se necesitan unos determinados fondos para la información y el control puede facilitar estas actividades. Por ejemplo, si se asigna una cantidad para informar sobre medidas de rendimiento, esto puede ayudar a asegurar que dicho informe se realice. Más aún, se podrían aplicar

Una calidad pobre resulta costosa por varios motivos.

Los que financian pueden contribuir a la mejora de la calidad a través de varios mecanismos.

sanciones y gratificaciones económicas para promocionar la obtención de datos completos y de calidad.

- > **Asegurar niveles adecuados de pago para clínicos y otros proveedores.** En última instancia, la calidad depende de la calidad de la mano de obra. Se necesitan unos baremos de pago y honorarios adecuados para atraer personal de alto nivel. En algunas partes de Estados Unidos, por ejemplo, se anima a los psiquiatras a trabajar en zonas rurales mediante incremento de los niveles salariales.
- > **Coordinación de incentivos económicos con la implantación de la medicina basada en la evidencia y otros actos de buenas prácticas.** Por ejemplo, para promover las prácticas basadas en la evidencia, el sistema de salud mental de Texas estableció unos requisitos mínimos para tales prácticas en cada región del estado. El propósito de estos requisitos era asegurar la disponibilidad de servicios basados en la evidencia en todo el estado. Los niveles de financiación para cada región se reducían si no cumplían los requisitos mínimos.
- > **Reducción de la fragmentación de los cuidados.** La fragmentación de los cuidados es con frecuencia el resultado de tener múltiples vías de financiación desde diferentes esferas de autoridad y responsabilidad. Los que financian pueden pedir la unificación de los fondos o la coordinación con otros ministerios o agencias. Un aspecto importante de tal coordinación es asegurar que los inversores coordinan sus actividades entre sí. Además, la existencia de tantas líneas de responsabilidad y autoridad pueden conducir a estándares y requisitos inconsistentes o incluso contradictorios. Por lo tanto, es esencial coordinar estándares y requisitos si se quiere que éstos promuevan la calidad y que no sean simplemente impedimentos burocráticos.

El enfoque de estos asuntos relativos a la calidad puede tener implicaciones muy diferentes para los proveedores. En un sistema de pago por servicio, por ejemplo, la reducción del uso excesivo y del mal uso puede suponer unas ganancias menores para los proveedores, mientras que atajar la infrautilización puede producir mayores ingresos.

Tarea 5: Coordinación de la planificación

La principal función de la planificación es identificar las necesidades y definir las prioridades, de manera que las fuentes disponibles puedan asignarse para la consecución de los fines y objetivos establecidos (véanse los módulos Política, Planes y Programas de Salud Mental y Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios en Salud Mental). El proceso de planificación orienta los recursos hacia las necesidades identificadas y optimiza su impacto.

Durante el proceso de planificación pueden surgir las siguientes cuestiones. Todas tienen influencia sobre la calidad de los cuidados. En consecuencia, la mejora de la calidad debería tenerse siempre en cuenta cuando se afronten estas cuestiones.

- > **Equilibrio entre accesibilidad y calidad.** Los planificadores que se enfrentan a unos recursos limitados tienen que decidir entre proporcionar mejores servicios a los usuarios actuales o emplear los recursos para atender a más gente. En estas situaciones el contexto de los cuidados en salud mental puede tener impacto en la calidad. Por ejemplo, los estándares pueden ser difíciles de mantener en situaciones de alta demanda asistencial y recursos mínimos.
- > **¿Calidad para quién?** Los gestores políticos tienen que decidir si los recursos se asignan basándose en criterios de prioridad: a pacientes con trastornos mentales severos, a la población general, a niños, adultos o ancianos, o a zonas geográficas específicas.
- > **¿Qué nivel de calidad?** Los gestores políticos tienen que tomar precauciones tanto para mantener la calidad de los servicios directos como para asumir los costes indirectos implícitos en los sistemas de gestión de calidad, sistemas de información y otros procesos administrativos.

La planificación de prioridades da forma a las prioridades de la calidad.

Por definición, la planificación basada en la evidencia ha de incluir consideraciones sobre la calidad.

Muchos de los problemas a los que se enfrentan los planificadores tienen un impacto sobre la calidad.

- > **¿Calidad para qué servicios?** Se pueden establecer niveles aceptables de calidad para diferentes tipos de servicios. Por ejemplo, se pueden asignar recursos para mejorar la calidad en los hospitales, o pueden emplearse esos mismos recursos para mejorar y expandir servicios de alta calidad en la comunidad. En este sentido, la calidad depende del nivel de organización del servicio (ver Organización de Servicios en Salud Mental).
- > **¿Calidad para hoy o para mañana?** Se pueden asignar recursos para la creación de un programa de formación de la futura mano de obra encargada de los cuidados de salud, o utilizar esos recursos para desarrollar programas especiales para mejorar las habilidades de la mano de obra ya existente.

La calidad puede por tanto ayudar en la planificación, aportando una base de conocimientos para las prácticas basadas en la evidencia. Como resultado, la cantidad de medicación, el número de personal y la infraestructura necesaria para alcanzar un nivel aceptable de calidad (es decir, un nivel que pueda producir los resultados deseados) ayudan a definir el nivel de necesidad que puede cubrirse con los recursos disponibles.

La planificación se convierte así en “planificación para la calidad” en cuanto a que está parcialmente basada en las evidencias que existen acerca de servicios eficientes y la financiación de programas. Esta planificación para la calidad puede basarse, por ejemplo, en las siguientes evidencias:

- > A los pacientes con esquizofrenia y otras psicosis se les trata con efectividad en entornos comunitarios tanto en países ricos como en pobres en los que se proporcionan tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos adecuados.
- > Las intervenciones y programas comunitarios son eficaces para la depresión, la ansiedad y otros trastornos neuropsiquiátricos.
- > Las enfermedades mentales comunes, como la depresión, pueden tratarse adecuadamente con programas de eficacia probada.

Estos aspectos ilustran la íntima conexión que existe entre las decisiones sobre planificación y su impacto en la calidad. En último término, las decisiones sobre planificación son decisiones relacionadas con la calidad de la accesibilidad o de la atención. Un entendimiento claro de estas decisiones es vital para los planificadores.

Puntos clave: Paso 1. Orientar la política hacia la mejora de la calidad

Los gestores políticos juegan un papel esencial en la búsqueda de la calidad. Están en posición de establecer los parámetros generales de calidad mediante la consulta, la asociación, la legislación, la financiación y la planificación. La política puede orientarse hacia la mejora de la calidad mediante las siguientes tareas:

- **Consulta.** La consulta con todas las partes implicadas es necesaria tanto durante el desarrollo de la política como en todos los pasos subsiguientes de la mejora de la calidad.
- **Cooperación.** Los gestores políticos deben tomar medidas activas para establecer alianzas con grupos de profesionales, instituciones académicas, grupos de apoyo y otros sectores de la salud y los servicios sociales. Estas asociaciones son la columna vertebral del proceso de mejora de la calidad y permiten la sostenibilidad a largo plazo. Asimismo, crean consenso y consistencia entre los mensajes sobre la necesidad de la calidad y pueden convertirse también en una fuerza mobilizadora para obtener recursos y otros apoyos necesarios.
- **Legislación.** Los gestores políticos deberían promover leyes que reflejen la preocupación por la calidad y pongan el énfasis en ésta. Los modelos aportados por la OMS son útiles para este propósito.
- **Financiación.** Los sistemas financieros para la salud mental deberían coordinarse de forma que maximicen la calidad sin convertirse en un obstáculo para la mejora de la calidad. La mejora de la eficiencia es una meta esencial tanto para la mejora de calidad como para la reducción de gastos.
- **Planificación.** Los procesos de calidad pueden contribuir a la planificación mediante la aportación de conocimientos basados en la evidencia. Durante la planificación, varios asuntos relativos a la asignación de recursos y la definición de prioridades tienen relación con la calidad.

Paso 2. Diseñar un documento de estándares

Si en un servicio de salud mental se toma la decisión de mejorar la calidad de la atención, es esencial establecer una descripción formal mensurable del modo en que la atención debe ser dispensada. Esto puede conseguirse creando una serie de estándares acordados por todos los implicados en el servicio.

Los estándares pueden definirse como una declaración cualitativa y normativa sobre lo que constituye una atención en salud mental aceptable y adecuada (Lund et al., 1998). En otras palabras, los estándares describen cómo debe prestarse la atención en un servicio de salud mental. Por lo tanto, un documento sobre estándares debería aspirar a proporcionar directrices sobre todos los aspectos de los cuidados en salud mental. La forma de presentar esta información varía enormemente entre países, dependiendo de las necesidades locales, de la organización de los servicios y de su historia.

En muchos países, los estándares proporcionan una descripción del modo en que deberían dispensarse los cuidados y son una guía según la cual se pueden evaluar los servicios. Algunos ejemplos incluyen:

- > Estándares Nacionales para los Servicios de Salud Mental en Australia (Grupo de Trabajo Nacional de Salud Mental del Comité de Asesores del Ministro de Salud Australiano, 1996).
- > Estándares para la Atención Psiquiátrica en Sudáfrica (Fisher et al., 1998).
- > Estándares Canadienses sobre Prácticas Psiquiátricas y de Enfermería en Salud Mental (<http://www.cfmhn.org>).
- > El marco de los Servicios Nacionales de Salud Mental en el Reino Unido (Departamento de Salud, 1999).

En ciertos países, los estándares se han operativizado, esto es, se han creado con baremos que permiten evaluar los servicios según la calidad de atención (Grupo de Trabajo Nacional de Salud Mental del Comité de Asesores del Ministro de Salud Australiano, 1996).

En 1991, un grupo de expertos en atención a la salud mental recomendó a la OMS desarrollar los instrumentos y la metodología para la evaluación exhaustiva de la atención y servicios en salud mental. En respuesta a esta petición, la OMS desarrolló una serie de cuestionarios para la evaluación de la calidad (OMS, 1994,1997). Estos formularios cumplen la misma función que los estándares y proporcionan un método para medir la calidad de los servicios de salud mental en términos cuantitativos.

Para lograr la mayor efectividad posible, los países deberían adaptar estos cuestionarios a sus circunstancias particulares y deberían crear sus propios estándares. Los estándares y los cuestionarios son medios para asegurar que los objetivos establecidos en la política se pongan en práctica en la prestación de los servicios. Sirven también para determinar hasta qué punto los objetivos de la planificación de servicios y de la elaboración de presupuestos se han puesto en práctica en la atención a las personas con trastornos mentales.

A continuación se enumeran las tareas necesarias para la creación de un documento de estándares.

Tarea 1: Constituir un comité o grupo de trabajo

La primera tarea a la hora de desarrollar un documento de estándares es la formación de un comité o grupo de trabajo que se encargue de la elaboración del documento de principio a fin.

El grupo de trabajo puede incluir a gestores políticos, trabajadores de la salud mental, personas con trastornos mentales, gestores de servicios y cuidadores. Puede ser relativamente pequeño y sus miembros deberían poseer aptitudes para la escritura, la investigación y la consulta.

Un paso esencial hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud mental es la de presentar una descripción formal mensurable de la forma en que se deberían prestar dichos servicios.

Los estándares son una manera de describir formalmente cómo un servicio debe dispensar sus cuidados.

La primera tarea es formar un comité o grupo de trabajo que se haga responsable de la elaboración del documento de estándares.

Tarea 2: Consultar con todas las partes interesadas relevantes

La consulta debería producirse antes, durante y después de la elaboración del documento de estándares (Cuadro 4). Por ejemplo, al principio del proceso, se podrían escribir cartas a todas las partes interesadas en el ámbito de la salud mental, informándoles acerca del proyecto y pidiéndoles su opinión sobre qué áreas deberían cubrirse. Las sugerencias recogidas podrían emplearse para elaborar un borrador inicial que se enviaría a las partes implicadas, solicitando más comentarios y sugerencias. Los grupos de discusión podrían entonces debatir acerca de las áreas más importantes del documento. Una vez elaborado el documento final, todas las partes interesadas en el ámbito de la salud mental deberán ratificarla.

Cuadro 4. Ejemplo: participación de las partes interesadas en la formulación de los estándares sobre salud mental

Los Estándares Nacionales Australianos para los Servicios de Salud Mental se desarrollaron mediante consultas a nivel nacional, implicando a todos los profesionales, personas con trastornos mentales, cuidadores, gestores y representantes del gobierno (Rosen, 1999). El documento final es un conjunto de estándares orientados a los resultados que cubren todos los servicios de salud mental, ya sean públicos o privados, institucionales o comunitarios. Los parámetros o indicadores proporcionan medidas operacionales para evaluar si los servicios cumplen los estándares exigidos y si están vinculados a un riguroso sistema externo de acreditación. Los estándares especifican grados de integración de los servicios hospitalarios y comunitarios así como la integración de los servicios de agudos y los servicios de rehabilitación, preservando en todo momento los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Tarea 3. Diseñar un documento de estándares

Formato para los estándares

La siguiente tarea en el diseño de estándares es decidir las áreas particulares que van a cubrir. Inicialmente se puede elaborar una lista provisional de áreas, basada en el proceso de consulta. Los glosarios y formularios de certificación de calidad de la OMS indican áreas que pueden ser útiles en esta tarea (Organización Mundial de la Salud, 1994, 1997). Éstas incluyen:

- > Política sobre salud mental.
- > Programas sobre salud mental.
- > Dispositivos de atención primaria.
- > Dispositivos de salud mental para pacientes ambulatorios.
- > Dispositivos de salud mental para pacientes hospitalizados.
- > Dispositivos residenciales para ancianos con trastornos mentales.
- > Derechos de las personas con trastornos mentales.
- > Servicios comunitarios.
- > Hospitales de día.
- > Hospitales de día para ancianos.
- > Centros de día (centros de rehabilitación psicosocial).
- > Dispositivos de psiquiatría forense.

Las áreas cubiertas por los glosarios y formularios de certificación de la calidad de la OMS deberían modificarse según las circunstancias locales de cada país. La lista anterior no pretende ser exhaustiva y pueden existir más áreas que necesiten desarrollarse en un país, por ejemplo, dispositivos residenciales para personas con dificultades para el aprendizaje, programas de promoción de la salud mental y servicios para niños y adolescentes. Otros países pueden servir de ejemplo y de guía (Grupo de Trabajo Nacional de Salud Mental del Comité de Asesores del Ministro de Salud Australiano, 1996; The Scottish Office, 1997; Flisher et al., 1998).

En Sudáfrica por ejemplo, los estándares se dividieron en tres áreas: estándares principales, estándares para la atención y estándares para entornos específicos (Flisher et al., 1998). Estos fueron subdivididos a su vez en 25 estándares, uno por cada una de las 25 áreas. Las áreas se escogieron en un intento de cubrir todos los aspectos de los servicios de salud mental y proporcionar así un estándar para la prestación de cuidados (Cuadro 5).

La siguiente tarea es decidir qué áreas van a ser cubiertas por los estándares.

Las áreas de la OMS deberían adaptarse a cada país de acuerdo con las circunstancias locales.

Cuadro 5. Ejemplo: áreas cubiertas por los estándares de salud mental en Sudáfrica

Nota: esto es un ejemplo, no un formato recomendable para todos los países.

1. Estándares principales (área)

Ámbitos:

- > Derechos y protección legal.
- > Control de seguridad y riesgo.
- > Accesibilidad.
- > Privacidad y confidencialidad.
- > Interacción y comunicación personales.
- > Participación de los usuarios y cuidadores.
- > Participación y desarrollo en la comunidad.
- > Vida en la comunidad.
- > Entornos de apoyo y tratamiento.
- > Lenguaje, cultura y contexto.
- > Prevención y promoción de la salud mental.
- > Gestión y asequibilidad de recursos.
- > Desarrollo de servicios.
- > Documentación.
- > Apoyo y formación para los trabajadores de la salud mental.

2. Estándares para la atención (área)

Ámbitos:

- > Acceso y admisión.
- > Evaluación y revisión.
- > Cuidados de emergencia.
- > Tratamiento, cuidados y terapias.
- > Medicación y otras tecnologías.
- > Rehabilitación psicosocial.
- > Altas y readmisión.

3. Estándares para entornos específicos (área)

Ámbitos:

- > Cuidados en los hospitales.
- > Cuidados en atención primaria.
- > Alojamiento tutelado y hogares protegidos.

Cuando se han decidido las áreas del documento, deben confeccionarse los criterios que describirán las condiciones que deberán cumplirse para asegurar unos servicios de salud mental de calidad satisfactoria. Un ejemplo de los formularios y glosarios de la OMS ilustra cómo puede emplearse este formato (Cuadro 6).

Deben detallarse criterios específicos para cada área.

Cuadro 6. Ejemplo: criterios para los formularios de garantía de calidad

(Organización Mundial de la Salud, 1994)

E. El formulario para dispositivos de internamiento de salud mental

ENTORNO FÍSICO

1. La instalación ha sido adecuadamente inspeccionada y cumple con los estándares locales para la protección de la salud y la seguridad de los internos y del personal.
2. El espacio de la unidad es adecuado para el número de pacientes admitidos.
3. Existe un espacio adecuado para llevar a cabo procedimientos terapéuticos específicos.
4. Existe un espacio adecuado para las actividades recreativas.

Ejemplos de cómo se puede adaptar este formato a las circunstancias locales se muestran en el documento de los Estándares Sudafricanos (South African Standards) y en el Marco de Servicios Nacionales del Reino Unido (National Services Framework in the United Kingdom) (Cuadro 7). En el ejemplo de Sudáfrica se especifican unos criterios para cada estándar en un lenguaje claro y fácil de comprender. Para cada estándar se detallan también las condiciones que son necesarias para su cumplimiento. Los criterios proporcionan asimismo un mayor detalle en áreas particulares en las que la política no está muy clara o donde existen pocas directrices (ej. interpretación del lenguaje) o en áreas en las que es preciso enfatizar aspectos descuidados de la atención médica (ej. derechos de los usuarios y entornos físicos). Los subcriterios tienen que ver con aspectos que se han descuidado o pasado por alto en el ámbito de la prestación de servicios y que por lo tanto deben tratarse. Describen también mecanismos o procesos que deberían existir para cumplir con un criterio. En este sentido, pueden describir los pasos a seguir para alcanzar un estándar.

Cuadro 7. Ejemplos de estándares y criterios

Ejemplo 1: Formato de los estándares de la salud mental en Sudáfrica

3. Accesibilidad	Ámbito
Los servicios son accesibles para la población del distrito o área de captación y en particular para los usuarios con enfermedades psiquiátricas graves.	Estándar
Los servicios buscan asegurar que exista un acceso igualitario a la atención de salud mental con la misma calidad y exhaustividad para todos los segmentos de la población	Criterio
<ul style="list-style-type: none">- Los servicios buscan asegurar que la demarcación por distritos sanitarios o áreas de captación no discrimine a ningún sector de la población ni permita la segregación racial o la injusticia social.- Los servicios buscan asegurar que las barreras lingüísticas no constituyan un criterio para la exclusión o la inaccesibilidad a los programas e instalaciones de tratamiento.	Subcriterios

Ejemplo 2: Criterios de estándares para el marco de los Servicios Nacionales de Salud Mental en el Reino Unido

Criterios para los estándares

Promoción de la salud mental

- > Promover la salud mental para todos, trabajando con los individuos y las comunidades.
- > Combatir la discriminación contra los individuos y grupos con problemas de salud mental y promover su inclusión social.

Atención primaria y accesibilidad a los servicios

- > Cualquier usuario de los servicios que contacte con un equipo de atención primaria debido a un problema común de salud mental debería:
 - disponer de evaluación e identificación de sus necesidades de salud mental.
 - poder elegir entre varios tratamientos efectivos, incluyendo la visita a los servicios especializados para una evaluación más exhaustiva y recibir tratamiento y cuidados si fuera necesario.
- > Cualquier persona con un problema común de salud mental debería:
 - ser capaz de ponerse en contacto con los servicios locales capacitados para responder a sus necesidades y proporcionarle una atención adecuada en cualquier momento del día o de la noche.
 - ser capaz de consultar con NHS Direct, según se va desarrollando, para recibir ayuda de primer nivel y que le puedan derivar a líneas de ayuda especializada o servicios locales.

Servicios efectivos para las personas con enfermedades mentales severas

- > Todos los usuarios de un servicio de salud mental cubiertos por un programa de continuidad de cuidados deberían:
 - recibir cuidados que optimicen la adherencia, prevengan o anticipen las crisis y reduzcan el riesgo.
 - disponer de una copia impresa de su plan de atención médica.
- > Todos los usuarios del servicio que requieran un periodo de tratamiento lejos de su hogar deberían:
 - disponer de acceso garantizado a una cama de hospital o una cama alternativa o a un lugar que esté:
 - en el entorno menos restrictivo y que asegure la protección del paciente y de las demás personas.
 - lo más cerca posible de su hogar.
 - recibir una copia por escrito del plan de cuidados realizados al darle el alta que explique los cuidados y rehabilitación necesarios, identificando al coordinador de los cuidados y especificando el plan de acción en caso de crisis.

Cuidados para los cuidadores

- > Los individuos que proporcionen cuidados habitualmente a personas cubiertas por un programa de continuidad de cuidados deberían:
 - someterse a una evaluación de sus necesidades de atención y de su salud, tanto física como mental, como mínimo una vez al año.
 - disponer de su propio plan de atención por escrito, diseñado y consultado con ellos.

Evitar el suicidio

- > Los servicios comunitarios locales de atención social y sanidad deberían prevenir los suicidios poniendo en práctica los estándares especificados anteriormente.

Operativizando los estándares

Los estándares deben operativizarse para que la calidad de los servicios de salud mental pueda evaluarse de acuerdo a criterios mensurables. Esto requiere la creación de un sistema para evaluar servicios de salud mental de acuerdo a criterios mensurables.

Los glosarios y los formularios de certificación de la calidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1994, 1997) proporcionan un método que permite a los países la evaluación de sus servicios de salud mental empleando un sistema de baremación.

Como ya se ha mencionado, estos documentos esbozan un formulario de criterios que deben cumplirse para asegurar una prestación satisfactoria de los servicios de salud mental. Cada criterio se barema de esta forma: 0 = ausente, 1 = presente parcialmente, 2 = totalmente presente. Los glosarios proporcionan una explicación más detallada de las puntuaciones en cada criterio. En cada sección se obtiene un resultado total sumando las puntuaciones individuales apropiadas (Cuadro 8). Los países pueden utilizar estos formularios y glosarios o adaptarlos a sus propias necesidades.

Los estándares deben operativizarse para que se pueda valorar la calidad de los servicios.

Cuadro 8. Ejemplo: puntuaciones de garantía de calidad de los dispositivos de internamiento de salud mental

Bueno	127-158
Adecuado	96-126
Apenas aceptable	64-95
Inaceptable	0-63

Las puntuaciones son útiles porque permiten a los países o a los servicios sociales determinar con precisión si un servicio está a la altura de los estándares exigidos. También son un incentivo para que los trabajadores de la salud mental controlen y mejoren sus propios servicios.

Las escalas de puntuación presentan una serie de deficiencias potenciales. Cuando se usan las puntuaciones para resumir varios aspectos de un dispositivo, se puede pasar por alto que los servicios sean de poca calidad. Por ejemplo, una puntuación “adecuada” puede indicar que, en general, el servicio es aceptable o que algunos aspectos de los servicios, como la salubridad, son “buenos” mientras que otros, como el suministro de medicación, son “inaceptables”. Esto refleja problemas que tienen que ver más con la fijación de criterios para los estándares que con la baremación en sí.

Las escalas de puntuación presentan una serie de deficiencias potenciales.

Para resolver esta dificultad, las evaluaciones de calidad deben cubrir aspectos específicos de los servicios. No debería asumirse que las puntuaciones generales proporcionan evaluaciones adecuadas. Las puntuaciones individuales de cada baremo deberían revisarse y complementarse con inspecciones cualitativas de los dispositivos o servicios y mediante la consulta con un amplio espectro de partes interesadas, incluyendo a las personas con trastornos mentales y a sus familias.

Las puntuaciones deberían establecerse a un nivel realista y ajustado a los recursos particulares del país sin poner en entredicho los derechos y la protección legal de las personas con trastornos mentales. Los países deberían designar criterios para unas puntuaciones aceptables a través de la negociación con todas las partes interesadas clave.

Puntos clave: Paso 2. Diseñar un documento de estándares

- El desarrollo de un conjunto de estándares que sirvan para medir la calidad de los servicios es un paso esencial en el proceso de mejora de la calidad de los servicios de salud mental.
- Esto requiere la formación de un grupo de trabajo, la consulta con las partes implicadas relevantes y la redacción de un documento de estándares.
- El documento de estándares debería cubrir todos los aspectos de los servicios de salud mental identificados en cada una de las competencias.
- Deben especificarse una serie de criterios para cada estándar.
- Estos criterios pueden proporcionar un medio para valorar los servicios existentes. La OMS dispone de documentación que puede ser de utilidad en este proceso.
- La valoración de los servicios debería complementarse con observaciones sobre la calidad de todos los aspectos de la atención a la salud mental.

Paso 3. Crear procedimientos de acreditación

La acreditación es conceder la autorización oficial a un servicio de salud mental por parte de un organismo público legalmente autorizado para ejercer este papel. En el contexto de la calidad, acreditar significa conceder autorización a un servicio bajo la condición de que se cumplan una serie de criterios de calidad demostrables.

La acreditación representa por tanto una oportunidad para evaluar la calidad de la atención dispensada por un servicio particular y proporcionar a ese servicio el reconocimiento legal adecuado. Esto protege a las personas con trastornos mentales, a los trabajadores de la salud mental y a los inversores asegurando que los cuidados están en un nivel adecuado. Desde la perspectiva de la organización, la acreditación permite la comparación con estándares ya existentes o con otras organizaciones similares en varias áreas. Se pueden identificar las áreas que necesiten mejoras para después desarrollar mecanismos que permitan poner en práctica los cambios requeridos. Por ejemplo, la acreditación puede conducir a mejorar la mano de obra, a mejores condiciones en las instalaciones (mejorando las instalaciones de baño y ocio), a unidades más pequeñas y a una mayor privacidad.

La acreditación ofrece las siguientes ventajas a un servicio de salud mental.

- > **Reconocimiento.** La acreditación asegura que la organización cumple con los criterios asociados a calidad y mejora la confianza de los usuarios y de la comunidad.
- > **Educación y consulta.** Los expertos en la acreditación proporcionan su experiencia de consulta, que es útil para los esfuerzos de autosuperación del servicio.
- > **Seguimiento y evaluación.** Se identifican deficiencias que pueden ser subsanadas. Más aún, la preocupación por la acreditación lleva a un auto seguimiento continuo del servicio.
- > **Contratación de personal.** El examen pormenorizado que lleva implícita la acreditación crea la necesidad de un personal cualificado y bien formado. Es más, el personal con talento se verá más atraído por la perspectiva de trabajar en una organización acreditada en lugar de en otros sitios. (Talbot, Halls & Keill, 1992).

La acreditación es vital porque hace de la calidad la piedra angular para que los servicios y dispositivos de salud mental obtengan la licencia oficial. Los proveedores de servicios que no cumplan los criterios específicos de acreditación no tendrán autorización para proporcionar tales servicios. Esto se aplica a todos los servicios de salud mental, sean públicos, privados, no gubernamentales o informales.

La acreditación tiene implicaciones para la financiación de los servicios en algunos países. Por ejemplo, una aseguradora sanitaria sólo reembolsará a los proveedores de servicios si los procedimientos de acreditación pueden demostrar una determinada calidad de atención.

Los planificadores del servicio de salud mental deben llevar a cabo las siguientes tareas para la creación de procedimientos de acreditación.

Tarea 1. Identificar estándares o procedimientos de acreditación relevantes.

En algunos países pueden existir ya procedimientos de acreditación. Por ejemplo, puede haber procedimientos de autorización para los hospitales psiquiátricos. La acreditación existente para los servicios de salud general puede aplicarse a muchos servicios de salud mental. Así, la acreditación de las instalaciones de atención primaria puede ser posible gracias a procedimientos de salud general ya existentes.

La primera tarea consiste por tanto en identificar los procedimientos de acreditación actuales, si es que existen, y determinar cómo pueden emplearse para evaluar los servicios de salud mental. Algunos procedimientos de acreditación pueden ser obsoletos o clínicamente irrelevantes. Por ejemplo, pueden existir procedimientos de acreditación para hospitales psiquiátricos basados en formas obsoletas de atención institucional o de custodia.

Acreditar es conceder autorización a un servicio porque cumple los estándares especificados.

La acreditación asegura que la calidad no sea un "extra" opcional para los servicios de salud mental, sino un requisito esencial para su funcionamiento legal.

Los gestores del servicio de salud mental deberían identificar los procedimientos de acreditación existentes en sus países para mantener y mejorar la calidad de los servicios.

En tales casos es necesario actualizar los procedimientos de acreditación para que se adecuen a las evidencias de los cuidados más efectivos y humanos, la mayoría basados en la comunidad.

Normalmente, desarrollar estándares de acreditación para evaluar los servicios locales no es tarea de los responsables locales de salud mental. No obstante, estos responsables locales (o las autoridades designadas) pueden recibir el encargo de evaluar y acreditar los servicios locales de salud mental empleando procedimientos nacionales de acreditación. Es esencial, por tanto, que los responsables locales estén al corriente de los procedimientos de acreditación disponibles en su país para mantener y mejorar la calidad de los servicios locales.

Tarea 2. Crear procedimientos de acreditación cuando sea apropiado

Si no existen procedimientos de acreditación y los procedimientos de salud general son inadecuados, puede que sea necesario crear procedimientos para los servicios de salud mental. Los estándares (desarrollados en el Paso 2) proporcionan una base para la evaluación de los servicios con miras a su posterior acreditación. La creación de procedimientos de acreditación exige la aplicación de estas herramientas de evaluación a las tareas de acreditación de servicios, instalaciones o agencias específicos.

Los procedimientos de acreditación deben ser coherentes con los estándares establecidos. El documento de estándares desarrollado en el Paso 2 puede utilizarse como estructura que proporcione criterios y un sistema de puntuación para evaluar los servicios y conferirles el estatus legal adecuado. La combinación de estos recursos es esencial para evitar duplicaciones o inconsistencias en la evaluación de la calidad.

Al igual que en la elaboración de los estándares, **la participación de todas las partes implicadas** relevantes es esencial cuando se estén creando los procedimientos de acreditación, y el desarrollo de las medidas de acreditación puede ser un proceso tan político como técnico. Las medidas de acreditación deberían equilibrar los intereses de las partes implicadas en salud mental, manteniendo al mismo tiempo unos estándares de atención aceptables.

Se proporcionan más detalles sobre la aplicación de los procedimientos de acreditación al seguimiento de los servicios en el Paso 4. Véase también:

- > Anexo 3: sobre la acreditación de comunidades terapéuticas para la rehabilitación de personas drogodependientes en Chile
- > Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (<http://www.jcaho.org>);
- > Joint Commission Resources International (<http://www.jcrinc.com>).

Es importante destacar que la acreditación por sí misma no asegura que los cuidados sean de buena calidad. Incluso si las medidas de acreditación funcionan debidamente, un servicio puede seguir descuidando los derechos humanos de las personas tratadas o puede proporcionar intervenciones que no estén basadas en la evidencia. Así, la acreditación es un primer paso importante pero no completa el ciclo de mejora de la calidad.

Los siguientes pasos para el responsable del servicio de salud mental son (1) asegurar que los servicios locales cumplen con los criterios de acreditación, (2) que se lleven a cabo revisiones continuas del servicio en el futuro para reafirmar la acreditación y (3) que una vez se haya puesto en práctica la acreditación, los servicios continúen mejorando la calidad de los cuidados que proporcionan. Estas tareas se tratan con mayor detalle en los pasos 4 y 5.

Los gestores locales de salud mental deberían estar al tanto de los procedimientos nacionales de acreditación.

Es esencial que todas las partes interesadas relevantes participen en la elaboración de los procedimientos de acreditación.

Puntos clave: Paso 3. Crear los procedimientos de acreditación

La acreditación proporciona la oportunidad de evaluar la calidad de la atención dispensada por los servicios de salud mental y concede a dichos servicios el reconocimiento legal apropiado. La acreditación es esencial porque hace de la calidad una piedra angular a la hora de adjudicar a un dispositivo o servicio de salud mental la licencia oficial.

Las siguientes tareas son esenciales para la creación de los procedimientos de acreditación.

- Los planificadores de servicios deben determinar si se pueden emplear procedimientos de acreditación ya existentes para evaluar los servicios actuales. Los procedimientos obsoletos deben reformarse de acuerdo a las evidencias para proporcionar una atención a la salud mental que sea lo más humana posible y clínicamente eficaz.
- Deben crearse procedimientos de acreditación si no existe ninguno. El documento de estándares desarrollado en el Paso 2 puede utilizarse a modo de estructura que proporcione unos criterios y un sistema de puntuación para la evaluación de los servicios y la concesión del estatus legal pertinente.

Paso 4. Monitorizar el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad

Una vez finalizados los estándares y determinados los procedimientos de acreditación, los servicios de salud mental deben ser supervisados de tal forma que la calidad de la atención pueda ser evaluada. La evaluación puede llevarse a cabo, en términos muy amplios, de las siguientes formas:

1. Se pueden emplear los **estándares** para la evaluación anual del servicio.
2. Los **procedimientos de acreditación** pueden utilizarse para evaluar y acreditar nuevos avances en el servicio y para revisar el funcionamiento de los servicios.
3. La información rutinaria puede recopilarse a través de los **sistemas de información** existentes empleando, por ejemplo, los indicadores de rendimiento que utilizan estos sistemas.
4. Pueden llevarse a cabo consultas con organizaciones **independientes** de personas con trastornos mentales, cuidadores y grupos de apoyo para obtener su evaluación de los servicios.

Uno de los propósitos de disponer de múltiples procedimientos de evaluación para monitorizar los servicios de salud mental es el de sopesar las necesidades de las distintas partes interesadas. Así, para las personas con trastornos mentales, las medidas de satisfacción del usuario pueden ser un indicador de la calidad en la atención a la salud mental, mientras que para los inversores o compradores la rentabilidad puede ser un indicador de la calidad. Esta variedad de procedimientos de evaluación es también útil para separar a los proveedores de servicios de los organismos que controlan la calidad. Siempre existe el peligro, por ejemplo, de que los servicios del sector público se supervisen a sí mismos y por tanto no tengan ningún incentivo para rectificar posibles problemas. Separar al proveedor de la entidad de control es esencial para asegurar una evaluación de la calidad apropiada.

Un elemento esencial en el seguimiento de la calidad de los servicios de salud mental es el uso de **incentivos positivos** para mejorar la calidad. Esto es preferible al empleo de métodos críticos o punitivos. Debe desarrollarse la capacidad de premiar a los individuos o las unidades, darles crédito, permitir bonificaciones al servicio y reflejar la mejora con el tiempo. Este enfoque crea incentivos para que los trabajadores de la salud mental aporten sus propias soluciones a los problemas en lugar de esperar a que las autoridades administrativas lo hagan. Para obtener la cooperación entusiasta de los empleados a lo largo del proceso de control de calidad de los servicios, éste debería enfocarse de manera positiva y cooperativa.

Otro elemento crucial es la inclusión de **los resultados y otras medidas de rendimiento** en la evaluación de los servicios de salud mental. Como ejemplo, la iniciativa ORYX de la Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations en Estados Unidos ha desarrollado un método para animar a la proposición de iniciativas de mejora de la calidad por parte de las organizaciones de salud. A las organizaciones de salud mental (u organizaciones de atención conductual) se les pide que seleccionen 10 medidas de rendimiento por las que su servicio será evaluado, por ejemplo, medidas clínicas o medidas basadas en la percepción de la atención por parte del paciente. El rendimiento de los servicios evaluado, según las medidas seleccionadas, se utiliza para valorar la calidad de la atención y para poner al día la acreditación de un servicio concreto.

Tarea 1. Utilizar estándares para evaluar los servicios

Los servicios de salud mental deben evaluarse de forma regular, preferentemente cada año, de acuerdo con los estándares establecidos. Este examen debería cubrir todos los aspectos de los servicios.

La organización de este proceso depende de cómo estén organizados los estándares y de los servicios de salud mental disponibles en el país. Mediante los glosarios y los formularios de certificación de la calidad de la OMS, cada aspecto de la provisión de los servicios de salud mental puede valorarse de acuerdo con los criterios establecidos (ej. Dispositivos de salud mental para pacientes ambulatorios) (Organización Mundial de la Salud, 1994, 1997).

Los servicios deben ser controlados y evaluados de forma regular de acuerdo con los estándares acordados y los procedimientos de acreditación.

Se requieren múltiples procedimientos de evaluación para sopesar las necesidades de las distintas partes interesadas.

Deberían emplearse incentivos positivos para mejorar la calidad.

Los resultados y otras medidas de rendimiento deberían emplearse para evaluar la calidad de la atención a la salud mental.

Los mecanismos precisos para evaluar los diversos aspectos de un servicio de acuerdo con los estándares en vigor pueden variar de manera significativa de un país a otro, o entre áreas locales. En algunos entornos, el comité encargado de elaborar los estándares puede encargarse de la revisión regular de los servicios. En otros, puede ser responsabilidad de los gestores locales el asegurar que los estándares elaborados a nivel nacional se pongan en práctica a nivel local. De forma alternativa, las evaluaciones las pueden llevar a cabo los propios trabajadores o los dispositivos de salud mental, en un ejercicio de autosuperación.

La información sobre estos aspectos del rendimiento de los servicios debería formalizarse en **informes** anuales recopilados por el comité de estándares o por los gestores locales. La información puede incorporarse a posteriores planificaciones y prestaciones de servicios.

El Cuadro 9 ilustra el uso de los estándares para evaluar los hospitales psiquiátricos en Brasil.

Dependiendo de cada país, la valoración de los servicios puede ser responsabilidad de un comité de estándares determinado o de los gerentes de los servicios locales.

Cuadro 9. Ejemplo: evaluación de la calidad de la atención en hospitales psiquiátricos en Brasil

(Caldas, comunicación personal, 2002)

Tres niveles de criterios

- Indispensable: requisitos legales.
- Necesario: condiciones para la mejora de los cuidados; conformidad requerida con al menos el 80% de los ítems.
- Recomendado: permitir la evaluación de la mejora.

Ejemplos de criterios

- Trece ítems **indispensables**, ej. encuentros familiares, derivaciones para la atención de pacientes externos y ausencia de habitaciones que parezcan celdas.
- Quince ítems **necesarios**: ej. actividades de socialización, actividades fuera del hospital y acceso a llamadas telefónicas.
- **Requeridos**: características de los informes de los pacientes.

Evaluación de los criterios: entrevistas con los pacientes

- Evaluación de 10 pacientes y sus informes, elegidos al azar.

Otra información para la evaluación de la calidad de la atención

1. Listado de pacientes hospitalizados que permanezcan más de seis meses en el hospital.
2. Duración media de la estancia.
3. Dinámica de la rotación de las camas.
4. Perfil del diagnóstico proporcionado por el hospital.
5. Número de pacientes con enfermedades neurológicas crónicas.
6. Atención clínica – Derivaciones.
7. Pacientes en la unidad de medicina general.
8. Condiciones para el uso del electroshock.
9. Índice de pacientes con síntomas extrapiramidales (aceptable en menos del 5%).
10. Derivaciones a psicocirugía.
11. Muertes en los últimos 12 meses.
12. Número de pacientes con problemas legales.
13. Número de pacientes con prestaciones por jubilación.
14. Acontecimientos centinela o reseñables.
15. Impresión general.

Tarea 2. Utilizar procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar servicios

En relación a la acreditación, los servicios deben evaluarse de acuerdo a si cumplen o no los criterios de acreditación. Los organismos formales de revisión, como las juntas de acreditación pueden existir ya en los servicios de salud mental o en los servicios de salud general. Si es así, estos organismos pueden emplearse para evaluar la calidad de los servicios de salud mental y acreditarlos debidamente. Estos organismos deberían disponer de la autoridad legal necesaria para conceder las licencias a los servicios de salud mental e impedir que continúe la prestación de servicios si la calidad de la atención se considera inaceptable. Deben crearse vínculos con la financiación de los servicios para que las decisiones sobre financiación se basen en las evaluaciones de la acreditación (Cuadro 10).

Una junta de acreditación debería:

- > disponer de representación legal, incluyendo familiaridad con la legislación sobre salud mental (véase *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*).
- > disponer de representación clínica que proporcione la evaluación del funcionamiento a nivel clínico de un servicio o instalación.
- > contar con la representación de personas con trastornos mentales para asegurar que sus derechos y necesidades reciben una consideración preferente. Esto es importante porque estas personas podrían recurrir a organismos de revisión independientes si no están satisfechas con la calidad de los cuidados recibidos.
- > contar con representantes de la gestión de los servicios que proporcione la evaluación del funcionamiento organizativo de dichos servicios.
- > contar con representación del nivel financiero, por ejemplo, un contable que pueda realizar una auditoría de los aspectos financieros del servicio o dispositivo y ayudar en la evaluación de la rentabilidad.

Las revisiones formales de acreditación deberían producirse:

- > cuando se pone en marcha un nuevo servicio (organización pública, privada o no gubernamental).
- > posteriormente, de manera periódica, preferiblemente en intervalos de no más de cinco años.

Como resultado del proceso de acreditación, la junta puede publicar un listado nacional de servicios y organizaciones que han logrado su aprobación. Por ejemplo, *Quality Check*TM proporciona una lista de casi 20.000 organizaciones y programas de salud acreditados por la Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations en Estados Unidos. Al igual que ocurre con la monitorización de estándares, los mecanismos precisos de acreditación varían de un país a otro. Por ejemplo, en Italia y otros países, existe una distinción clara entre la acreditación institucional y la acreditación profesional. La primera es concedida por los gobiernos centrales o locales mientras que la segunda es concedida por instituciones científicas cuyos juicios son completamente independientes de los del gobierno. En China existen tres proveedores principales de servicios de salud mental: el sector de salud (principalmente para tratamientos), el sector de la seguridad social (para protección social) y el sector de la seguridad pública (para régimen penitenciario). Estos sectores disponen de varias fuentes de financiación y vías administrativas.

Un principio de unificación básico es el de que se debe consultar con todas las partes interesadas en el proceso de acreditación para asegurar la coherencia y la colaboración. Estas partes interesadas incluyen a los trabajadores de salud mental, a las personas con trastornos mentales, a los grupos de familias, a los gestores de servicios, a las universidades, a las instituciones gubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales, junto con aquellos sectores que puedan estar relacionados con la provisión de cuidados de salud mental.

La segunda función esencial del proceso de acreditación es el control y monitorización de los derechos humanos, en particular en los hospitales psiquiátricos. Pueden existir intereses convergentes con organizaciones o comités creados específicamente para la monitorización de los derechos humanos. Si es necesario, un enlace entre estos grupos puede resultar útil

Una junta de acreditación debería estar formada por representantes adecuados.

Una junta de acreditación puede publicar una lista de servicios y organizaciones que cumplen con los criterios de acreditación.

Los mecanismos precisos de acreditación varían de un país a otro.

Dos principios unificadores que deberían guiar el proceso de acreditación son la consulta con todas las partes interesadas y la monitorización de los recursos humanos.

para asegurar que los derechos humanos se controlan mientras se está evaluando la calidad de los servicios y se estudia la acreditación (véase Legislación sobre salud mental y derechos humanos).

Cuadro 10. Ejemplos de acreditación

Ejemplo 1: Acreditación de las comunidades terapéuticas para las personas con drogodependencia en Chile

(Véase el Anexo 3 para el documento legal de acreditación)

En 1993, aproximadamente 10 comunidades terapéuticas estaban en funcionamiento en Chile, la mayoría de carácter privado (pequeñas organizaciones no gubernamentales). Éstas, no obstante, carecían de estatus legal y estaban funcionando sin la autorización de las autoridades sanitarias. Los siguientes pasos han sido desarrollados con la ayuda de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

1. Se formó un grupo de trabajo constituido por representantes de la mayoría de las comunidades terapéuticas, profesionales de la sanidad pública y médicos clínicos. El grupo elaboró un borrador del documento para la regulación de los dispositivos.
2. El borrador se distribuyó entre todas las comunidades terapéuticas, todas las áreas sanitarias de Chile y algunos profesionales prominentes de la salud mental. El grupo de trabajo analizó las sugerencias, que se incorporaron a un segundo borrador.
3. El segundo borrador sufrió un largo y difícil proceso de legalización y fue finalmente aprobado con la firma del Ministro de Salud y del Presidente de la República.
4. Se inició un proceso de acreditación a través de las áreas sanitarias que implicaba el uso de mecanismos similares a los empleados para la acreditación de dispositivos sanitarios.
5. Se creó un mecanismo de financiación por el cual el seguro de salud social paga a las comunidades terapéuticas acreditadas un mes de tratamiento con tres niveles de intensidad o complejidad.

Actualmente existen más de 50 comunidades terapéuticas funcionando según este esquema en Chile.

Ejemplo 2: Acreditación de instituciones de salud mental en Letonia

Desde 1997, las instituciones de salud mental en Letonia han sido evaluadas por la Agencia de Estadísticas de Salud y Tecnología Médica del Ministerio de Bienestar. El proceso incluye la evaluación del personal, del equipo y de las instalaciones. Si se determina que una institución cumple los estándares exigidos, se la somete entonces a una evaluación de confirmación. Esto confiere a la institución el estatus necesario para poder ser contratada por las asociaciones de enfermos o compañías concertadas para la prestación del servicio de salud en cuestión. Todas las instituciones de salud mental en Letonia deben someterse a esta evaluación. Una minoría de instituciones aún deben pasar por este proceso. El Cuerpo de Inspección del Cuidado de la Salud y Control de Calidad del Ministerio de Bienestar evalúa los casos en los que se efectúan demandas legales contra estas instituciones (Veits, comunicación personal, 2002).

Tarea 3. Emplear los sistemas de información para la evaluación rutinaria de la calidad

Un compendio de información detallada y fiable es un componente esencial del sistema de monitorización de la calidad. Si ya existen sistemas de información, éstos deben emplearse para evaluar rutinariamente la calidad de todos los aspectos del sistema de salud mental. Si no existen, o son mínimos, deberían crearse (véase Sistemas de información para la salud mental, en desarrollo por la OMS).

Los sistemas de información existentes deberían emplearse para evaluar rutinariamente la calidad de todos los aspectos del sistema de salud mental.

Se puede reunir una gran cantidad de información para hacer el seguimiento de la calidad. Dicha información se puede obtener de distintas fuentes para evaluar la calidad de los cuidados en diversos contextos (incluyendo los servicios de atención comunitaria, hospitales y prisiones) para las distintas partes interesadas. Los indicadores son variables que resumen o indican una cierta situación y por tanto pueden emplearse para medir el cambio. La Tabla 1 muestra algunos indicadores que pueden utilizarse para medir la calidad para distintas partes interesadas.

Tabla 1. Ejemplos de indicadores de la calidad de salud mental según el grupo interesado*

Grupo interesado	Propósito del indicador	Ejemplo de indicador
Los que financian	<ul style="list-style-type: none"> - Decisiones de compra - Control del rendimiento especificado en los contratos 	<ul style="list-style-type: none"> > Coste medio por persona atendida > Porcentaje de gastos en servicios administrativos y de apoyo
Personas con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> - Decisiones de ingreso y reingreso - Elección de proveedores - Monitorización de la calidad y capacidad de respuesta de planes y proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de personas con trastornos mentales cuya funcionalidad ha mejorado > Porcentaje de personas con trastornos mentales que recibieron atención sin una demora excesiva
Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de adultos con esquizofrenia que reciben medicación antipsicótica adecuada
Agencias de acreditación	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de normas y estándares 	<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de personas dadas de alta del hospital y evaluadas o seguidas en la comunidad
Organismos gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de políticas - Decisiones de compra - Responsabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> > Gastos en salud mental per capita por región > Porcentaje de personas con un historia de enfermedad mental que trabajan a media jornada o jornada completa

**Estos ejemplos no pretenden sugerir que los indicadores de importancia para un grupo no tengan relevancia para otros grupos*

En el nivel del proveedor de servicios se precisa de información más detallada para controlar la calidad de la atención. La información recopilada debería cubrir los siguientes aspectos:

- > recursos de servicio, por ejemplo, camas y profesionales (recursos).
- > las actividades del servicio, por ejemplo, ingresos, consultas y tratamientos (procesos).
- > el efecto de la prestación del servicio en las personas con trastornos mentales (resultados) (Thornicroft & Tansella, 1999).

La información sobre los recursos, los procesos y los resultados se recopila de manera rutinaria para controlar el funcionamiento de los servicios de salud mental, y estos datos se pueden usar para evaluar la calidad del servicio. Con este propósito, se podrían adaptar indicadores específicos de calidad de los estándares para incluirlos en la recopilación regular de información. En este sentido, es importante que la elección de los indicadores esté guiada por criterios desarrollados en el documento de estándares. Al igual que ocurre con los procedimientos de acreditación, esto es esencial para evitar las duplicaciones y las inconsistencias en la evaluación de la calidad. También es importante que la recopilación de la información esté dirigida por el plan de mejora de la calidad (esto es, los criterios de estándares) en lugar de por las limitaciones del sistema de información (esto es, la información disponible).

Recursos

Estos indicadores pueden utilizarse para valorar estándares relacionados con el número adecuado de profesionales, el número adecuado de camas y la disponibilidad de medicación. Por ejemplo:

- > la proporción entre profesionales y personas con trastornos mentales.
- > la proporción entre camas y pacientes.
- > la disponibilidad de las medicaciones los dispositivos de atención primaria.

Proceso

Los indicadores de proceso pueden emplearse para valorar estándares relacionados con la utilización óptima de los dispositivos hospitalarios. Por ejemplo:

- > índices de ocupación de camas.
- > duración de los tiempos de consulta en contextos ambulatorios.
- > número de situaciones críticas en unidades de seguridad.
- > índices de readmisiones.
- > implicación de la familia en el cuidado de las personas con trastornos mentales.
- > servicios de apoyo a las familias.

Resultados

Los indicadores de resultados pueden emplearse para valorar los estándares relacionados con el impacto positivo de las intervenciones. Por ejemplo:

- > evaluaciones clínicas de resultados en pacientes ambulatorios.
- > evaluaciones clínicas de resultados a la hora del alta de pacientes hospitalizados.
- > satisfacción de las personas con trastornos mentales
- > satisfacción de los familiares u otros cuidadores.

De manera más general, las medidas de resultados pueden dividirse en cuatro grandes categorías (Rosenblatt et al., 1998):

- > **Resultados de situación clínica.** Se centran en el deterioro del estado físico y mental. Las medidas de situación clínica se definen como procesos que documentan y evalúan signos y síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales asociados a un trastorno.

En el nivel de los servicios, se necesita información sobre los recursos, los procesos y los resultados.

La recopilación de la información no debería llevarse a cabo por las limitaciones del sistema de información sino por la calidad.

El propósito de un servicio de salud mental es mejorar los resultados, que deberían, por tanto, ser controlados para la mejora de la calidad.

- > **Resultados de estatus funcional.** Están relacionados con la habilidad de cumplir los roles sociales adecuadamente. Ejemplos de resultados funcionales son la habilidad para trabajar, asistir a la escuela, vivir con independencia y mantener relaciones sociales adecuadas y que mejoren la calidad de vida.
- > **Resultados de nivel de satisfacción y realización.** Éstos incluyen medidas de la calidad de vida y del bienestar y están relacionados con la autoestima, la esperanza, el fortalecimiento y la recuperación.
- > **Resultados de bienestar y seguridad.** Incluyendo el suicidio, el abuso de sustancias, implicaciones con el sistema judicial penal, la explotación o la indigencia.

La medición de los resultados tiene múltiples usos para las diferentes partes interesadas, y es relevante para individuos, programas y sistemas de atención a la salud mental. A nivel clínico puede utilizarse para la planificación de tratamientos y para determinar y ajustar las asignaciones a los niveles de atención. Estos datos, obtenidos a nivel individual, pueden agregarse o incorporarse a los indicadores de rendimiento a nivel del sistema. No todos los resultados a nivel del sistema son agregados desde el nivel del usuario: algunos, relacionados con los recursos, las ganancias, los gastos y los procesos administrativos son independientes de los resultados a nivel del usuario.

La elección de indicadores (recursos, procesos y resultados) depende de las prioridades de cada servicio específico en los entornos locales. Durante un programa de desinstitucionalización, por ejemplo, la proporción de reingresos puede ser un indicador importante sobre cuán adecuada está resultando la atención comunitaria.

Medición del rendimiento

Además de los recursos, procesos y resultados, el rendimiento de un sistema de salud mental debe medirse por el interés en la mejora de la calidad.

Los propósitos de los indicadores de calidad son evaluar y controlar cómo rinde un sistema de provisión de atención a la salud mental; dar parte de la información obtenida en términos cuantitativos y dirigir los esfuerzos y recursos del sistema hacia objetivos deseables. El problema fundamental para definir estos indicadores es la falta de consenso acerca de los objetivos y la consiguiente falta de una definición de lo que constituye un “buen rendimiento”. Las distintas partes interesadas en un sistema de salud mental, esto es, las personas con trastornos mentales, los familiares, los que apoyan, los que financian, los proveedores y los gestores políticos, a menudo tienen diferentes criterios de rendimiento (Tabla 1).

La creación de indicadores de rendimiento requiere por tanto la consideración de las necesidades de las distintas partes interesadas y la consulta con éstas para ver qué indicadores son los más adecuados. Los países deben sopesar estos intereses con las restricciones presupuestarias a la hora de diseñar sistemas de información adecuados para la monitorización de la calidad. La selección de las medidas de rendimiento adecuadas puede depender también del aspecto de la calidad que está siendo evaluado y del propósito de la evaluación.

Es importante mencionar que los indicadores de rendimiento son sólo una medida de la calidad. No sintetizan toda la calidad. Las medidas de rendimiento deben equilibrarse con los indicadores que miden la disponibilidad de recursos, los resultados y el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales y sus familias.

Infraestructura de la información

La infraestructura de la información es fundamental para respaldar los esfuerzos de control y mejora de la calidad de la atención a la salud mental. Muchos de los mecanismos descritos en este módulo dependen de la disponibilidad de información. La aplicación de técnicas de gestión de la calidad se basa en la habilidad de compilar, analizar y comunicar datos. De manera similar, la medición del rendimiento depende de la disponibilidad de datos de gran calidad en el momento necesario si se pretende contribuir a las iniciativas sobre la calidad y a los cambios en las estructuras y los procesos.

Los indicadores de rendimiento tienen distintas funciones para las distintas partes interesadas.

Aunque el potencial es enorme, no deben subestimarse los retos a los que se enfrenta la puesta en marcha de un sistema de información. Obviamente, se necesitan recursos para crear una infraestructura automatizada. Una vez que la infraestructura está en funcionamiento, deben producirse cambios en la actitud de los gestores, los médicos y los demás usuarios.

En los países que dispongan de unos recursos mínimos de salud mental puede ser difícil movilizar el presupuesto y el personal necesarios para respaldar todas estas medidas de monitorización. Esto significa que deben tomarse decisiones importantes acerca de las prioridades en el seguimiento de la calidad y sobre qué indicadores son asequibles. Los países deben por tanto identificar cuáles de los indicadores descritos en este paso les serían más adecuados en sus respectivos contextos particulares, teniendo en cuenta el presupuesto disponible.

Éstas son decisiones importantes porque, a corto plazo, el desarrollo de los mecanismos de mejora de la calidad requerirá probablemente una inversión económica en los servicios de salud mental. A largo plazo, no obstante, los sistemas de información y de control de la calidad servirán para reducir costes como resultado de la provisión más eficaz de servicios más eficientes. Probablemente esto tenga otros resultados positivos, como mejoras en la motivación de los empleados, una mayor satisfacción de las personas con trastornos mentales, así como beneficios sociales y económicos más amplios. Desarrollar la calidad de la atención a la salud mental, aún en circunstancias de servicios mínimos, sienta unos cimientos robustos para el desarrollo futuro de dichos servicios.

En los países donde los servicios de salud mental se hallan integrados en atención primaria u otros servicios de salud general, un sistema de información ya establecido puede proporcionar parte de la infraestructura inicial. En este caso, los indicadores de salud mental y la compilación de datos se pueden incorporar al sistema existente.

En Internet están disponibles las aplicaciones que resultan prometedoras para el futuro de la calidad de la atención a la salud mental incluyendo: información al usuario, permitiendo a las personas con trastornos mentales la búsqueda de información relevante y la participación en chats y grupos de apoyo, atención clínica, transacciones administrativas y económicas, educación profesional e investigación sobre los resultados clínicos.

Como se indica en la Tarea 4, los sistemas de información no son el único mecanismo para evaluar la calidad de los servicios. Otros mecanismos para la evaluación de la calidad y la retroalimentación, incluyen: grupos de discusión, grupos de debate para expertos, y círculos de calidad. Un círculo de calidad es un grupo de empleados que se reúne regularmente para debatir problemas de trabajo relacionados con la calidad con el fin de evaluarlos y generar soluciones. Además de permitir la revisión, el análisis y la interpretación de los datos, estos mecanismos contribuyen también a la identificación y resolución de problemas que pueden estar basados en las observaciones y experiencias de las distintas partes interesadas, en particular las de los trabajadores.

Pasos para crear sistemas de información

En los países donde los sistemas de información están en proceso de desarrollo, se recomienda seguir los siguientes pasos durante las fases iniciales.

1. Crear instrumentos sencillos para la recogida de datos sobre salud mental es prioritario para los trabajadores de la salud mental en primera línea. Inicialmente, se deberá recopilar información básica sobre demografía y diagnósticos. La documentación de los problemas y las necesidades que van surgiendo pueden demostrar su utilidad en la planificación clínica y de los servicios. Los datos deberían estar automatizados, aunque puede que esto no sea factible. Se pueden diseñar unos impresos sencillos para facilitar la documentación y agregación de datos mensual o trimestralmente.

2. Crear un análisis de datos regular del servicio asistencial sería, por ejemplo, tarea del equipo completo de salud mental. Para ello es necesario disponer de un análisis básico de datos. Esto incluye el desarrollo de informes sencillos para el seguimiento de las personas atendidas (de acuerdo con su diagnóstico y sus características demográficas).

En países con recursos mínimos para la salud mental, deben tomarse decisiones importantes sobre las prioridades en el control de la calidad y sobre qué información se puede obtener dentro de los límites del presupuesto.

A largo plazo, es probable que los servicios de información y de seguimiento de la calidad ahorren costes.

También permite a los planificadores documentar las tendencias en la provisión local de los servicios. Las revisiones periódicas deberían ser llevadas a cabo por círculos de calidad o por empleados de primera línea para mejorar su comprensión e interpretación de los datos. Esto permite que se formulen soluciones para cualquier problema que se identifique. Inicialmente, la atención debería centrarse sobre quién recibe los servicios y sobre los servicios que se prestan. Según vaya aumentando la capacidad de los sistemas, se pueden introducir datos sobre quién hace uso de qué servicios. Al volverse los sistemas aún más sofisticados, el siguiente paso puede ser el de relacionar estos datos con los resultados y los costes.

3. Crear un programa centralizado y diferenciado de recolección y evaluación de datos sobre salud mental. Esta función es fundamental en varios aspectos. En primer lugar, ayuda en la agregación de datos a nivel nacional de manera que las disparidades regionales en lo que se refiere a recursos y servicios prestados, se puedan detectar. Este análisis es también la base para la retroalimentación a nivel regional o local. El segundo aspecto es que los planificadores nacionales proporcionen dirección, apoyo y coherencia a las actividades a nivel local. Cada nivel exige una estructura sólida, incluso si el tipo de información requerido en cada nivel es distinto. Las actividades a nivel nacional ayudan a elaborar mecanismos uniformes para la recogida de datos, el análisis y la distribución de la información. En tercer lugar, los datos a nivel nacional son la base para documentar las necesidades locales y las prioridades, así como para planificar la agenda nacional para la salud mental y la asignación de recursos. La creación de un programa nacional de recopilación y evaluación de datos es fundamental para las actividades cubiertas en otros módulos, por ejemplo, planificación, apoyo y financiación. Sin esta función es difícil respaldar y poner en marcha un proyecto nacional orientado hacia la calidad.

Estos tres pasos deberían permitir la creación de un sistema de información que pueda emplearse para hacer un seguimiento de la calidad de la atención a la salud mental.

Tarea 4. Consultar con las organizaciones de personas con trastornos mentales, de los cuidadores y con las organizaciones independientes para que éstas evalúen los servicios

Además del seguimiento de los servicios por parte de los gestores del sector de la salud u otros comités, también puede ser necesario para los servicios de salud mental el recurrir a organismos independientes, en especial a aquéllos que velen por los derechos humanos dentro del servicio de salud mental.

- > **Las organizaciones de derechos humanos** u otros organismos independientes pueden tener acceso a los servicios de salud mental para así controlar las condiciones de las personas con trastornos mentales. Estos organismos pueden estar financiados por el estado o ser organizaciones no gubernamentales independientes.
- > **A las organizaciones de usuarios**, cuidadores o familiares que apoyen a las personas con trastornos mentales y actúen en su defensa debería animárselas para que informen acerca de la calidad de la atención a la salud mental que dichas personas están recibiendo. La investigación sobre la satisfacción de los usuarios, mediante cuestionarios específicos sobre el grado de satisfacción o grupos de control, puede proporcionar también una valiosa información. Es más, pueden realizarse evaluaciones de cuan efectivamente apoyan los servicios a los familiares de las personas con problemas de salud mental.
- > Las personas con trastornos mentales, los cuidadores y los trabajadores de la salud mental deberían tener acceso a los **defensores del pueblo** para asegurar unos cuidados de buena calidad. **El defensor del pueblo** puede también mediar en situaciones conflictivas. La provisión de esta función es esencial para que las personas con trastornos mentales puedan recurrir ante un organismo independiente si no están satisfechos con la calidad de su servicio de salud mental.

Las organizaciones independientes deberían ser consultadas de manera regular para conocer su punto de vista sobre la calidad de la atención a la salud mental.

Puntos clave: Paso 4. Servicios de monitorización

Los servicios de salud mental deberían controlarse, de manera que se pueda evaluar la calidad de sus cuidados. La evaluación puede tomar varias formas:

- el uso de estándares para revisar los servicios anualmente;
- el uso de procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar la creación de nuevos servicios y para revisar el funcionamiento de los servicios que ya están en marcha;
- la compilación rutinaria de información mediante sistemas de información ya existentes, especialmente a través del uso de indicadores de rendimiento y resultados;
- la consulta con organizaciones independientes de personas con trastornos mentales, cuidadores y grupos de apoyo para obtener su evaluación de los servicios.

Paso 5. Integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de los servicios en funcionamiento

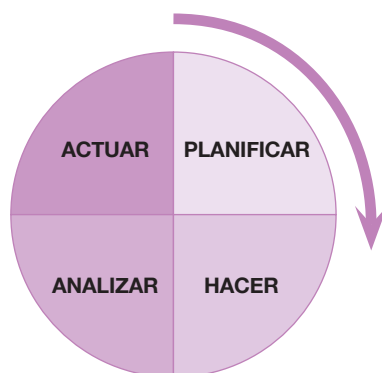
Una vez dispuestos los mecanismos para evaluar la calidad de la atención a la salud mental a nivel local (mediante estándares, procedimientos de acreditación y sistemas de monitorización) debe incorporarse la mejora continua de la calidad a la gestión y prestación de los servicios.

La incorporación de la calidad a la gestión de los servicios de salud mental se ha denominado también como “gestión de la calidad”, esto es, un marco para evaluar y mejorar el rendimiento clínico, operativo y financiero dentro de una organización de salud mental (Hermann et al., 2000). Gran parte de este reciente trabajo se basa en la noción de que un servicio de salud mental debería estar mejorando continuamente la calidad de los servicios que ofrece (Pillay et al., 2002). Según estos términos, la acreditación puede verse como una norma mínima de acuerdo a la cual deben funcionar los servicios, mientras que la mejora de la calidad puede considerarse como un proceso continuo por alcanzar las normas óptimas, aprovechando los estándares y los criterios para la acreditación que ya están en marcha.

El Institute of Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org>) ha desarrollado un modelo de mejora de la calidad. Pensado para ser empleado en la gestión de servicios en funcionamiento, este modelo incorpora pasos para: establecer unos objetivos, formar un equipo, crear medidas y comprobar los cambios. Los cambios se comprueban posteriormente mediante el ciclo planificar-hacer-analizar-actuar (Figura 3.), que incluye:

- > planificar un cambio.
- > intentarlo.
- > observar los resultados.
- > actuar de acuerdo con lo que se ha aprendido.

Figura 3. Modelo para la mejora de la calidad del Institute for Healthcare Improvement



La mejora continua de la calidad debería estar incorporada en la gestión y prestación de los servicios.

Las ventajas de este ciclo/modelo son las siguientes:

- > incorpora la mejora de la calidad al funcionamiento habitual de un servicio.
- > la evaluación de la calidad se basa en indicadores de proceso y resultado y no sólo en los recursos (como en los modelos anteriores de evaluación de la calidad).
- > se anima a los trabajadores de salud mental y a los gestores a que se responsabilicen de la mejora de la calidad, en lugar de que les venga impuesta por niveles administrativos superiores.
- > la mejora clínica está integrada en el rendimiento operativo y financiero (Hermann et al., 2000).

El desarrollo de este modelo requiere la existencia de varios mecanismos o **estructuras** para asegurar su puesta en marcha:

- > la creación de una **nueva figura**, pero no necesariamente a jornada completa, por ejemplo, el “técnico de mejora de la calidad”, para asegurar una evaluación continua de la calidad.
- > asegurarse de que el técnico de mejora de la calidad **goza del respaldo necesario a un nivel lo bastante alto** dentro del servicio de salud de modo que las propuestas tengan el suficiente peso para ser implementadas.
- > asegurarse de que todas las partes interesadas relevantes entre los gestores, trabajadores de salud mental, los cuidadores y las personas con trastornos mentales **sean consultados** en el diseño de las medidas de calidad.
- > asegurarse de que todas las partes interesadas relevantes entre los gestores, trabajadores de salud mental, los cuidadores y las personas con trastornos mentales **participen en la puesta en marcha** de las medidas de calidad.
- > asegurarse de que existe una **asignación presupuestaria** adecuada para la mejora de la calidad.

Una vez que estas estructuras estén en marcha, deben llevarse a cabo varias tareas para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud mental.

Tarea 1. Organizar revisiones anuales de la calidad de los servicios

La mejora de la calidad puede integrarse en la gestión actual de los servicios de salud mental programando un período de tiempo para la revisión de la calidad de la atención a la salud mental. Esto puede lograrse fijando reuniones anuales con los gestores para revisar los avances en la mejora de aspectos particulares de los servicios.

Las reuniones deberían fecharse, preferiblemente, antes del fin del año fiscal, de manera que la planificación de los presupuestos anuales pueda hacerse en base a las evaluaciones de la calidad de cada dispositivo particular. Las iniciativas financieras para la mejora de la calidad pueden incluirse después en la consulta administrativa sobre la calidad (Tabla 2). Algunos incentivos fiscales podrían ser la aprobación de presupuestos, dependiendo de si los servicios cumplen con los criterios de evaluación de la calidad, o el reembolso conforme a indicadores de rendimiento específicos, dependiendo de los propios mecanismos de reembolso.

Deberían mantenerse reuniones regularmente con los gestores del servicio para revisar la calidad de servicios concretos o de ciertos dispositivos.

Tabla 2. Ejemplo: programando la gestión de las revisiones anuales de la calidad de los servicios

Servicio/organización	Gestor/persona de contacto	Medida de calidad empleada	Mes de la revisión
- Hospital psiquiátrico	Director	Estándares nacionales	Septiembre
- Unidad de psiquiatría en hospital general	Psiquiatra	Estándares nacionales	Octubre
- Clínica de atención primaria	Jefe de enfermería	Estándares nacionales	Noviembre
- Servicio de rehabilitación	Jefe de enfermería	Estándares nacionales	Diciembre
- Servicio residencial comunitario	Administrador de la residencia	Estándares nacionales	Enero
- Organismo profesional	Presidente del consejo directivo	Revisión de las guías profesionales	Febrero

Tarea 2. Incluir comprobaciones de la calidad en los objetivos de la planificación de servicios

Además de llevarse a cabo revisiones regulares de servicios específicos, los gestores del servicio de salud mental deberían incorporar comprobaciones de la calidad a los objetivos dispuestos en la planificación y elaboración de presupuestos de los servicios (véase Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental). Por ejemplo, las opciones para el desarrollo del servicio deberían evaluarse no sólo de acuerdo a su viabilidad económica y a su potencial de eficacia clínica, sino también según la calidad de los cuidados que podrían generar. Al enfrentarse a dos opciones de provisión de servicios, bien sean institucionales o comunitarias, los planificadores de servicios deberían evaluar cuál de ellas es más probable que provea una mayor calidad en los servicios a las personas con trastornos mentales. Los criterios de calidad pueden tomarse de los procedimientos de estándares o de acreditación que se hayan creado previamente.

Tarea 3. Incorporar mejoras en la calidad a la práctica clínica

La mejora de la calidad debe incorporarse a la práctica clínica diaria. En el pasado, los trabajadores de salud mental eran responsables de la atención clínica pero no de los aspectos relativos a los presupuestos, los resultados de calidad o la gestión de servicios. Más recientemente, se han empezado a utilizar términos como “gestión clínica” y “gestión de la calidad” para tratar de incrementar la responsabilidad y la implicación de los trabajadores en la gestión del servicio y la mejora de la calidad (Hermann et al., 2000).

Se debería animar a los trabajadores de la salud mental a que mejoren y examinen con detalle la calidad de los cuidados que prestan en su actividad diaria.

Cuidados basados en la evidencia

Los cuidados de salud mental deberían ser coherentes con las evidencias sobre los cuidados más efectivos y eficientes disponibles. Esto exige que los trabajadores de la salud mental estén familiarizados con los últimos descubrimientos relacionados con el área en la cual prestan sus servicios. Las organizaciones de profesionales y las instituciones académicas deberían facilitar este proceso en la medida de lo posible.

La puesta en marcha de servicios basados en la evidencia se ha convertido en un medio para lograr tanto calidad como responsabilidad. Si las prácticas basadas en la evidencia se ponen en marcha de manera estricta, conforme a los modelos que han demostrado su efectividad, éstas conducirán automáticamente a unos resultados positivos. Por tanto, es inherente a la argumentación para obtener recursos para las prácticas basadas en la evidencia que la relación calidad-precio y la rendición de cuentas estén aseguradas.

Los gestores de los servicios de salud mental deberían incorporar comprobaciones de la calidad a los objetivos dispuestos en la planificación y elaboración de presupuestos de los servicios.

La mejora de la calidad debería incorporarse a la práctica clínica rutinaria.

La atención a la salud mental debería ser coherente con las evidencias más actualizadas sobre los cuidados más efectivos y eficientes disponibles.

No todos los problemas tienen una solución basada en la evidencia. Es más, no todas las prácticas basadas en la evidencia son universalmente aplicables a las personas con síntomas similares: la necesidad de un juicio clínico y la elección del usuario siguen siendo complejas.

En el Cuadro 11 se detallan ejemplos de prácticas basadas en la evidencia.

Cuadro 11. Ejemplos de intervenciones efectivas en el control de trastornos mentales

Enfermedad(es) / Prevención (primaria y secundaria) / Tratamiento / Rehabilitación

Esquizofrenia

- Detección temprana para disminuir el riesgo de cronificación.
- Educación sanitaria para anular el estigma asociado al trastorno.
- Prevención del suicidio.
- Prevención de las recaídas mediante la educación y la reducción del aislamiento social.
- Medicinas antipsicóticas estándar, por ejemplo, clorpromacina y haloperidol, así como medicación antipsicótica de segunda generación.
- Intervenciones psicosociales, por ejemplo, terapia cognitiva conductual.
- Educación y apoyo a la familia.
- Programas comunitarios de rehabilitación para la reintegración social y la recuperación de las capacidades sociales y ocupacionales.
- Desarrollo de redes sociales y de familias.

Depresión

- Detección de la depresión en las madres, para reducirla y evitar repercusiones adversas en la salud de los niños.
- Apoyo a las redes de grupos vulnerables.
- Identificación e intervenciones tempranas cuyo objetivo sean los individuos y las familias vulnerables.
- Educación sanitaria para anular el estigma asociado al trastorno y concienciar acerca de los tratamientos disponibles.
- Antidepresivos tricíclicos y, si están disponibles, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) de bajo coste.
- Resolución complementaria de problemas, terapia cognitiva conductual y psicoterapia interpersonal.
- Desarrollo de redes de apoyo social y familiar.

Dependencia del alcohol

- Medidas preventivas a nivel de población, por ejemplo, acceso restringido, impuestos sobre el alcohol, educación sanitaria acerca de los efectos perjudiciales.
- Identificación e intervención tempranas.
- Asesoramiento breve e intervenciones educativas (de tres a cinco sesiones).
- Para los problemas tempranos con el alcohol, intervenciones breves en atención primaria.
- Para una adicción más severa al alcohol, terapias cognitivas conductuales, entrevistas motivacionales y enfoques en doce pasos, en conjunción con intervenciones comunitarias y de grupo.
- Desintoxicación, preferiblemente en la comunidad.
- Cuidados para pacientes ingresados con enfermedades agudas comórbidas, tanto médicas como psiquiátricas.
- Programas de rehabilitación en la comunidad para mejorar las capacidades sociales y ocupacionales.

(Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2001a)

El reto para muchos países, incluyendo los más desarrollados, es la incorporación de los servicios e intervenciones que han demostrado ser efectivos a la práctica rutinaria. Hay un reconocimiento creciente de la diferencia existente entre lo que se ha demostrado como efectivo mediante la investigación y la práctica real.

Se podría argumentar que en muchos países el reto es más básico. Los servicios de salud mental son a menudo muy escasos y aspirar a proveer servicios de última generación puede parecer un objetivo indebidamente ambicioso. No obstante, no se deberían descartar los esfuerzos para proporcionar unos servicios basados en la evidencia. Esto permitiría la creación de sistemas comunitarios con mejoras sin incurrir en los gastos asociados a los cuidados institucionales. Los servicios basados en la evidencia deberían considerarse consciente y explícitamente como parte del proceso de la planificación y la elaboración de los presupuestos para establecer prioridades y a la hora de tratar los asuntos de la equidad y la accesibilidad.

Guías clínicas

Los cuidados basados en la evidencia pueden beneficiarse de la creación de unas guías clínicas o guías sobre la práctica clínica. Las guías sobre las prácticas clínicas son declaraciones desarrolladas de manera sistemática cuyo propósito es ayudar en la toma de decisiones por parte de los médicos y de los pacientes acerca de la atención médica adecuada en circunstancias clínicas específicas (Institute of Medicine, 1990). Sus propósitos son mejorar la calidad y la idoneidad de los cuidados, orientar en la toma de decisiones clínicas, ayudar a que las organizaciones creen protocolos clínicos y de control de riesgo, orientar a los que financian a la hora de elaborar políticas de reembolso y ayudar a las personas con trastornos mentales a tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados.

Desde una perspectiva clínica, las guías pueden cumplir tres funciones principales: respaldar las decisiones clínicas, realizar un seguimiento del proceso de tratamiento e identificar los puntos en los que haya variación respecto a las guías. El apoyo a las decisiones clínicas facilita la selección de los tratamientos más efectivos y es útil para los médicos, las personas con trastornos mentales, sus familiares y los gestores. El seguimiento del proceso de tratamiento permite disponer de un detallado registro estandarizado de intervenciones clínicas. El control de las variaciones evalúa la congruencia o adecuación entre el tratamiento y las guías.

Existen obstáculos importantes a la puesta en práctica de las guías clínicas en los tratamientos de salud mental. Muy pocos médicos están formados en el empleo de las guías. Existe un proliferación de guías y muy poco acuerdo acerca de cuáles son las mejores. Véase en el Anexo 2 una lista de guías clínicas disponibles.

Las organizaciones de profesionales son vitales en relación con la creación de guías clínicas. En los EE.UU., por ejemplo, la Asociación Americana de Psiquiatría y las agencias federales han elaborado unas guías básicas que recomiendan realizar el tratamiento de la depresión y otras enfermedades en el entorno de atención primaria. (United States Department of Health and Human Services, 1993). Tales guías se basan habitualmente en un análisis de la literatura concerniente a la efectividad de los tratamientos y en el uso de un proceso de consenso entre expertos.

En otros países puede ser necesario que los ministerios de salud asuman la principal responsabilidad a la hora de elaborar las guías clínicas, en especial si las organizaciones de profesionales no están muy desarrolladas. Las guías pueden diseñarse orientadas a las personas identificadas como prioritarias en las políticas y planes nacionales estableciendo alianzas con las organizaciones profesionales o delegando en ellas la elaboración técnica de las guías (Véase el módulo *Políticas, planes y programas sobre salud mental*). La participación de los usuarios y familiares también puede contribuir a este proceso.

Si existen los recursos necesarios, se pueden incorporar métodos de desarrollo de los servicios de salud mental basados en la evidencia al proceso de mejora de la calidad. Por ejemplo, los trabajadores de salud mental pueden evaluar si la intervención de un servicio mejora los resultados de los pacientes en comparación con la no intervención, o con un tipo distinto de intervención (véase *Investigación y Evaluación de la Política y los servicios de Salud Mental*,

Las guías sobre las prácticas clínicas son declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar en la toma de decisiones tanto de médicos como de pacientes acerca de los cuidados apropiados en circunstancias clínicas específicas.

Las guías clínicas pueden apoyar las decisiones clínicas, hacer un seguimiento del proceso de tratamiento y controlar la variación respecto de las guías.

Para tratar estos obstáculos, los ministerios de salud deberían asumir la responsabilidad principal en el desarrollo de las guías clínicas.

módulo en desarrollo por la OMS). Las guías poseen el potencial de mejorar la calidad y la coordinación de los cuidados y de facilitar la creación de un consenso acerca de las mejores prácticas entre los médicos y los que financian.

Trabajo en equipo

En algunas de las innovaciones en la gestión de la calidad se anima a los trabajadores de la salud mental a que trabajen en equipo para mejorar la eficiencia y la calidad de los cuidados. El examen pormenorizado de la calidad en los equipos de salud mental ofrece una oportunidad para desarrollar este aspecto (Institute of Healthcare Improvement, <http://www.ihl.org>). Esto puede lograrse dedicando reuniones específicas de los equipos o por programas de desarrollo profesional continuado a la mejora de la calidad. Al mismo tiempo, los miembros de los equipos pueden proporcionar incentivos mutuos para mejorar la calidad de los cuidados durante las actividades clínicas rutinarias, mediante el trabajo en equipo y la supervisión entre colegas.

Desarrollo profesional continuado

La importancia del desarrollo profesional continuado o progresivo como herramienta de mejora de la calidad no debe subestimarse. Los profesionales que reciben formación y supervisión regularmente, manteniéndose al tanto de los últimos avances en los cuidados basados en la evidencia, tienen más probabilidad para mejorar de forma continuada la calidad de los servicios que otros profesionales (véase *Recursos humanos y formación para la salud mental*, módulo en desarrollo por la OMS). También es más probable que estos trabajadores se vean más estimulados por su trabajo gracias a un proceso de desarrollo continuo a lo largo de su carrera profesional y por tanto más motivados a la hora de prestar los servicios. La formación continuada puede vincularse también a la acreditación, al introducir incentivos para que los trabajadores de salud mental mejoren sus habilidades constantemente.

En Australia, las innovaciones han vinculado los mecanismos de calidad a los programas de educación médica continua (Royal Australian College of General Practitioners, 1993). A todos los médicos se les exige que participen tanto en la formación médica continuada como en los programas de control de calidad para poder permanecer registrados en el colegio profesional. Los créditos obtenidos en estas actividades se van sumando, y es obligatorio alcanzar un mínimo determinado en tres años. Se pueden introducir también incentivos económicos, haciendo que los programas de formación acreditados desgraven.

Tarea 4. Mejorar la calidad cuando se deleguen los servicios

Las medidas de calidad deberían estar incluidas en las especificaciones contractuales de los países cuyos servicios de salud mental se deleguen o se contraten. La delegación puede producirse con organizaciones internas, por ejemplo, unidades de hospitalización en el sector de la sanidad pública, o con organismos externos, como organizaciones con ánimo de lucro que prestan servicios específicos.

La delegación ofrece las siguientes ventajas:

- > al seguir los principios de mercado según los cuales varios proveedores de servicios compiten por la contratación de los mismos, el cliente puede beneficiarse de una eficiencia mejorada.
- > se pueden examinar cuidadosamente los objetivos del servicio de acuerdo a los términos específicos de los contratos, poniendo el énfasis sobre los resultados (incluyendo los indicadores de calidad) en lugar de sobre los recursos.

Para sopesar el riesgo de la contratación de servicios y la optimización de las ventajas mencionadas, es esencial que las especificaciones contractuales incluyan medidas sobre la calidad de los servicios de salud mental. El mecanismo preciso para asegurar la implementación de las medidas de calidad depende del tipo de contrato, por ejemplo; contrato cerrado, contrato en el acto, subcontratas o contratos de coste según carga de trabajo (véase *Financiación para la salud mental* para más detalles sobre la delegación).

Además de ofrecer formación continua, el desarrollo profesional continuado es una herramienta esencial para la mejora de la calidad.

Tarea 5. Auditorías

Las auditorías son una herramienta importante que hace uso de los sistemas de información y de los indicadores específicos para evaluar si una faceta particular de la provisión de servicios está a la altura del estándar establecido.

La auditoría difiere de la mejora continua de la calidad en que:

- > una auditoría se lleva a cabo para tratar un aspecto específico del funcionamiento del servicio, habitualmente uno de particular relevancia o interés.
- > en general, ésta se lleva a cabo de manera ocasional en vez de rutinaria.
- > es más probable que implique a consultores y a expertos externos.
- > puede conllevar el uso de varias metodologías.

La auditoría es un complemento importante del proceso general de mejora de la calidad porque puede resaltar las áreas específicas que requieren mejoras proporcionando más detalles acerca de los problemas y de las soluciones potenciales.

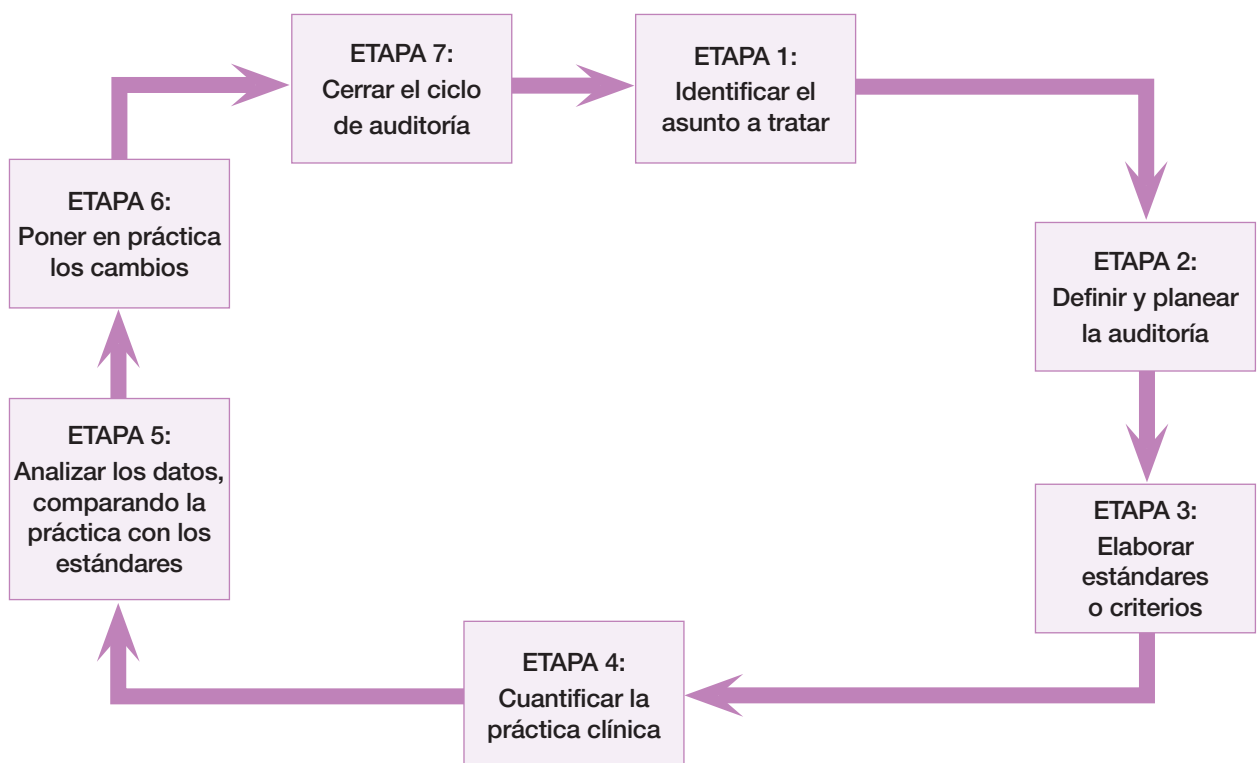
En situaciones en las que hay demandas considerables acerca de los servicios de salud mental, los profesionales pueden percibir las auditorías como amenazantes o punitivas (Louw, 2000). Se ha observado, no obstante, que los profesionales del servicio suelen estar interesados en mejorar su rendimiento y ver si sus actividades marcan la diferencia. Enfocar la auditoría y la evaluación de esta manera y diseñar las auditorías en colaboración con los profesionales implicados ayuda a que éstos intervengan en la puesta en práctica de las reformas y en la participación en auditorías posteriores.

Se han desarrollado varios métodos de auditoría (Mark & Garet, 1997; Yeaman et al., 2000). El método siguiente emplea un ciclo de auditoría de siete pasos (Figura 4).

Existen varios rasgos que diferencian la auditoría de la mejora de la calidad habitual.

Debe tomarse la precaución de implicar a los profesionales en la planificación y puesta en práctica de las auditorías de los servicios.

Figura 4. Etapas en un ciclo de auditoría



Cuadro 12. Ejemplo: auditoría sobre los suministros de medicación psiquiátrica en entornos de atención primaria

Paso 1: Identificar el asunto a tratar

Suministro de medicación psiquiátrica en entornos de atención primaria.

Paso 2: Definir y planificar la auditoría

1. Seleccionar el área de salud para la auditoría. Ej.: cinco centros de salud en un área local.
2. Especificar el periodo. Ej.: la auditoría de la práctica clínica durará un mes.
3. Consultar con los trabajadores de atención primaria implicados para comprobar si estarían preparados para participar en la auditoría. Esta consulta puede incluir el envío de sugerencias por parte de los trabajadores sobre qué áreas del suministro de medicación sería interesante investigar. Esto cumple un doble propósito: incrementar la participación de los trabajadores en la auditoría y proporcionar a los interventores información sobre el terreno.
4. Diseñar un cuestionario anónimo y distribuirlo entre los trabajadores de atención primaria responsables de la administración de la medicación psiquiátrica a las personas con trastornos mentales.
5. Se enumeran a continuación algunas posibles preguntas.
 - ¿Cuántas consultas de personas con trastornos mentales ha tenido durante el último mes?
 - ¿En cuántas ocasiones no dispuso usted de la medicación psiquiátrica requerida por estas personas?
 - ¿Cuáles fueron las medicaciones?
 - ¿Por qué no estaban disponibles las medicaciones?
 - ¿Qué hizo usted cuando vio que las medicaciones no estaban disponibles?
 - Según su opinión clínica, ¿se encontraron soluciones aceptables?
6. Decidir a cuántos trabajadores de atención primaria se les va a dar el cuestionario. Ej.: a todos los trabajadores de los cinco centros de salud seleccionados o a una selección representativa (preferiblemente aleatoria) de trabajadores.
7. Determinar quién será responsable de la distribución y recolección de los cuestionarios y del análisis de los datos.

Paso 3: Elaborar estándares o criterios

En este caso podrían emplearse los formularios de garantía de la calidad de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1994) y fijar un estándar para el suministro de medicación psiquiátrica. Por ejemplo, los formularios especifican que un dispositivo de atención primaria debe poseer un suministro adecuado de las medicaciones psiquiátricas básicas. Se puede obtener información sobre estos tipos básicos de medicamentos de la lista de medicamentos esenciales de los servicios locales o del país, o en la lista de medicamentos esenciales de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1993a).

Paso 4: Cuantificar la práctica clínica

1. Distribuir y recoger los cuestionarios.
2. Resumir y compendiar las respuestas a las preguntas.

Paso 5: Analizar los datos, comparando la práctica con los estándares

1. Sumar el número de veces en que la medicación no estaba disponible y comparar este número con el estándar, esto es, el número de veces en los que la medicación debería haber estado disponible.
2. Recopilar cualquier otro dato relevante del cuestionario que pueda servir para mejorar el suministro de medicación.

Paso 6: Poner en práctica los cambios

1. Dirigirse a la agencia o sector de sanidad responsable del suministro de la medicación y presentarles el informe de la auditoría.
2. Debatir estrategias para mejorar el suministro de medicamentos consultando con sectores relevantes de la agencia o del servicio de salud mental en cuestión. Puede que haya que tratar con la percepción negativa de las reformas y la susceptibilidad hacia el propio proceso de auditoría.

Paso 7: Cerrar el ciclo de la auditoría

Repetir la auditoría seis meses después de que se haya puesto en marcha el plan de mejora del suministro para comprobar si se ha producido una mejora en la prestación de los servicios como resultado de la auditoría inicial.

Algunos temas que podrían ser adecuados para los propósitos de la auditoría son:

- > la tasa de reingresos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tras ser dados de alta de una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- > vías de derivación desde atención primaria a atención secundaria.
- > incidentes críticos en las unidades de hospitalización parcial, o de cuidados intermedios o de pacientes subagudos.

Enfoque de “abajo a arriba” (modelo “BOTTOM-UP”) frente al enfoque de “arriba a abajo” (modelo “TOP-DOWN”).

En la gestión de la mejora de la calidad existe el peligro de que los profesionales se sientan constantemente vigilados, criticados y subestimados. En un contexto estresante de la atención a la salud mental, esto puede conducir a una reducción en la motivación y al desgaste. Siempre que sea posible, por tanto, se empleará un enfoque “de abajo a arriba” para la mejora de la calidad.

Esto implica consultar con los trabajadores de salud mental, los cuidadores y las personas con trastornos mentales en el primer nivel de atención para utilizar sus sugerencias acerca de cómo se podría mejorar la calidad de los servicios. También supone explicar el fundamento y el contexto tras el proceso de mejora de la calidad, demostrando que se puede obtener algo valioso de ello. La dedicación de los trabajadores de salud mental a este proceso es esencial para su éxito.

El aumento de la participación en el proceso de mejora de la calidad puede procurar los siguientes beneficios:

- > Es más probable que los trabajadores de salud mental entiendan las verdaderas condiciones de la atención y que por tanto sea más probable que sugieran soluciones realistas a los problemas asociados a unos cuidados de poca calidad.
- > Los trabajadores de la salud mental que hayan hecho contribuciones al proceso de mejora de la calidad tienen una mayor tendencia a acatar su puesta en práctica.
- > La motivación de los trabajadores de salud mental puede mejorar de manera significativa si se lleva a cabo una auditoría debido a una queja de un trabajador en contacto directo con los clientes y esta queja se investiga por la auditoría. Esto puede conducir a un contexto no culpabilizador por los errores : a los trabajadores se les premia, no se les castiga, por identificar los problemas y los problemas tampoco se ignoran ,ni se culpa de ellos a otras personas (Hart, 1995).
- > Los trabajadores de salud mental a los que se premie por mejorar la calidad tienen una mayor tendencia a seguir mejorando la calidad de los servicios en el futuro.

Es muy probable que consultar con los trabajadores de salud mental durante el proceso de mejora de la calidad en lugar de imponerles medidas produzca varios beneficios.

Esto implica que el desarrollo de la calidad debe centrarse también en reforzar la gestión de recursos humanos en todos los niveles de los servicios de salud mental. Es probable que unos trabajadores satisfechos tengan a su vez usuarios satisfechos (es decir, las personas con trastornos mentales). Esto exige el desarrollo adecuado de la contratación, formación, retentiva, gestión, y liderazgo del personal y de un desarrollo profesional continuado (véase Recursos humanos y Formación para la salud mental, módulo en desarrollo por la OMS).

La introducción de la gestión de la calidad, como cualquier otro tipo de reforma organizativa, tardará un tiempo en ponerse en marcha y puede encontrarse con la resistencia de los gestores de los servicios y de los trabajadores. La consulta continua con todas las partes interesadas relevantes y la constitución de la mejora de la calidad como un proceso de aprendizaje en lugar de un proceso crítico puede conducir con bastante probabilidad a mejoras a largo plazo (Hermann et al., 2000).

Puntos clave: Paso 5. Integrar la mejora de la calidad en la gestión y la prestación de los servicios

Aparte del uso de estándares y procedimientos de acreditación para hacer un seguimiento de los servicios, es esencial que estos servicios continúen mejorando la calidad de sus atenciones. La mejora continua de la calidad es un proceso de esfuerzo constante por alcanzar una calidad óptima. Esto puede lograrse por los siguientes medios:

- organizando revisiones anuales de la calidad de los servicios.
- incluyendo las comprobaciones de la calidad en los objetivos de la planificación de los servicios.
- incorporando la mejora de la calidad a la práctica clínica mediante prácticas basadas en evidencias, directrices de práctica clínica, trabajo en equipo y desarrollo profesional continuo.
- mejorando la calidad cuando se deleguen los servicios.
- auditorías.

Paso 6. Considerar la reforma sistemática para la mejora de los servicios

Además de la gestión progresiva y de la mejora continua de la calidad de los servicios (Paso 5), la evaluación de un servicio de salud mental puede poner de relieve la necesidad de una reforma sistemática o de una mejora de los servicios. Este paso podría requerir una planificación organizada y la coordinación de varios sectores.

Los detalles de cómo se puede lograr una reforma varían de manera significativa entre países y están más allá del alcance de este documento. En términos generales, la reforma de los servicios de salud mental debería implementarse mediante la consulta local entre todas las partes implicadas relevantes. Se ofrece más información sobre este asunto en los siguientes módulos: *El contexto de la salud mental, Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Política, planes y programas sobre salud mental y Planificación y elaboración de presupuestos para la provisión de servicios de salud mental.*

Ejemplos de reforma de servicios o mejora sistemática son:

- > pasos hacia la consecución de metas particulares en la mejora de los servicios, como la reducción de los servicios hospitalarios y el desarrollo de servicios comunitarios
- > mejora de los derechos de las personas con trastornos mentales en las instituciones psiquiátricas

En el caso de reformas a gran escala, como el paso del modelo institucional al modelo comunitario, lo más adecuado es emplear un enfoque sistemático (Thorncroft & Tansella, 1999). Esto implica llevar a cabo la reforma organizativa antes que la reforma institucional. Los hospitales están integrados en el proceso de reforma y creación de los servicios comunitarios (Lesage, 1999). En el pasado, las reformas se han llevado a cabo sin apenas tener en cuenta a los profesionales y a los pacientes con trastornos mentales que permanecían en los hospitales, y los profesionales se sentían a menudo impotentes ante la falta de reconocimiento, la estigmatización por parte del movimiento comunitario y la falta de formación y transferencia de la información. La necesidad de incluir a la plantilla del hospital en el proceso de transformación forma parte del enfoque sistemático y no de un enfoque de planificación segmentado. Las ventajas son las siguientes:

- > Permite la planificación de las necesidades de la población como un todo en lugar de las necesidades de la población institucionalizada, es decir, las personas con trastornos mentales.
- > Una transformación rigurosa de los servicios tiene más probabilidades de conducir a un cambio real que reduzca la dependencia de las personas con trastornos mentales de los servicios de salud mental.
- > Gracias a este enfoque más meticuloso y sistemático es más probable que los recursos se trasladen junto con los pacientes desde la institución hacia la comunidad.

Modelos como el de la “organización que aprende” han resultado útiles para conceptualizar el cambio continuo que experimentan los servicios de salud mental (Birlleson, 1998). El modelo es adecuado para los servicios de salud, cuyos empleados son profesionales debidamente formados a quienes se les exige que se adapten y se preocupen más por mejorar los resultados. En el Cuadro 13 se proporcionan algunos ejemplos de reformas en los servicios de salud mental en países específicos.

Basándose en los pasos anteriores, puede ser necesario llevar a cabo la reforma sistemática de ciertos aspectos del servicio.

En el caso de reformas a gran escala, como el paso del modelo institucional al modelo comunitario, un enfoque sistemático es el más adecuado.

Modelos como el de la “organización que aprende” han resultado útiles para conceptualizar el cambio continuo que experimentan los servicios de salud mental.

Cuadro 13. Ejemplos de países: Reformando los servicios de salud mental

En Estonia, la reforma de los servicios de salud mental precisó el desarrollo de varias áreas. Estos desarrollos incluyen: la creación de la Asociación Psiquiátrica de Estonia en 1989, la creación del Centro de Servicios Mentales (cuyo objetivo es evaluar la rehabilitación psiquiátrica) en Tartu en 1993, la formación de la Agencia Estonia de Rehabilitación Psicosocial y la Agencia Estonia de Apoyo a los Pacientes Psiquiátricos en 1994, así como la aprobación de la Ley sobre Salud Mental en 1996. Las actividades orientadas a obtener experiencia internacional para la formación de médicos y planificadores de servicios han ayudado aún más en los esfuerzos de reforma. En 1998, un grupo de trabajo compuesto por representantes de varias categorías profesionales, agencias e instituciones, diseñó un documento perfilando un programa sobre salud mental que fue aprobado por el Ministerio de Asuntos Sociales. El objetivo principal del programa era mejorar la calidad de vida de las personas que necesitaban la asistencia de servicios de salud mental. Se diseñaron planes para promover la calidad de los servicios sociales y de rehabilitación, optimizando y desarrollando la red de proveedores de servicios y poniendo estos servicios públicos a disposición del grupo objetivo. La reforma continúa, y hay planes para ir reintegrando gradualmente en la comunidad a unas 3.000 personas que están en instituciones de bienestar social y que sufren problemas de salud mental de larga duración a un ritmo de cerca del 10% al año. Se han aprobado presupuestos estatales para procurar alojamientos adecuados (Pavel & Sarjas, 1999).

En Rumanía, tanto los profesionales de la salud mental como los no profesionales, viendo la pasividad del gobierno en la planificación de la salud mental, fundaron la Liga Rumana para la Salud Mental en 1990. Este órgano ha estado involucrado en todos los pasos que han llevado a la reforma de la salud mental. En 1998 se formuló el Programa Nacional de Salud Mental. En 1999, una mayoría de los psiquiatras reformistas fueron elegidos para formar parte de la asamblea nacional de la Asociación Psiquiátrica Rumana. En 2000 se llevó a cabo una auditoría sobre salud mental en Rumanía, a cargo de expertos de la OMS. En 2001, se aprobó una nueva ley sobre salud mental de acuerdo con las normativas europeas. El apoyo de la OMS fue crucial durante este largo proceso de reforma legislativa (B. Tudorache, comunicación personal, 2002).

Puntos clave: Paso 6. Reforma sistemática para la mejora de los servicios

- La evaluación de la calidad de los servicios de salud mental puede poner de relieve la necesidad de una reforma o de una mejora sistemática. Este paso requiere el esfuerzo organizado y coordinado de varios sectores.
- Para reformas a gran escala, como la transformación de un sistema institucional a uno comunitario, se ha demostrado que un enfoque sistemático es el más beneficioso.

Paso 7. Revisar los mecanismos de calidad

Una vez los indicadores de calidad estén en marcha, éstos deben revisarse con menor frecuencia que los servicios, que se revisan anualmente. Una revisión de los indicadores se puede llevar a cabo al mismo tiempo que se revisan los objetivos de los servicios en el nivel local, esto es, en periodos de entre cinco y ocho años (véase el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la Prestación de servicios de salud mental*).

La revisión de los indicadores de calidad es necesaria para actualizarlos con la evidencia sobre los métodos más efectivos de mejora de la calidad. Por tanto, los gestores de los servicios de salud mental o los responsables de mejora de la calidad deberían mantenerse siempre bien informados y al día acerca de las investigaciones y avances en garantía de la calidad, mejora de la calidad y gestión de la calidad.

Aquellas partes de la organización del servicio a quienes se haya otorgado la responsabilidad de la calidad llevarán a cabo este proceso. Entre los posibles encargados están:

- > el grupo de trabajo responsable de la elaboración de los estándares.
- > comités o juntas responsables de la acreditación de servicios o dispositivos.
- > individuos u organismos responsables del seguimiento de la calidad de los servicios, incluyendo organizaciones independientes...
- > gestores de servicios y trabajadores de la salud mental implicados en la mejora continua de la calidad o en la gestión de la calidad

Deben mantenerse los vínculos con los avances en los sistemas de información siempre que sea posible para asegurar que se utilice toda la información disponible en la evaluación de la calidad y que los sistemas de información recopilen datos que sean adecuados para asegurar unos cuidados de calidad satisfactoria (véase *Sistemas de información para la salud mental, módulo en desarrollo por la OMS*).

La formación continua de los gestores y de los trabajadores de salud mental en la provisión de servicios de calidad es esencial para mantener la inercia de las iniciativas de mejora de la calidad una vez estén en marcha. El desarrollo de la mejora de la calidad es un proceso continuo, en el cual el servicio de salud mental trata siempre de mejorar su efectividad y eficiencia.

Es necesario revisar los mecanismos de calidad para actualizarlos con la evidencia sobre los métodos de mejora de la calidad más efectivos.

3. Obstáculos y soluciones

Existen numerosos obstáculos a la mejora de la calidad en los servicios de salud mental. No obstante, se pueden encontrar soluciones a la mayoría de los problemas (Tabla 3).

Tabla 3. Mejora de la calidad: obstáculos y soluciones

Barreras	Soluciones
Falta de información y carencia de sistemas de datos para hacer un seguimiento de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Recopilar la información disponible. - Llevar a cabo encuestas, auditorías y formar grupos de discusión para asuntos específicos. - Crear sistemas de información, dentro de los límites presupuestarios, concentrándose en datos esenciales fáciles de obtener.
Insuficiente divulgación o aplicación de los nuevos conocimientos médicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar y divulgar información sobre los conocimientos clínicamente demostrados. - Apoyar la puesta en práctica de innovaciones basadas en conocimientos clínicos. - Reformar los programas de formación y de desarrollo profesional continuo según la evolución de los conocimientos clínicos. - Crear guías clínicas.
Falta de adecuación entre las prioridades de planificación y los mecanismos económicos con los objetivos de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Presionar para realizar cambios en las políticas que permitan reformar los mecanismos de planificación y financiación. - Movilizar a los grupos de apoyo para que respalden la reforma. - Identificar las áreas en las que se podrían vincular las prioridades en la planificación y los mecanismos económicos a los objetivos de la calidad. - Desarrollar iniciativas de gestión de la calidad para demostrar los beneficios de la mejora de la calidad.
Desarrollo y formación inadecuados de la plantilla	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar sistemáticamente las necesidades de recursos humanos y desarrollo. - Proporcionar desarrollo profesional continuo a la plantilla actual. - Reformar los currículos, las instituciones de formación y los criterios de admisión para personal en prácticas - Proveer un adecuado apoyo, reconocimiento y compensación a los profesionales

4. Recomendaciones y conclusiones

Este módulo ha presentado unas guías prácticas para (1) la orientación de políticas hacia los objetivos de mejora de la calidad y (2) el subsiguiente desarrollo de varios mecanismos de mejora de la calidad. Estos mecanismos incluyen la elaboración de estándares y procedimientos de acreditación, el seguimiento de los servicios, la mejora continua de la calidad, la reforma sistemática de los servicios y las revisiones periódicas de los mecanismos de calidad.

Los países deberían adaptar estas recomendaciones de acuerdo con sus circunstancias y necesidades particulares. Se pueden ofrecer recomendaciones específicas de acuerdo con el nivel de desarrollo de la calidad en los servicios de salud mental de cada país.

- > En países con pocos o ningún mecanismo o política de calidad, el primer paso es orientar la política existente de manera que se facilite la mejora de la calidad y no se la entorpezca (Paso 1). Una vez la política esté en vigor, es esencial la elaboración de un conjunto de estándares que permitan evaluar los servicios existentes (Paso 2).
- > En países cuya política es coherente con los objetivos de mejora de la calidad y que ya disponen de un conjunto de estándares, el siguiente paso es la creación de procedimientos para acreditar los servicios (Paso 3). Los estándares y los procedimientos de acreditación se emplearán más tarde para controlar y evaluar los servicios (Paso 4).
- > En países que dispongan de políticas, estándares, procedimientos de acreditación y sistemas de seguimiento de la calidad, la atención a la salud mental puede mejorarse aún más mediante los métodos de mejora continua de la calidad (Paso 5).

Mejorando la calidad de los servicios, los países pueden incrementar la probabilidad de obtener resultados que reflejen los deseos y aspiraciones de las personas tratadas. Los fines últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporcionen los mejores cuidados basados en la evidencia disponible y mejorar su autoconfianza y su calidad de vida.

Los países deberían adaptar estos consejos según sus circunstancias y necesidades particulares.

Anexo 1. Glosario de términos

Calidad / El grado en el que los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la probabilidad de resultados de salud deseables y la medida en que estos son coherentes con el conocimiento profesional actual (Institute of Medicine, 2001).

Control de calidad / Actividades encaminadas a asegurar la calidad de los cuidados en un entorno o programa determinado.

Estándares / Declaraciones normativas y cualitativas sobre lo que constituye una atención a la salud mental aceptable y adecuada (Lund et al., 1998).

Evaluación de la calidad / La medida del método o práctica utilizada o su comparación con un estándar aceptado para determinar el nivel o grado de calidad.

Gestión de la calidad / Un esfuerzo continuo e ininterrumpido para evaluar y mejorar la calidad de los servicios, logrando una mejora continua de todas las actuaciones de la organización en cuestión.

Indicador de rendimiento / Un tipo de indicador que mide un determinado aspecto del rendimiento del servicio. Por ejemplo, el porcentaje de personas dadas de alta de los dispositivos hospitalarios y que reciben atención ambulatoria en los siguientes siete días, es un indicador de rendimiento que refleja la continuidad de los cuidados (un aspecto importante de la calidad).

Indicadores / Variables que indican o resumen una situación dada y que pueden utilizarse para evaluar cambios (Green 1999; Thornicroft & Tansella, 1999).

Input (“recurso”) / Los recursos que se proporcionan al servicio de atención a la salud mental. Los términos “input” y “recursos” se emplean indistintamente en este documento.

Mejora de la calidad / Un proceso de esfuerzo continuo por lograr un rendimiento mejorado que comprende la identificación de problemas, el ensayo de soluciones y el seguimiento de las soluciones de manera continuada.

Proceso / La manera en que se prestan los servicios de salud mental, o aquellas actividades que tienen lugar para prestar los servicios de salud mental (Thornicroft & Tansella, 1999).

Recursos (“resources”) / Elementos a disposición del servicio de salud mental, incluyendo camas, instalaciones, personal (recursos humanos), medicinas y vehículos.

Resultados / Los cambios en la funcionalidad, la morbilidad y la mortalidad de las personas con trastornos mentales como consecuencia de la intervención de los servicios, incluyendo posiblemente la medida de satisfacción de los usuarios con dichos servicios.

Servicio integrado de medicina general / Un servicio de salud general en el que la atención a la salud mental es un componente más dentro de un conjunto de diversos servicios sanitarios. En este sentido, la atención a la salud mental está incorporada en la infraestructura de los servicios de medicina general.

Anexo 2. Guías clínicas que pueden ser empleadas como referencia por los países para el desarrollo de un servicio de salud mental

- Essential treatments in psychiatry (World Health Organization, 1993b).
- Cochrane Database of Systematic Reviews (1996)
(<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Scottish Office, 1999).
- Reviews of pharmacotherapies, medication practice and the evolution of clinical guidelines for schizophrenia (Buckley et al., 1999).
- American Psychological Association guidelines.
(<http://www.psychcentral.com/txmanul.htm>).
- Centre for evidence-based mental health. <http://www.cebmh.com>.
- Canadian Psychiatric Association. <http://www.cpa-apc.org>.
- United States Agency for Health Care Policy and Research (ahora denominada Agency for Health Research and Quality). <http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm>.

Anexo 3. Ejemplo de país: acreditación de las comunidades terapéuticas en Chile

*Aprobación de las normativas aplicables
a las instituciones que proporcionen rehabilitación
en comunidades terapéuticas para personas
dependientes de sustancias psicoactivas*

No. 2298

Santiago, 10 de Octubre de 1995

Considerando las provisiones de los artículos 129 y 130 del Código Sanitario, Decreto del Ministerio de Salud No. 725 de 1968, según la ley vigente y;

Teniendo en consideración las facultades que me han sido concedidas en virtud del artículo 32.8 de la Constitución, por la presente hago público el siguiente

DECRETO

Aprobando las siguientes normativas aplicables a instituciones que proporcionen rehabilitación en comunidades terapéuticas para personas dependientes de sustancias psicoactivas.

Párrafo I

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1º: Para los propósitos de este artículo, una comunidad terapéutica se define como una institución que proporciona servicios de rehabilitación para personas dependientes de sustancias psicoactivas mediante un régimen residencial a largo plazo o mediante tratamiento ambulatorio.

El método de tratamiento tendrá como fundamento la puesta en práctica, por parte de familiares, antiguos adictos y especialistas, de una amplia variedad de actividades, en las que se combine la rehabilitación individual, la autoayuda y las actividades psicosociales diseñadas con el objetivo de lograr la rehabilitación y la reinserción en la sociedad de las personas dependientes.

Artículo 2º: La comunidad terapéutica aceptará a personas que consuman y/o sean dependientes de sustancias psicoactivas y que decidan voluntariamente incorporarse a un programa de rehabilitación.

El método de rehabilitación deberá satisfacer los siguientes requisitos.

- > Se elaborará un registro actualizado acerca del tratamiento y progreso del toxicómano o persona drogodependiente.
- > El programa de rehabilitación será lo suficientemente flexible para adaptarse a las circunstancias del abuso o dependencia de la persona que desee hacer uso de los servicios del programa, teniendo en consideración:
 - a) el tipo de sustancia de consumo.
 - b) la naturaleza y severidad de las alteraciones mentales y físicas ocasionadas.
 - c) las opiniones de los responsables del programa y de la persona en tratamiento, recopiladas por un sistema de evaluación del programa de rehabilitación.

- d) la existencia de normas específicas para el tratamiento, dependiendo de las necesidades de la persona dependiente.
- e) la existencia de un sistema rápido de derivación al especialista y a servicios médicos de emergencia.

Párrafo II

INSTALACIONES Y DISPOSITIVOS

Artículo 3º: Las instalaciones donde se lleven a cabo las actividades del programa de rehabilitación deben satisfacer los requisitos de higiene y seguridad de todas las personas que participen en el programa, así como del personal responsable de la rehabilitación.

Dependiendo de si el tratamiento es residencial o ambulatorio, los establecimientos deberán poseer:

- servicios de aseo y lavabo.
- salas de estar.
- áreas para almacenar residuos sólidos.
- áreas para el trabajo en grupo.
- salones.
- áreas de recepción o acogida.
- áreas de ocio.

Los edificios de una comunidad terapéutica que proporcionen rehabilitación residencial deberán proveer a los pacientes habitaciones, un comedor y una cocina, así como un área privada para el almacenaje de sus posesiones.

Párrafo III

AUTORIZACIÓN PARA CREAR Y DIRIGIR COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Artículo 4º: La autorización para crear comunidades terapéuticas sujetas a estas normativas será concedida por el Coordinador o Director de los servicios de salud en cuya área estén localizadas, quien además será responsable de inspeccionarlas.

La autorización será válida por tres años, al final de los cuales será renovada automáticamente en periodos sucesivos de igual duración, a menos que existan razones justificadas para la cancelación por decisión de la administración del servicio de salud.

Todo cambio en las instalaciones físicas o en los objetivos y campos de acción de la institución, y toda decisión de transferirlas a otro establecimiento requerirán la autorización del servicio de salud pertinente.

Artículo 5º: Las comunidades terapéuticas se establecerán sólo en instalaciones independientes y adecuadas. Para optar a la aprobación, los candidatos deberán enviar una solicitud junto con los siguientes documentos e información:

- a) localización y nombre de la institución.
- b) identidad de su representante legal.
- c) documentos que atestigüen la posesión de las instalaciones o el derecho a utilizarlas.

- d) los objetivos, campos de acción y descripción del programa de rehabilitación sobre los cuales el establecimiento pretende operar.
- e) un plano o croquis mostrando la localización y propósito de cada parte de las instalaciones.
- f) copias de los planos mostrando el diseño de las instalaciones de la red eléctrica, del agua potable, el gas y la seguridad.
- g) detalles sobre la capacidad del programa para admitir a personas que sufran de alcoholismo o dependencia de cualquier otra sustancia psicoactiva.

Artículo 6°: Las solicitudes enviadas a la autoridad sanitaria para su autorización serán examinadas por profesionales especializados en el campo que pertenezcan a la oficina o departamento del Servicio de Salud designados por el Director, quien enviará el informe, después de haber visitado las instalaciones y examinado los componentes del programa, en los 30 días hábiles posteriores al cumplimiento de todas las formalidades necesarias a efectuar por el solicitante.

Sobre la base de ese informe, el Director del Servicio decidirá si aprueba la creación de la comunidad terapéutica o lo rechaza, en cuyo caso se expondrán las razones para ello.

Si, una vez expirado el periodo especificado en el primer párrafo de este artículo, el Servicio no ha tomado una decisión, se considerará que el establecimiento ha sido aprobado.

El cierre temporal programado de las instalaciones del establecimiento o su cierre permanente por razones voluntarias o por circunstancias inevitables deberá comunicarse a la administración del Servicio de Salud.

Párrafo IV

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN TÉCNICA

Artículo 7°: Cada institución será libre de decidir su organización interna sin restricción alguna, sujeta a la adopción de un sistema de registro e información estadística que al menos incluya:

- a) un registro de ingresos y altas.
- b) expedientes individuales que contengan información actualizada sobre la rehabilitación de cada persona.
- c) expedientes de seguimiento de las personas que han completado el tratamiento o hayan sido derivadas.
- d) un informe de evaluación final.

Artículo 8°: La gestión técnica de cada instalación será responsabilidad de un profesional con al menos tres años de experiencia en rehabilitación, quien deberá estar disponible de manera permanente y que será inmediatamente reemplazado por otro profesional, experto o especialista con experiencia similar en caso de ausencia o incapacidad para realizar sus funciones.

El administrador será el responsable de todos los aspectos técnicos y administrativos de la institución, y velará por el correcto funcionamiento del equipo, programas de trabajo e instalaciones necesarias para asegurar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado. Esta persona deberá también velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos por parte de los empleados.

Las responsabilidades del administrador incluirán:

- a) relacionarse con las autoridades sanitarias.
- b) valorar el rendimiento de los programas de rehabilitación.
- c) recopilar datos e información estadística.
- d) supervisar la higiene de los empleados y de las instalaciones.
- e) hacer un seguimiento de la comida.
- f) el saneamiento y eliminación de desechos.
- g) las medidas de seguridad.

Artículo 9º: Toda información estadística o clínica relativa a los residentes o personas tratadas en la comunidad terapéutica deberá tener carácter confidencial y estará sujeta al secreto profesional.

El administrador técnico de la institución será el único autorizado a proporcionar o permitir la divulgación de dicha información ante la autoridad judicial y otras instituciones autorizadas por la ley que la soliciten.

En lo que se refiere a otras instituciones, la información sólo puede proporcionarse por petición de la persona en cuestión o en forma de estadísticas globales que no permitan la identificación de individuos.

Párrafo V

PERSONAL

Artículo 10º: La institución deberá emplear al personal suficiente y necesario para llevar a cabo sus programas de tratamiento y rehabilitación adecuada y permanentemente.

Artículo 11º: Toda persona que trabaje directamente con otras personas en rehabilitación para contribuir a su tratamiento, como se describe en el artículo 1, y para ayudarles a llevar a cabo las actividades planeadas para ellos por el programa o tratamiento, será considerada como asistente en el tratamiento contra la drogadicción.

Dicho personal debe proporcionar evidencias de haber finalizado como mínimo el segundo año de educación de grado medio y de tener al menos tres años de experiencia en actividades similares en la misma institución u otra similar, certificado por el Director y aprobado por un servicio de salud.

Párrafo VI

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Artículo 12º: Una vez admitidas en la institución, las personas que se sometan al tratamiento tendrán derecho a un programa individual de rehabilitación que exponga las metas, objetivos y plazos y que puede incluir trabajo remunerado o de otra clase, incluso si no se acordase en principio con el paciente, si él o ella lo desea.

Ninguno de estos programas interferirá en la continuación o seguimiento de otros tratamientos médicos necesarios, independientemente de que estén o no relacionados con la drogodependencia o de si se proveen dentro o fuera de la comunidad terapéutica.

Los pacientes y sus familiares tendrán derecho a la información sobre la naturaleza y contenido del programa de rehabilitación, sus posibles beneficios y riesgos, así como de las razones para que el paciente siga siendo atendido, si se requiere.

Artículo 13°: Los pacientes sometidos a tratamiento tienen derecho al respeto de su intimidad. Por tanto, no serán objeto de ninguna grabación de sonido, video o fotografía sin su consentimiento. Si se efectúa alguna grabación con su consentimiento, su uso posterior para la enseñanza, la investigación, publicidad o cualquier otro fin debe contar también con su consentimiento previo.

Toda la correspondencia y efectos personales de las personas sometidas a tratamiento serán privadas.

Artículo 14°: Todos los pacientes residentes tendrán derecho a actividades e instalaciones para el ocio.

Tendrán también acceso a instalaciones donde se asegure su privacidad, si así lo desearan, dependiendo de las circunstancias y recursos del programa de rehabilitación.

Artículo 15°: El derecho de los pacientes a decidir libremente si continúan o no con la participación en el programa de tratamiento debe ser respetado.

No se podrá obligar a las personas a permanecer en régimen residencial contra su voluntad a menos que la autoridad judicial así lo disponga o se especifique mediante un certificado médico, en cuyo caso no podrán ser retenidos por más de 24 horas.

Artículo 16: Las personas sometidas a tratamiento tienen el derecho a expresar su desacuerdo con el programa de rehabilitación o sus métodos a las autoridades de la institución o ante jurados de primera instancia de la manera apropiada.

Se adoptará un procedimiento formal por escrito para este propósito, y estará disponible para los pacientes y sus familiares.

PARA EL REGISTRO, REVISIÓN, PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL
E INCLUSIÓN EN LA COMPILACIÓN DE NORMATIVAS DE LA OFICINA
DEL CONTROLADOR-GENERAL DE LA REPÚBLICA

(Firmado)
EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

(Firmado)
CARLOS MASSAD A.
Ministro de Salud

Enmienda al Decreto Supremo
del Ministerio de Salud No. 2298 de 1995
aprobando las normativas aplicables a instituciones
que proporcionen rehabilitación en comunidades terapéuticas
para las personas dependientes de sustancias psicoactivas

No. 225

Santiago 27 de Abril de 1998

Considerando las provisiones de los artículos 129, 130 y 112, párrafo segundo del Código Sanitario, Decreto del Ministerio de Salud No. 725 de 1968, según la ley vigente y;

Teniendo en consideración las facultades que me han sido concedidas en virtud del artículo 32.8 de la Constitución, por la presente hago público el siguiente

DECRETO

Aprobando las siguientes enmiendas al Decreto Supremo del Ministerio de Salud No. 2298 de 1998, publicado en el Diario Oficial de Febrero de 1996:

1. El título del decreto se enmienda por la presente a:

Normativas sobre instituciones que proporcionen rehabilitación a personas dependientes de sustancias psicoactivas en comunidades terapéuticas y regulación de la profesión del especialista en rehabilitación de personas drogodependientes.

2. El siguiente tercer párrafo se añadirá al artículo 4º, mientras que el actual tercer párrafo pasa a ser el cuarto:

No obstante, tres meses antes de la expiración de cada periodo de tres años, las autoridades sanitarias inspeccionarán la institución con el propósito de determinar si ésta sigue cumpliendo con los requisitos operacionales para tal institución y dispondrán cualquier condición necesaria, determinando también un plazo aceptable el que la institución deberá cumplirla.

3. En el artículo 5º, subpárrafo f), después de la palabra “planes”, insertar las palabras “o diseños”.
4. En el artículo 7º, subpárrafo d), el último punto final se reemplazará por una coma y se añadirán las palabras “en el momento del alta”.
5. El artículo 8º será enmendado como sigue:

- a) El primer párrafo se sustituirá por el siguiente:

Artículo 8º: La administración técnica de cada institución será responsabilidad de un profesional de la salud o de otro profesional o especialista en rehabilitación psicosocial de personas drogodependientes, con un mínimo de tres años de experiencia en rehabilitación en este área; esta persona desarrollará sus funciones a jornada completa y deberá ser reemplazado de manera inmediata por otro especialista, técnico o experto de experiencia similar cuando se encuentre ausente o no pueda llevar a cabo sus funciones. El servicio de salud correspondiente deberá ser informado de cualquier cambio en la administración técnica en un plazo de 30 días.

- b) En el subpárrafo d) del tercer párrafo se debe borrar “supervisión de”.

6. En el artículo 10º, el último punto y final se reemplazará por una coma y se añadirán las siguientes palabras:

“que incluirá al menos a un especialista en la rehabilitación de personas drogodependientes.”

7. El artículo 11º se reemplazará por el siguiente artículo y se añadirán los artículos 12º y 13º (ver más abajo):

Artículo 11º: Un especialista en la rehabilitación de personas que sufran de drogodependencia, en adelante “especialista en rehabilitación”, será la persona directamente implicada en la rehabilitación de personas dependientes de sustancias psicoactivas con el propósito de contribuir al tratamiento relevante mediante terapias comunitarias y, de manera adecuada y permanente, ayudarles a llevar a cabo las actividades planeadas como parte del programa de rehabilitación.

Artículo 12º: Un especialista en rehabilitación que ejerza en instituciones públicas y privadas tendrá las siguientes funciones:

a) Reclutamiento, entrevistas individuales y dirección de grupos como parte del proceso de rehabilitación de personas drogodependientes o con problemas graves ocasionados por el consumo de drogas bajo la supervisión del director técnico de la comunidad terapéutica.

b) Ayudar a las personas drogodependientes o con problemas graves ocasionados por el consumo de drogas a que lleven a cabo las actividades planeadas por cada programa individual de rehabilitación según las indicaciones de:

- un especialista psiquiátrico o
- un profesional de la salud que ejerza en la instalación sanitaria o que sea miembro de un equipo multidisciplinar reconocido para el tratamiento de las personas con drogodependencia o
- el equipo de tratamiento de la comunidad terapéutica, incluyendo al director técnico.

Cuando comience el programa de rehabilitación individual, debe llevarse a cabo una consulta médica durante la etapa de evaluación y preparación para determinar el estado de salud del paciente.

Si el paciente sufre de algún otro trastorno de salud, general o mental, la forma y conveniencia de tratarle deberá determinarse consultando con el médico que atendió al paciente o, en su defecto, con un médico especialista y la decisión será tomada por el paciente o sus parientes.

c) informar a la persona drogodependiente y a sus familiares de la naturaleza y contenido del programa de rehabilitación y de los riesgos y beneficios esperados, así como las razones de su cancelación si esta se produjese.

d) Solicitar el consentimiento de la persona drogodependiente para elaborar un registro mediante grabación de sonido o vídeo o la toma de fotografías de las diferentes etapas de su tratamiento en la institución y su permiso para utilizar este registro para la enseñanza, investigación, publicidad u otros propósitos.

e) Organizar actividades educativas para personas saludables o con riesgo de drogodependencia y en especial para los familiares de las personas en rehabilitación con el propósito de evitar el consumo de drogas y la promoción de la salud mental.

Artículo 13°: Para poder ejercer como especialista en rehabilitación será necesario obtener el título de especialista en rehabilitación, concedido por una institución estatal de enseñanza superior reconocida.

Las personas que carezcan de esta titulación podrán ejercer esta función siempre que hayan obtenido la autorización previa por parte del Servicio de Salud.

A este fin, el candidato deberá presentar la siguiente documentación a la Oficina de Servicios de Profesiones Médicas y Paramédicas de Salud Mental:

- a) un certificado de la finalización del cuarto año de educación intermedia.
- b) el certificado de un empleado de una institución para la rehabilitación de drogadictos aprobada por el Servicio de Salud declarando a favor de sus aptitudes.

Las habilidades mínimas requeridas que se exigen a un especialista en rehabilitación incluyen el conocimiento básico de las siguientes materias: las características y efectos sobre los seres humanos de las sustancias psicoactivas más comunes consumidas por la población nacional, las consecuencias de la abstinencia y la sobredosis en las personas dependientes, los trastornos físicos y mentales más comúnmente asociados al consumo y dependencia de dichas sustancias y las manifestaciones más comunes y obvias para un no especialista, los factores específicos del desarrollo psicológico o asociados a las condiciones de vida de la familia, en la escuela y en el entorno social y cultural inmediato de la persona más frecuentemente asociados con el consumo de drogas y la dependencia de la población chilena, la existencia de instalaciones de salud médicas y especializadas en el área local para personas con dependencia a sustancias así como el conocimiento básico de medicamentos que podrían emplearse para tratar a estas personas. Además, los especialistas en rehabilitación deberían poseer o adquirir las siguientes técnicas: habilidades que permitan y faciliten la comunicación interpersonal basándose en la verdad, la confianza mutua, el reconocimiento y la expresión de los sentimientos, la habilidad de desarrollar un sentido de la responsabilidad y de ética en el trabajo, la capacidad de desarrollar un sentido de responsabilidad para con la salud de uno mismo y de solidaridad para con los que sufren, la habilidad de demostrar firmeza con las personas que se retractan de su palabra y emplear técnicas de trabajo en grupos pequeños. Todas estas técnicas y habilidades se demuestran más fácilmente en la práctica que de manera abstracta y teórica.

El servicio de salud en cuestión podría añadir más requisitos para asegurar que los especialistas mejoran el rendimiento en sus tareas.

Si el servicio de salud no está satisfecho con que el candidato pueda proporcionar evidencia de que es capaz de cumplir con los requisitos que se exigen a un especialista en rehabilitación., se le puede pedir que haga un examen de aptitud ante un comité compuesto por expertos en el campo y con experiencia de trabajo en comunidades terapéuticas con personas drogodependientes. El comité deberá incluir a un médico licenciado con formación en psiquiatría y salud mental. Con este fin, el servicio de salud deberá fijar la fecha, hora y lugar del examen, que deberá llevarse a cabo en los 180 días posteriores al envío de la solicitud.

8. La numeración existente de los párrafos 12°, 13°, 14°, 15° y 16° deberá reemplazarse por 14°, 15°, 16°, 17° y 18° respectivamente, y el segundo párrafo del nuevo párrafo 14° deberá ser reemplazo por lo siguiente:

El programa no deberá impedir la administración o continuación de ningún tratamiento considerado necesario para otras enfermedades, estén o no relacionadas con la drogodependencia y diagnosticadas dentro o fuera de la comunidad terapéutica.

9. Se añadirá el siguiente artículo:

Artículo 19°: Cualquier infracción de las provisiones de estas normativas será castigada de acuerdo al Volumen Diez del Código de Salud.

10. Se insertará el siguiente artículo transicional:

Artículo transicional: Las personas que estén desarrollando las tareas descritas en el artículo 12° y a las cuales se puedan aplicar estas normativas y que carezcan de la acreditación mencionada en el artículo 13° deberán regularizar su situación en los seis meses posteriores a la publicación de estas normativas en el Diario Oficial.

PARA EL REGISTRO, REVISIÓN, PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL E INCLUSIÓN
EN LA COMPILACIÓN DE NORMATIVAS DE LA OFICINA DEL CONTROLADOR-GENERAL
DE LA REPÚBLICA

(Firmado)
Eduardo Frei Ruiz-Tagle
Presidente de la República

(Firmado)
Fernando Muñoz Porras
Subsecretario de Salud

*Oficina del Controlador-General
de la Sección Legal de la República*

*Clarificación del Decreto No. 225 de 1998
del Ministerio de Salud, en anexo*

Santiago, 22 de Mayo de 1998

No. 018051

La Oficina del Controlador General de la República ha examinado el documento arriba mencionado, enmendando el Decreto Supremo del Ministerio de Salud No. 2298 de 1995 acerca de las instituciones que proveen rehabilitación a las personas dependientes de sustancias psicoactivas y de la regulación de la profesión del especialista en rehabilitación de personas drogodependientes, para verificar que se somete a la ley.

A pesar de lo anterior, la Oficina desea aclarar que las normativas de dicho instrumento administrativo regulando la profesión en cuestión no se aplican a las personas que hayan recibido el título de especialista en rehabilitación al completar un curso de estudio en una facultad profesional o en un centro de formación técnica u otra organización de educación superior oficialmente reconocida, siempre que, como esta Oficina ha establecido en numerosas ocasiones y en particular en las resoluciones 35.688 de 1994 y 26.758 de 1996, las personas que hayan obtenido un título de las instituciones mencionadas estén también facultadas por ley para ejercer su profesión sin tener que cumplir ningún otro requisito en lo que se refiere a conocimientos o técnicas.

Sujeto a esta clarificación, se aprueba el Decreto anexo.

El Señor esté con vosotros

Para: el Ministro de Salud

Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group (1996). National Standards for Mental Health Services Canberra, Australia: Mental Health Branch, Department of Health and Family Services.

World Health Organization (WHO) (1994). Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries. (Vol. 1) Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO) (1997). Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries. (Vol. 2) Geneva: WHO.

Referencias

1. Anderson CA, Daigh RD. (1991) Quality mind-set overcomes barriers to success. *Healthcare Financial Management* 45:20-32.
2. Australian Health Minister's Advisory Committee National Mental Health Working Group. (1996) National standards for mental health services. Canberra: Department of Health and Family Services, Mental Health Branch.
3. Birlson P. (1998) Building a learning organisation in a child and adolescent mental health service. *Australian Health Review* 21:223-40.
4. Buckley PF, et al. (1999) Implementing effectiveness research and improving care for schizophrenia in real-world settings. *The American Journal of Managed Care* 5(Spec No.):SP47-56.
5. Department of Health. (1999) A national service framework for mental health. London: Department of Health.
6. Donabedian A. (1980) Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.
7. Flisher AJ, et al. (1998) Norms and standards for psychiatric care in South Africa: A report submitted to the Department of Health, Republic of South Africa (Tender No. GES 105/96-97) Cape Town: Department of Psychiatry, University of Cape Town.
8. Freeman M. (2000) Using all opportunities for improving mental health-examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 78:508-10.
9. Goldman HH, et al. (2001) Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services* 52:1591-7.
10. Green A. (1999) An introduction to health planning in developing countries. (Second edition.) Oxford: Oxford University Press.
11. Hart CWL. (1995) The power of internal guarantees. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School.
12. Hermann RC, et al. (2000) Developing a quality management system for behavioural healthcare: the Cambridge Health Alliance experience. *Harvard Review of Psychiatry* 8:251-60.
13. Institute of Medicine. (1990) Clinical practice guidelines: direction for a new program. Washington DC: National Academy Press.

14. Institute of Medicine. (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press.
15. Juran J. (1988) Juran on planning for quality. Glencoe: The Free Press.
16. Juran J. (1992) Juran on quality by design: the new steps for planning quality into goods and services. Glencoe: The Free Press.
17. Kaplan R, Norton D. (1996) The balanced scorecard: translating strategy into action. Cambridge, Massachusetts: Harvard Business School Press.
18. Lesage AD. (1999) Canada. In: Thornicroft G, Tansella M, editors. The mental health matrix: A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press. p. 201-15.
19. Louw J. (2000) Improving practice through evaluation. In: Donald D, Dawes A, Louw J, editors. Addressing childhood adversity. Cape Town: David Philip. p. 60-73.
20. Lund C, et al. (1998) Facing the absolute need: norms and standards for severe psychiatric conditions in South Africa. South African Medical Journal 88:1480-1.
21. Mark H, Garet DE. (1997) Interpreting profiling data in behavioral health care for a continuous quality improvement cycle. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 23:521-8.
22. Paavel V, Sarjas A. (1999) Estonian mental health care reform: 30 years in 10 years. Mental health reforms 4:2-5.
23. Pillay YG, et al. (2002) Rethinking the delivery of quality public health care: an integrated approach using lessons from the private sector. Pretoria: Department of Health.
24. Rosen A. (1999) Australia. From colonial rivalries to a national mental health strategy. In: Thornicroft G, Tansella M, editors. The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press. p. 177-200.
25. Rosenblatt A, et al. (1998) Managing what you measure: creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. Journal of Behavioral Health Services Research 25:177-93.
26. Royal Australian College of General Practitioners. (1993) Quality assurance and continuing education programme. Rozelle, New South Wales: Royal Australian College of General Practitioners.
27. Talbott J, Halls RE, Keill SL. (1992) Textbook of administrative psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press.
28. The Scottish Office. (1997) A framework for mental health services in Scotland Edinburgh: Scottish Office.
29. Thornicroft G, Tansella M. (1999) The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press.
30. Tobin M, Yeo F, Chen L. (2000) The beginning of a structural reform: reorganizing the front line of a mental health system. Australian Health Review 23:64-76.
31. United States Department of Health and Human Services. (1993) Clinical guidelines for depression in primary care. Washington DC: Agency for Health Care Policy and Research.

32. United States Department of Health and Human Services. (2000) Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
33. World Health Organization. (1993a) Essential drugs in psychiatry. Geneva: World Health Organization.
34. World Health Organization. (1993 b) Essential treatments in psychiatry. Geneva: World Health Organization.
35. World Health Organization. (1994) Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries (Volume 1). Geneva: World Health Organization.
36. World Health Organization. (1996) Mental health care law: ten basic principles. Geneva: World Health Organization.
37. World Health Organization. (1997) Quality assurance in mental health care: check-lists and glossaries (Volume 2). Geneva: World Health Organization.
38. World Health Organization. (2001a) World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
39. World Health Organization. (2001b) Atlas: mental health resources in the world. Geneva: World Health Organization.
40. Yeaman C, et al. (2000) Performance improvement teams for better psychiatric rehabilitation. Administration and Policy in Mental Health 27:113-27.

