

Conjunto de Guías sobre Servicios
y Políticas de Salud Mental

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL



Organización
Mundial de la Salud

“Un sistema de información de salud mental es un sistema para la actuación, por lo que su propósito no debería ser únicamente la recopilación de datos sino también permitir la toma de decisiones debidamente informadas sobre todas las cuestiones que afectan a los servicios de salud mental.”

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

Versión en español del módulo *Sistemas de información de 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 González (España)

Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión técnica del módulo *Sistemas de información de salud mental*:

Dr. Tiburcio Angosto Saura

Psiquiatra. Jefe de Servicio

Complejo Hospitalario Universitario Vigo (España)

Dr. Rafael Inglott Domínguez

Psiquiatra. Jefe de Servicio

Hospital Doctor Negrín

Las Palmas de Gran Canaria (España)

Dr. Pedro Marina González

Psiquiatra

Servicios de Salud Mental

Asturias (España)

Dr. Arturo Rey Rodríguez

Psiquiatra. Ex-Director

Hospital Psiquiátrico Rebullón

Vigo (España)

Mónica Tronchoni Ramos

Psicóloga

Sagrat Cor. Serveis de Salut Mental

Martorell (Barcelona, España)

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

Diseño en español: Ruby Wong de Arias (Panamá)

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2005

bajo el título de *Mental Health Information Systems*

© Organización Mundial de la Salud (versión española) 2010

**Conjunto de Guías sobre Servicios
y Políticas de Salud Mental**

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogado por la Biblioteca de la OMS

Sistemas de información de salud mental
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

1. Servicios de salud mental 2. Sistemas de información; organización y administración
3. Directrices I. Título II. Series

ISBN 978-9962-642-43-5 (versión española) (Clasificación NLM: WM 30)

La información técnica relativa a esta publicación puede obtenerse de:

Dra. Michelle Funk
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH-1211, Ginebra 27
Suiza
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4160
E-mail: funkm@who.int

Referencia (versión en español) : *Sistemas de información en salud mental*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2010 (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

© Organización Mundial de la Salud 2010 (versión en español)

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 3264; fax: +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 por oposición 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 ha tomado todas las precauciones razonables para verificar el contenido de esta publicación, sin embargo, el material publicado esta siendo distribuido sin una garantía explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y uso del material corresponde al lector. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud se responsabilizará de ningún daño sufrido como resultado de su utilización.

Esta publicación contiene opiniones colectivas de un grupo de expertos internacionales que no necesariamente representan las resoluciones y políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Menciones y agradecimientos

El Conjunto de guías 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 Substancias 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, del Dr. Tennyson Lee, del Instituto de Psiquiatría, Londres, Reino Unido y de la Dra. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Suiza.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dra. Michelle Funk (OMS/HQ), Srta. Natalie Drew, (OMS/HQ), Dr. Benedetto Saraceno (OMS/HQ), Dra. Margaratet Girgg (OMS/HQ) y Dr. Steve Sapirie, Director del INFORM, Management Sciences for Health, Boston, MA, Estados Unidos de América.

Asistencia técnica:

Dra. Thérèse Agossou, Oficina Regional para África de la OMS (AFRO); D. Mark van Ommeren (OMS/HQ), Dr. Tom Barrett (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS (AMRO); Dr. Antonio Lora, Autoridad Sanitaria de la Región de Lombardía, Milán, Italia; Dr. S. Murthy, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS (EMRO); Dr. Matt Muijen, Oficina Regional para Europa de la OMS (EURO); Dr. Vijay Chandra, Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la OMS (SEARO); Dr. WANG Xiandong, Oficina Regional para el Pacífico Occidental de la OMS (WPRO); y Dr. Shekhar Saxena (OMS/HQ).

Servicios administrativos y de secretariado:

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

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

Dr. Julio Arboleda-Flórez	Profesor y Jefe del Departamento de Psiquiatría, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá
Sra. Basia Arnold	Directora técnica especializada, Junta directiva de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nueva Zelanda
Dr. Joseph Bediako Asare	Psiquiatra Jefe, Hospital Psiquiátrico de Accra, Accra, Ghana
Sr. David Bertollo	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. CHUEH Chang	Profesional asociado e Investigador, Universidad Nacional, Taiwán, China
Prof. Alan J. Flisher	Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Srta. Phillipa Gaines	Gerente, Mental Health System Development, Junta directiva de Salud Mental, Wellington, Nueva Zelanda
Dr. HE Yanling	Centro de Salud Mental de Shanghai, China
Dr. HWANG Tae-Yeon	Director del Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Salud Mental en la Comunidad, Centro Colaborador de la OMS, Hospital Mental Yongin City, Provincia de Kyongi, República de Corea
Dr. Stan Kutcher	Decano Asociado, Clinical Research Center, Universidad de Dalhousie, Halifax, Nova Scotia, Canadá
Dra. Pirkko Lahti	Directora Ejecutiva, Asociación Finlandesa por la Salud Mental, Helsinki, Finlandia
Dr. Eugene M. Laska	Director del Centro Colaborador de la OMS, Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, EEUU
Sr. John Mayeya	Especialista en Salud Mental, Comité Central de Salud, Lusaka, Zambia
Dr. Graham Mellisop	Jefe de la South Auckland Clinical School, Universidad de Auckland, Auckland, Nueva Zelanda
Srta. Precious Modiba	Gerente, Health and Vital Statistics, Statistics SA, Pretoria, Sudáfrica
Dr. Malcolm Philip	Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, Reino Unido
Dra. Jane Pirkis	Centre for Health Programme Evaluation, Victoria, Australia
Srta. Mirja Sevón	Secretaria de Asuntos Internacionales, The Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finlandia
Dra. Carole Siegel	Nathan S. Kline Institute for Pshychiatric Research, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Zebulon Taintor	Presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Departamento de Psiquiatría, New York University Medical Center, New York, NY, USA
Dra. Rita Thorn	Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica
Dr. ZOU Yizhuang	Subdirector del Hospital Hui Long Guan de Beijing, Beijing, China

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

“Un sistema de información de salud mental es un sistema para la actuación, por lo que su propósito no debería ser únicamente la recopilación de datos sino también permitir la toma de decisiones debidamente informadas sobre todas las cuestiones que afectan a los servicios de salud mental.”

Presentación	viii
Sumario	2
Objetivos y audiencia	11
1. Introducción	13
1.1 ¿Qué es un sistema de información en salud mental?	13
1.2 ¿Cuáles son las principales etapas de un SISIM?	13
1.3 ¿De dónde se obtiene la información?	15
1.4 ¿Qué tipo de información debe recogerse?	16
1.5 Beneficios de un SISIM	19
1.6 Problemas comunes en los sistemas de información sanitaria	20
2. Principios de los SISIM	23
2.1 Comenzar por poco, pero manteniendo la visión de conjunto	23
2.2 Uso de indicadores	24
2.3 Confeccionar un conjunto mínimo de datos	25
2.4 Hacer que el SISIM sea de fácil manejo	26
2.5 Clarificar la relación con los sistemas de información de salud y otros sectores	26
2.6 Consulta con todas las partes implicadas	28
2.7 Vincular el desarrollo del SISIM a un desarrollo más global de los servicios	31
2.8 Tener en cuenta datos rutinarios y no rutinarios	31
2.9 Considerar como deberían incluirse los datos epidemiológicos en el SISIM	32
2.10 Asegurar la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento	33
2.11 Tener en cuenta las necesidades específicas de información sobre salud mental	33
3. Pasos para el diseño e implementación de un sistema de información de salud mental	35
Paso 1. Evaluación de necesidades: ¿qué información necesitamos?	36
Tarea 1: Crear un equipo de trabajo	36
Tarea 2: Revisar los objetivos actuales de la política y la planificación	37
Tarea 3: Consulta con todas las partes implicadas relevantes	38
Tarea 4: Establecer los indicadores para evaluar los objetivos estratégicos y de planificación	40
Paso 2. Análisis de situación: ¿de qué información disponemos?	47
Tarea 1: Revisar la situación actual	47
Tarea 2: Realizar un análisis de “prueba”	50
Paso 3. Implementación: ¿cómo podemos obtener la información que necesitamos?	52
Tarea 1: Detectar los subsistemas e indicadores esenciales del SISIM	52
Tarea 2: Establecer un conjunto mínimo de datos	56
Tarea 3: Analizar el flujo de información	58
Tarea 4: Establecer la frecuencia de la recogida de datos	62
Tarea 5: Determinar los roles y las responsabilidades	64
Tarea 6: Diseñar y distribuir el material	65
Tarea 7: Programar la formación de la plantilla	66
Tarea 8: Tratar los obstáculos prácticos para obtener la información necesaria	66
Tarea 9: Incorporar controles de calidad	68
Tarea 10: Realizar un proyecto piloto	69
Tarea 11: Poner en marcha el SISIM	70
Paso 4. Evaluación: ¿cómo está funcionando el SISIM?	72
Tarea 1: Definir los criterios para evaluar el SISIM	72
Tarea 2: Establecer un marco para la evaluación	73
Tarea 3: Comparar con la evaluación de referencia inicial	76
Tarea 4: Establecer la frecuencia de las evaluaciones	76

4. Barreras y soluciones en el SISIM	79
5. Conclusión	82
Anexo 1. Una herramienta de la OMS para evaluar los sistemas y servicios de salud mental a nivel de país	83
Anexo 2. Ejemplos de países	84
Anexo 3. Utilización de métodos de recogida de datos rutinarios y no rutinarios	87
Sumario del Informe sobre los Servicios de Salud Mental proporcionados por el Departamento de Salud de Gauteng	90
1. Servicios comunitarios de salud mental	90
1.1 Atención primaria a la salud mental	90
1.2 Servicios comunitarios de salud mental de nivel secundario	91
1.3 Índice de derivaciones desde el SAP	92
1.4 Logros	92
1.5 Problemas	92
2. Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes	93
2.1 Servicios de nivel terciario	93
2.2 Servicios de nivel secundario	93
2.3 Logros	93
2.4 Problemas	93
Logros generales	94
Problemas generales que necesitan atención urgente	94
Definiciones	95
Referencias	96

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?

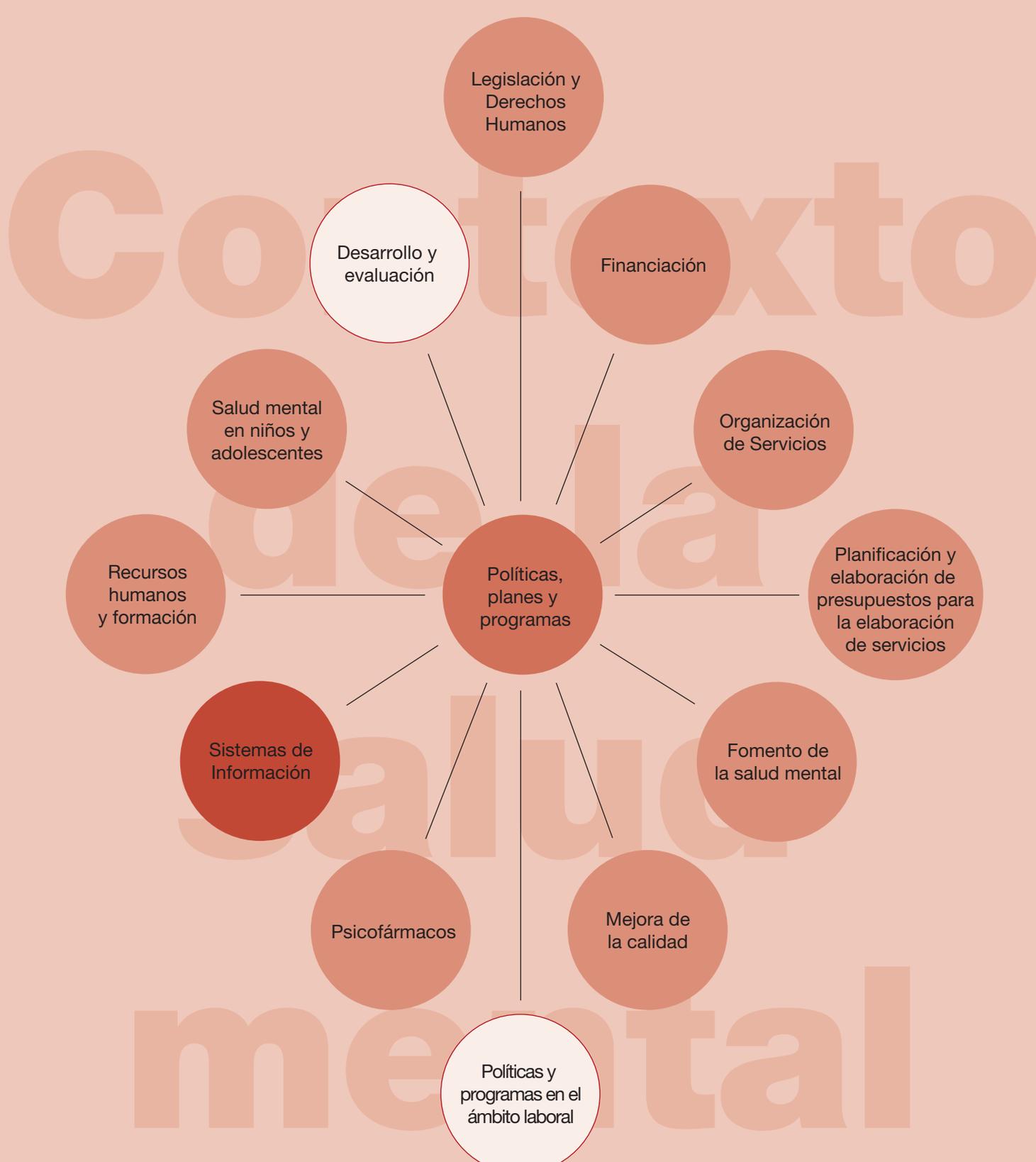
Este Conjunto de guías consta de una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y en la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud 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 situación particular. 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.
- > Mejora al acceso y el uso de psicofármacos
- > Políticas y planes en salud mental para niños y adolescentes
- > Recursos humanos y formación para la salud mental
- > Sistemas de información de salud mental

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

- > Evaluación e investigación en 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 familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales;
- organizaciones de fomento y 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 fomento 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 con 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 necesidades y circunstancias particulares. 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 la luz de la política de la OMS que intenta 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 familiares acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dra. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

1. Introducción

1.1 ¿Qué es un sistema de información en salud mental?

Un sistema de información de salud mental (SISM) es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende.

El SISM aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de un servicio de salud mental y a asegurar prestaciones más equitativas, por permitir a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención. En resumidas cuentas, un SISM es un sistema para la actuación: existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema de salud mental.

1.2 ¿Cuáles son las principales etapas de un SISM?

Dentro de un SISM la información atraviesa diversas etapas:

- (i) Recogida: obtención de los datos.
- (ii) Procesamiento: movimiento de los datos desde el punto donde fueron recogidos hasta aquél donde pueden cotejarse y prepararse para el análisis.
- (iii) Análisis: examen y estudio de los datos.
- (iv) Difusión: comunicación de los resultados del análisis.
- (v) Utilización: aplicación de los datos para mejorar la prestación, planificación, desarrollo y evaluación de los servicios.

Es importante destacar que no es necesario procesar toda la información a nivel central. Parte de la misma puede retenerse en un determinado dispositivo de salud mental para su análisis y utilización dentro del propio dispositivo.

1.3 ¿De dónde se obtiene la información?

La información debería recogerse de diversos servicios de salud mental. Para que esto sea posible, dichos servicios deben disponer de los sistemas adecuados. La OMS ha desarrollado un modelo para lograr un *mix* óptimo de servicios de salud mental (el “esquema piramidal de la OMS”) que puede utilizarse para ayudar a organizar tanto el dispositivo de recogida como el tipo de información que debe recogerse.

En este esquema piramidal, los servicios más numerosos son los de gestión de la autoayuda, los servicios comunitarios no formalizados de salud mental y los servicios comunitarios de salud mental prestados por el personal de atención primaria; a continuación se sitúan los servicios de psiquiatría ubicados en los hospitales generales y en servicios comunitarios formales de salud mental y, por último, los servicios especializados de salud mental. Muchos de estos servicios se integrarán en los servicios generales de salud. En lo que concierne a los sistemas de información, este módulo se centra sólo en la atención primaria, los servicios psiquiátricos ubicados en hospitales generales, los servicios comunitarios formales de salud mental y los servicios especializados de salud mental.

1.4 ¿Qué tipo de información debe recogerse?

Los planificadores de los SISM deben tener en cuenta cada nivel en la pirámide de organización de servicios a la hora de decidir qué información es necesaria. Los diferentes tipos de información deben procesarse en distintos niveles dentro del SISM, siendo importante estudiar en detalle cómo se relacionan entre sí estos niveles.

Para ayudar a los planificadores del SISM a la hora de tomar estas decisiones, es necesario diferenciar los distintos tipos de información necesarios:

- > La información a nivel del episodio es necesaria para gestionar un episodio individual de contacto con el servicio.
- > La información a nivel de caso es necesaria para atender a un usuario individual del servicio.
- > La información a nivel de dispositivo asistencial es necesaria para gestionar el dispositivo asistencial específico (ya sea una institución especializada, una unidad de salud mental en un hospital general, un equipo de salud mental en la comunidad o un dispositivo de atención primaria de salud (APS)).
- > La información a nivel de sistemas es necesaria para desarrollar una política y un plan para el sistema de salud mental en su conjunto.

1.5 Beneficios de un SISM

Un SISM produce diversos beneficios. Los sistemas de información constituyen una herramienta de planificación esencial: son una fuente de información precisa y consistente sobre cualquier servicio de salud mental, ayudan a que exista una planificación coherente y, finalmente, son esenciales para la implementación y posterior evaluación de una política. Los sistemas de información son también una herramienta de prestación de servicios que ayuda a los proveedores de servicios a registrar y supervisar las necesidades de cada usuario individual, al mismo tiempo que proporcionan un medio para informar acerca de las intervenciones que se emplean, pudiendo así vincularse a la mejora constante de la calidad del servicio. Los sistemas de información mejoran la eficacia permitiendo la medición de aquellos indicadores explícitamente descritos por la política del servicio de salud mental. Permiten también un seguimiento eficaz de las intervenciones clínicas que se realizan. Además mejoran la eficiencia, al medir cómo está empleando sus recursos un determinado servicio. Al ser una herramienta para la evaluación de las necesidades y su cobertura, el SISM encara uno de los principales retos a los que se enfrentan los servicios de salud mental, a saber, proporcionar una atención equitativa con unos recursos escasos.

1.6 Problemas comunes en los sistemas de información sanitaria

Aunque los sistemas de información aportan diversos beneficios, muchos de estos sistemas adolecen de problemas que es posible detectar en cada una de las etapas (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización). En el caso de los SISM, sobre todo en países en vías de desarrollo, las personas involucradas en el diseño y mantenimiento de los sistemas de información de salud (SIS) no poseen a menudo una comprensión adecuada de la salud mental. Estos problemas se ven agravados por los cambios que afectan en conjunto al sistema de salud, tanto en términos de estructura como de rotación de personal. Por lo tanto se hace necesaria una planificación cuidadosa en el diseño e implementación de los sistemas de información para superar estos problemas tan comunes.

2. Principios de los SISM

Los siguientes principios están basados en las experiencias de varios países en el desarrollo de SISM y SIS.

2.1 Comenzar por poco, pero manteniendo la visión de conjunto

Como primer principio, los planificadores deberían considerar el desarrollo progresivo de un sistema de información y no intentar desde el principio desarrollar en detalle todo el SISM. Los esfuerzos por llevar a cabo esta compleja tarea en los años 60 y 70 se toparon a menudo con dificultades. En lugar de diseñar un enorme e incómodo sistema que no pueda ponerse en práctica, es preferible comenzar por poco e ir basándose en los éxitos obtenidos y en las necesidades descubiertas.

Al mismo tiempo es necesario tener presente la visión más amplia posible del SISM. Esto significa que el equipo a cargo del diseño del SISM debe revisar las necesidades y capacidades de todas las partes implicadas en el SISM, evaluando con detenimiento cómo podrían contribuir de manera factible y qué podrían ganar con un sistema como éste.

2.2 Uso de indicadores

El segundo principio de un SISM es el empleo de indicadores bien definidos. Los indicadores son medidas que: (i) condensan la información relevante sobre un fenómeno particular, (ii) pueden emplearse para indicar una situación determinada y (iii) pueden por lo tanto utilizarse para medir el cambio. En el contexto de la atención a la salud mental, los indicadores son medidas que condensan la información relevante para el servicio de salud mental y la población a la que sirve. Como vía importante que son para medir el cambio en cualquier sistema, los indicadores constituyen una herramienta esencial en un SISM.

Es necesario distinguir entre los indicadores y los datos en bruto (o los elementos de esos datos). Lo que distingue a los primeros de los últimos es que los indicadores son conjuntos de los mínimos datos que tienen un denominador. Tanto los indicadores como los datos mínimos tienen valor para los sistemas de información. En el nivel de casos suele haber datos (como los datos detallados y los de transacción) que no es preciso convertir en indicadores. En el nivel de sistemas es necesario convertir los datos en indicadores para posibilitar la evaluación general de la planificación y la política de los servicios.

Los indicadores pueden emplearse para cuantificar diversos aspectos del sistema de salud mental:

- > Necesidades
- > Recursos
- > Procesos
- > Resultados

Tradicionalmente los planificadores se han concentrado en los indicadores de inputs y de procesos, tanto en la evaluación de los servicios como en la recogida de datos, y siempre han encontrado más difícil confeccionar indicadores de resultados. A pesar de todo, los indicadores de resultados son esenciales, ya que pueden emplearse para planificar las intervenciones tanto en un nivel general (intersectorial) como particular (de servicio). Constituyen un medio inestimable para evaluar el impacto de las intervenciones, desde la promoción de la salud mental hasta intervenciones preventivas y de tratamiento como son la medicación y la psicoterapia.

2.3 Confeccionar un conjunto mínimo de datos

El tercer principio básico de todo SISIM es que debería reunir el mínimo exigible de información. Un conjunto mínimo de datos significa que sólo se recoge y utiliza la menor y más esencial cantidad de información. Este principio realza el objetivo del SISIM, que es no sólo recoger datos sino también hacer posible la toma de decisiones.

2.4 Hacer que el SISIM sea de fácil manejo

El cuarto principio fundamental de un SISIM es que sea de fácil manejo. Ya se trate de los usuarios finales que recogen y utilizan los datos en sus visitas clínicas, o de aquéllos implicados en el procesamiento, análisis y empleo de los datos para tomar decisiones de planificación y política, el propósito con el que se está recogiendo y utilizando la información debe ser claro, consistente y accesible.

2.5 Clarificar la relación con los sistemas de información de salud y otros sectores

(a) Relación con el sistema de información de salud (SIS)

Para que el SISIM puede utilizarse en la planificación de medicina general es esencial clarificar su relación con el SIS. Por lo tanto es importante establecer una consulta comprensiva con los planificadores y administradores implicados en el diseño e implementación del SIS.

Existe una gradación de escenarios para la relación entre el SISIM y el SIS: integración total (en el que la información sobre salud mental se recoge como parte de la información de salud), integración parcial (en la que la información sobre salud mental puede recogerse por separado pero es procesada por un dispositivo centro del SIS para su análisis), o separación total (en el que la información sobre salud mental se recoge, procesa, analiza, difunde y emplea en un sistema completamente separado del SIS).

(b) Relación con los sistemas de información de otros sectores

Otra área importante tiene que ver con los sectores externos al sanitario. Aun existiendo una concienciación creciente sobre la necesidad de enfocar intersectorialmente los problemas de salud mental, poco se ha hecho para adecuar los sistemas de información a esta nueva conciencia. Una relación intersectorial es particularmente importante para la salud mental, la cual abarca los sectores de salud, servicios sociales, educación, justicia, empleo y otros, así como organizaciones no gubernamentales (ONGs).

2.6 Consulta con todas las partes implicadas

Dado que los sistemas de información requieren la participación de muchas partes implicadas, la consulta con éstas es esencial para el diseño y la implementación de los mismos. Hay diversas partes implicadas con interés en el SISIM y cada grupo tiene diferentes necesidades de información.

La consulta con las partes implicadas es necesaria no sólo por el imperativo ético de consultar con todos los afectados, sino también porque esas partes implicadas podrían hacer sugerencias útiles acerca de cómo se debería diseñar el sistema de información y qué datos deberían recogerse. Además, las personas que han sido consultadas durante el diseño y desarrollo del sistema son más proclives a comprenderlo y a participar en su implementación.

2.7 Vincular el desarrollo del SISM a un desarrollo más global de los servicios

El desarrollo de un SISM se lleva a cabo de forma más eficaz en el contexto de una reforma más global del servicio de salud mental. Esto presenta dos ventajas: primero, el resultado es un SISM basado en funciones concretas de servicio y gestión; y segundo, el SISM propuesto puede, en asociación con otras reformas más globales de los servicios, aprovecharse de la inercia política y del respaldo que suscitan esas reformas.

2.8 Tener en cuenta datos rutinarios y no rutinarios

Aunque los sistemas de información estén “incorporados” en el servicio de salud mental, esto no quiere decir que tengan siempre que recoger datos rutinarios. Tanto los datos rutinarios como los no rutinarios son valiosos para la planificación y la prestación de los servicios de salud mental. Los datos rutinarios se refieren a los datos recogidos de forma regular y utilizados en la planificación rutinaria del servicio. Los datos no rutinarios se recogen de forma irregular, y se suelen emplear para centrarse sobre un asunto concreto que preocupe a los planificadores, a los proveedores o a los usuarios del servicio.

2.9 Considerar cómo deberían incluirse los datos epidemiológicos en el SISM

Hay una cuestión crucial que surge en la planificación de un SISM: ¿cuál es el papel de los datos epidemiológicos y cómo deberían incluirse en el sistema? Los datos epidemiológicos son difíciles de emplear en un SISM por varias razones. A los efectos de las propuestas de planificación, como pauta general, deberían usarse en los sistemas de información conjuntamente con otros datos. En ausencia de datos epidemiológicos puede ser necesario emplear metodologías alternativas (p. e. evaluaciones rápidas, encuestas centinela e información epidemiológica de otros países similares), en lugar de invertir los valiosos y limitados recursos disponibles en realizar encuestas epidemiológicas costosas y complejas que además consumen mucho tiempo. Lo más urgente en los países en vías de desarrollo es la necesidad de desarrollar sistemas de información fidedignos que faciliten el seguimiento de la prestación del servicio y su impacto.

2.10 Asegurar la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento

La piedra angular de todo SISM debería ser la privacidad de aquellas personas cuyos datos personales son requeridos para la prestación y la planificación de los servicios. La exigencia de confidencialidad se hace patente al poner en común la información. Es por lo tanto esencial tomar todas las medidas necesarias para asegurar que la información privada del SISM se comparta sólo con los profesionales que necesiten acceder a ella, y que los identificadores personales se eliminen de la información en el caso de que sea posteriormente utilizada para la planificación del servicio.

2.11 Tener en cuenta las necesidades específicas de información sobre salud mental

Los procedimientos médico-legales para el internamiento de personas con trastornos mentales pueden requerir la recogida de información específica, dependiendo de la legislación vigente en cada país. El SISM debería por tanto abarcar estas necesidades especiales de información.

3. Pasos para el diseño e implementación de un sistema de información de salud mental

Este módulo conduce a los planificadores a través de un proceso paso a paso que les ayudará a determinar las necesidades de información, a analizar los sistemas de información actuales, a implementar los sistemas de información que se hayan planificado y a evaluarlos. Este proceso paso a paso puede reducirse a un esquema de cuatro preguntas:

- > ¿Qué información necesitamos? (Evaluación de necesidades)
- > ¿De qué información disponemos? (Análisis de situación)
- > ¿Cómo podemos obtener la información necesaria? (Implementación)
- > ¿Cómo están funcionando los sistemas de información? (Evaluación)
- >

Los pasos descritos en este módulo se organizan en una forma circular. Esto implica que el paso final, la evaluación del SISM, conduce de forma natural a una identificación de nuevas necesidades de información para el SISM.

Paso 1. Evaluación de necesidades: ¿qué información necesitamos?

Tarea 1: Crear un equipo de trabajo

La primera tarea en la evaluación de necesidades es crear un equipo que asumirá la responsabilidad de diseñar e implementar el SISM. Para ello es esencial un equipo interdisciplinar de tareas, junto con el apoyo de la alta dirección.

Tarea 2: Revisar los objetivos actuales de la política y la planificación

Una vez creado el equipo, su primera tarea será efectuar una revisión de los objetivos de la política y la planificación de salud mental. Los sistemas de información que sean coherentes con la política tienen más posibilidades de producir la información mínima necesaria con los recursos limitados disponibles. Esta tarea exige desarrollar el sistema de información desde una visión de conjunto: ¿qué es lo que pretende lograr el SISM y qué objetivos estratégicos y de planificación deben medirse?

Tarea 3: Consulta con todas las partes implicadas relevantes

Una vez se han revisado la política y los planes existentes, el equipo de trabajo debe iniciar un proceso de consulta con todas las partes implicadas. Se trata de un proceso continuo, que debería formar parte de los pasos previos y de los subsiguientes.

Tarea 4: Establecer los indicadores para evaluar los objetivos estratégicos y de planificación

La siguiente tarea es empezar a traducir los objetivos estratégicos y la consulta en ítems (indicadores) que puedan ser medidos por un sistema de información. Los indicadores son fundamentales para evaluar objetivos estratégicos concretos y su implementación. La selección de indicadores debe guiarse por ciertos criterios, en particular su validez, fiabilidad, coste, relevancia, especificidad, estabilidad y la factibilidad de recoger los datos necesarios. Estos indicadores deben asimismo ubicarse dentro del esquema de los cuatro subsistemas y cinco etapas del SISM. Al finalizar esta tarea, el equipo debería haber identificado un conjunto de indicadores que puedan emplearse para evaluar los objetivos estratégicos fundamentales.

Paso 2. Análisis de situación: ¿de qué información disponemos?

Tarea 1: Revisar la situación actual

El equipo de trabajo debe dirigir ahora su atención al sistema de información existente. El propósito del análisis de situación es doble:

- > estudiar qué sistemas existen actualmente y
- > detectar problemas en los sistemas y las áreas donde puedan subsanarse.

El esquema desarrollado en la evaluación de necesidades puede emplearse para identificar cuál o cuáles de los cuatro subsistemas pueden encontrarse en los sistemas de información vigentes del país o región. El equipo deberá después trazar un mapa exhaustivo de cómo se maneja la información en cada una de las etapas (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización).

Tarea 2: Realizar un análisis de “prueba”

Una metodología útil para hacer progresar la revisión es realizar un análisis de “prueba” de los sistemas actuales. Esto requiere visitar los dispositivos y los hospitales para hacer un seguimiento de cómo se recogen los datos y cómo discurren a través del SISM. La conclusión de este análisis de situación debería proporcionar al equipo de trabajo una comprensión clara de cualquier dificultad existente en el SISM.

Paso 3. Implementación: ¿cómo podemos obtener la información que necesitamos?

Tarea 1: Detectar los subsistemas e indicadores esenciales del SISM

El equipo de trabajo puede ahora reunir la información obtenida de la evaluación de necesidades y del análisis de situación, para detectar qué áreas del SISM son prioritariamente susceptibles de mejora y llevar a cabo los cambios pertinentes. El equipo tendrá que trazar un mapa exhaustivo de cómo manejar la información en cada una de las etapas y en cada uno de los subsistemas seleccionados. Durante esta tarea suele percibirse con rapidez qué datos pueden recopilarse, procesarse, analizarse y utilizarse.

Tarea 2: Establecer un conjunto mínimo de datos

Una vez los indicadores son recopilados, se puede determinar un conjunto mínimo de datos basado en lo que sea factible. Esto requiere identificar qué datos mínimos son necesarios para dar fundamento al conjunto de indicadores elegidos (esto es, hacer operativos los indicadores).

Tarea 3: Analizar el flujo de información

La siguiente tarea es analizar el flujo de información dentro del SISM (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización).

Tarea 4: Establecer la frecuencia de la recogida de datos

El diagrama de flujo creado en la tarea anterior debe situarse en el tiempo, y por esta razón es importante determinar, para un ciclo anual, los momentos en los que la información deberá recogerse y procesarse.

Tarea 5: Determinar los roles y las responsabilidades

La siguiente tarea es determinar los roles y las responsabilidades de todas las partes implicadas en cada una de las etapas del sistema de información.

Tarea 6: Diseñar y distribuir el material

Una vez que los roles y las responsabilidades están claros y se ha diagramado el sistema con un marco temporal, se puede empezar a diseñar y distribuir el material. Esto supone redactar manuales de instrucciones y/o manuales de procedimientos, así como formularios de recogida de datos.

Tarea 7: Programar la formación de la plantilla

Es necesario que los gestores, los administradores y el personal clínico reciban formación para la recogida, el análisis y el uso de información. El análisis de situación del Paso 2 debería haber revelado cualquier carencia en la capacitación del personal. Esta información puede emplearse para señalar las necesidades de formación concretas en un país o región.

Tarea 8: Tratar los obstáculos prácticos para obtener la información necesaria

En el curso de la implementación del SISM será inevitable encontrarse con varios obstáculos. Dos áreas clave son la oposición del personal y no disponer de la tecnología adecuada.

Tarea 9: Incorporar controles de calidad

Con el objeto de afrontar muchos de estos obstáculos a la implementación, hace falta incorporar controles de calidad en el SISM.

Tarea 10: Realizar un proyecto piloto

Una manera útil de poner a prueba la viabilidad de un SISM y allanar las dificultades de implementación es realizar un proyecto piloto.

Tarea 11: Poner en marcha el SISM

Una vez que el proyecto piloto ha detectado los últimos problemas de implementación se puede iniciar la puesta en marcha del SISM, con la recogida y procesamiento de datos "reales". El proceso de implementación del SISM deberá estar claramente descrito en un plan operativo.

Paso 4. Evaluación: ¿cómo está funcionando el SISM?

La implementación de un SISM no estaría completa sin una evaluación. En este último paso el equipo de trabajo debe evaluar el SISM, ahora que está instalado y funcionando. Es importante subrayar que la evaluación es una parte integral del diseño e implementación de un SISM y no debe por tanto añadirse como una idea de última hora.

Tarea 1: Definir los criterios para evaluar el SISM

Al establecer los criterios para evaluar el SISM es esencial tener definiciones claras de cada criterio, con objeto de poner en claro qué aspecto del sistema está tratando de medir dicho criterio.

Tarea 2: Establecer un marco para la evaluación

Al establecer un marco para la evaluación es importante plantear cuestiones concretas:

- > ¿Qué aspectos principales y concretos del SISM es necesario evaluar?
- > ¿Qué perspectiva se necesita o resulta más útil?
- > ¿Qué instrumento de investigación es el más adecuado?

Tarea 3: Comparar con la evaluación de referencia inicial

El progreso del SISM puede evaluarse repitiendo las mediciones tomadas con valores de referencia iniciales .

Tarea 4: Establecer la frecuencia de las evaluaciones

Como norma general es esencial llevar a cabo evaluaciones periódicas del SISM. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de aspectos tales como la disponibilidad de recursos, las dificultades halladas durante el diseño y puesta en marcha del sistema, así como la complejidad y la escala del mismo. Con el fin de maximizar los recursos, puede ser útil llevar a cabo al mismo tiempo evaluaciones de rutina y otras más globales del sistema de salud mental como, por ejemplo, en el contexto de las evaluaciones de rutina de la planificación del servicio.

4. Conclusión

La información es esencial para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud mental. Los gestores políticos necesitan información para hacer el mejor uso posible de recursos escasos, los planificadores para diseñar servicios más eficientes y eficaces, los gestores para el seguimiento y la evaluación de los servicios, los clínicos para prestar unos cuidados adecuados, de buena calidad y basados en evidencias. En un contexto de recursos limitados, creciente descentralización y cambios en la financiación de la atención a la salud mental, la calidad de estos datos se vuelve todavía más importante.

Este módulo ofrece un esquema en cuatro pasos para desarrollar el SISM: evaluación de necesidades, análisis de situación del SISM actual, implementación de un nuevo sistema y evaluación. Aunque se ofrece una guía paso a paso, es importante que cada país adapte esta guía a sus circunstancias particulares. Cada país deberá asimismo ajustar sus metas de acuerdo con sus recursos actuales, sin comprometer la calidad del sistema o los datos esenciales necesarios. Existen pocas soluciones rápidas, por lo que será necesaria una inversión a largo plazo.

Objetivos del módulo

- > Ayudar a los planificadores y a los usuarios de los servicios a desarrollar sistemas de información para la salud mental.
- > Apoyar la toma de decisiones bien fundada en todos los aspectos del sistema de salud mental.

Audiencia

- > Planificadores de salud mental
- > Gestores de sistemas de información sanitaria
- > Gestores políticos
- > Entidades financiadoras
- > Proveedores de servicios
- > Grupos de fomento

¿Por qué es necesario un módulo sobre sistemas de información para la salud mental?

Los sistemas de información para la salud mental (SISM) son esenciales en para todos los aspectos del sistema de salud mental. A los gestores políticos y a los planificadores les proporcionan un método de fijar metas y objetivos para el país o región, así como de evaluar si esas metas y objetivos se están alcanzando. A los trabajadores de la salud mental en la primera línea de la prestación de los servicios, estos sistemas de información les ayudan a evaluar las necesidades de los usuarios del servicio y a hacer un seguimiento de su respuesta a las intervenciones. A las personas que utilizan los sistemas de salud mental y a la población general, los SISM les aportan un medio de mantenerse informados sobre los servicios que pueden recibir y sus posibles resultados.

Las necesidades de salud mental suelen estar desatendidas en la gestión de los servicios de salud y en los sistemas de información de salud (SIS). Existen en todo el mundo numerosos ejemplos de sistemas de información que ni recogen, ni utilizan de manera rutinaria los datos relativos a la salud mental. Esto ocurre pese a la evidencia de la carga significativa de enfermedad que suponen los trastornos mentales y a la clara interdependencia entre los trastornos mentales y los somáticos. Este módulo pretende informar a los gestores de los SIS sobre los aspectos relativos a la salud mental del SIS y las cuestiones clave que deben afrontarse para desarrollar el componente de salud mental de un SIS.

Con frecuencia los planificadores de los servicios de salud mental no conceden a los sistemas de información la prioridad que se merecen. Se comprueba en muchos casos, durante las consultas de la OMS con una serie de países, que la información esencial para la planificación de los servicios de salud mental no está disponible. Esto ocurre porque muchos planificadores y gestores de los servicios de salud mental carecen de aptitudes técnicas para desarrollar sistemas de información. Este módulo puede ayudarles a equiparse con los conocimientos necesarios para planificar e implementar tales sistemas de información para la salud mental.

Aunque muchos puntos relativos a los sistemas de información son semejantes en los SIS y en los SISM, también existen muchas diferencias. Los dispositivos de salud mental suelen atender a menos pacientes que los dispositivos de salud, pero cada una de esas personas necesita acceder a más servicios (o a más días de estancia hospitalarias) durante un periodo más largo. Los trastornos mentales suelen ser de naturaleza crónica, no aguda. Como resultado, los datos clínicos suelen revisarse a largo plazo más que a corto. La organización de los servicios de salud mental puede ser distinta en algunos aspectos a la de los servicios de salud, y puede ser necesario que exista una mayor relación o intercambio de información con otros sectores ajenos al de la salud, como los de justicia, educación y vivienda, así como con ONGs. Hay otras diferencias importantes entre los SISM y los SIS en temas como el ingreso involuntario, las

revisiones de la gestión de casos y el carácter cualitativo de algunos datos relativos a la salud mental. Todos estos temas suelen requerir estructuras de datos diferentes a las utilizadas en los sistemas de salud.

En este módulo no se considera el SISM como un sistema separado del SIS disponible. De hecho, muchos de los consejos ofrecidos en este documento pretenden ayudar al lector en el desarrollo de un SISM que sea compatible con el SIS. De esta forma, el módulo se sustenta e intenta mantener un enfoque coherente con los importantes avances en la planificación y el desarrollo de los SIS, particularmente por parte de la OMS (OMS, 2000). Este módulo no debe emplearse aisladamente, está hecho para ser usado en conjunción con las referencias citadas en el texto, así como con otros recursos y aportaciones autorizadas que puedan ser identificadas por los profesionales del país.

El desarrollo e implementación de un SISM dependerá de las circunstancias y necesidades concretas de los países. Las orientaciones aportadas en este módulo deberán por tanto adaptarse al contexto en el que se usen.

Dada la magnitud de este tema no es posible ofrecer una guía detallada de todos los aspectos del desarrollo de un SISM. En su lugar se ofrecen unas orientaciones generales, ilustrados con ejemplos concretos de buenas prácticas en una serie de países. Para más información se remite a los lectores a la documentación citada en el texto.

1.1 ¿Qué es un sistema de información de salud mental?

Un SISM es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población.

El SISM aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema de salud mental y de su prestación equitativa, permitiendo a los gestores y proveedores de los servicios tomar decisiones bien informadas que mejoren la calidad de la atención. En pocas palabras, un SISM es un sistema para la acción: existe no sólo con objeto de recoger datos, sino también para permitir una toma de decisiones bien informada en todas las áreas del sistema de salud mental (OMS, 2000).

Un SISM no tiene por qué depender de la informatización. Existen diversas opciones en los sistemas de información: sistemas totalmente manuales, sistemas parcialmente electrónicos (p. e. recogida manual de datos y registro en soporte electrónico para su posterior análisis por ordenador) y sistemas totalmente electrónicos (p. e. los datos se recogen directamente en formato electrónico).

1.2 ¿Cuáles son las principales etapas de un SISM?

En un SISM la información debe pasar por varias etapas, que se enumeran a continuación:

1. Recogida: obtención de los datos.
2. Procesamiento: flujo de los datos desde el punto en que fueron recogidos hasta el punto en que puedan cotejarse y prepararse para su análisis.
3. Análisis: examen y estudio de los datos.
4. Difusión: comunicación de los resultados del análisis.
5. Utilización: aplicación de los datos para mejorar la prestación, la planificación, el desarrollo y la evaluación de los servicios.

Para que estas etapas sean posibles es necesario que existan ciertos sistemas de gestión de la información (OMS, 2000), incluyendo:

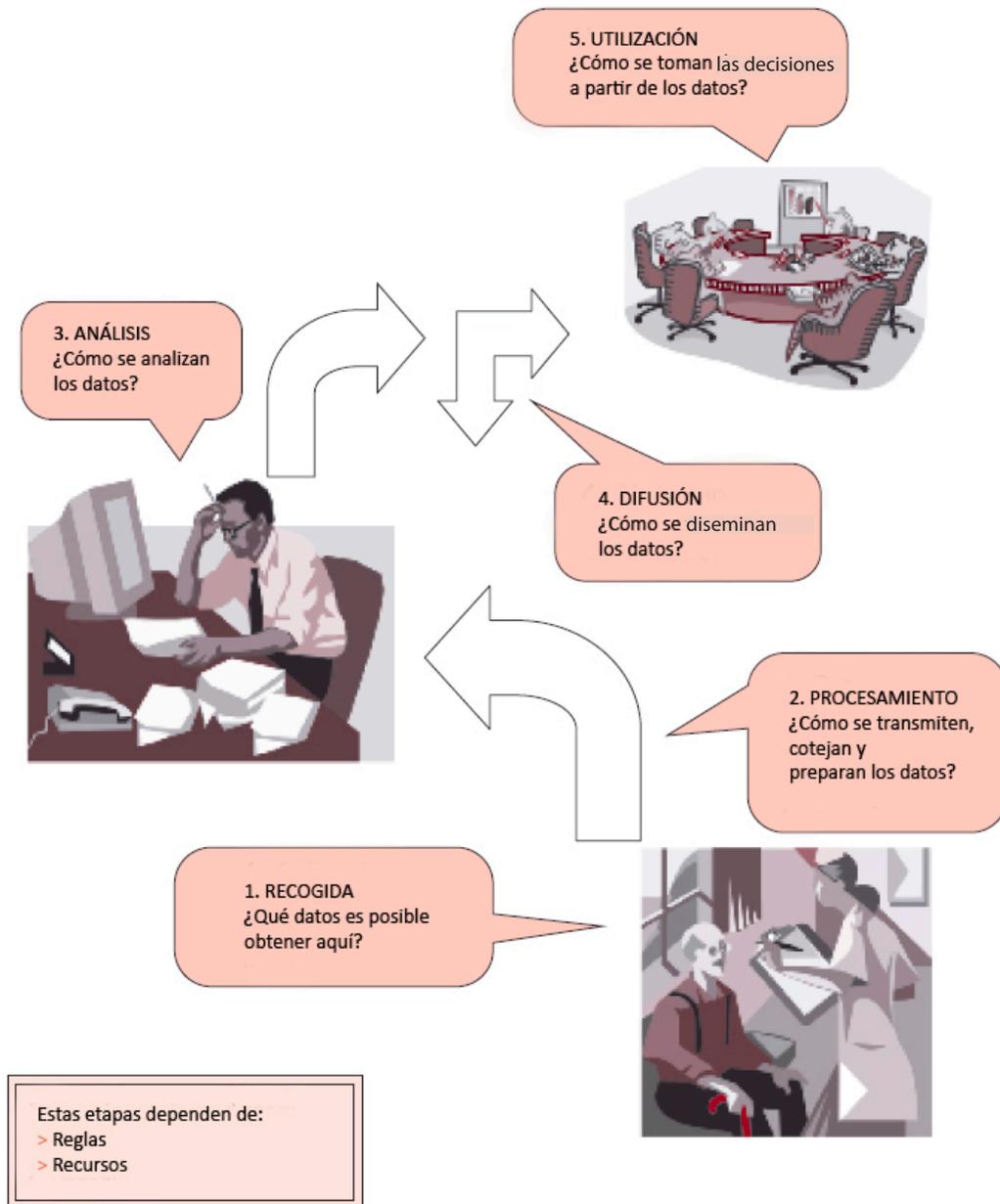
- > Recursos: como por ejemplo el personal adecuado para operativizar el sistema, el software y el hardware.
- > Reglas: como las responsabilidades del personal, la estandarización de los datos y las definiciones de los indicadores.

La Figura 1 ilustra las etapas que atraviesan los datos en un sistema de información. Comenzando en el punto de recolección, los datos son procesados, analizados, difundidos y finalmente utilizados. Se muestra así el movimiento circular de la información, ya que al menos parte de ella debe volver al punto de recolección, aunque en forma procesada. La Figura 1 también ilustra la interdependencia esencial de estas etapas y la necesidad de planificar los sistemas de información como un todo. Para funcionar con eficacia, un sistema de información debe encarar todas las cuestiones mostradas en la Figura 1.

Un SISM es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende.

Un SISM comprende varias etapas.

Figura 1. Etapas de un sistema de información de salud mental



1.3 ¿De dónde debería recolectarse la información?

La información debe recolectarse desde diversos servicios de salud mental. Estos servicios deben disponer de sistemas que permitan la recogida de la información requerida. La OMS ha desarrollado un esquema para una combinación óptima de los servicios de salud mental: el esquema piramidal de OMS (Figura 2). Dicho esquema puede emplearse para ayudar a organizar el dispositivoespacio de recogida de datos, así como el tipo de información que debe recogerse.

En este esquema piramidal, los servicios más numerosos son la gestión de los autocuidados, los servicios comunitarios no formales de salud mental y los servicios comunitarios de salud mental prestados por el personal de atención primaria. A continuación se sitúan los servicios de psiquiatría ubicados en los hospitales generales y los servicios comunitarios formales de salud mental. Y, por último, los servicios especializados de salud mental para larga estancia. Muchos de estos servicios estarán integrados en los servicios generales de salud. Se aportan descripciones más detalladas de cada uno de estos servicios en el módulo *Organización de los Servicios de Salud Mental (OMS, 2003a)*.

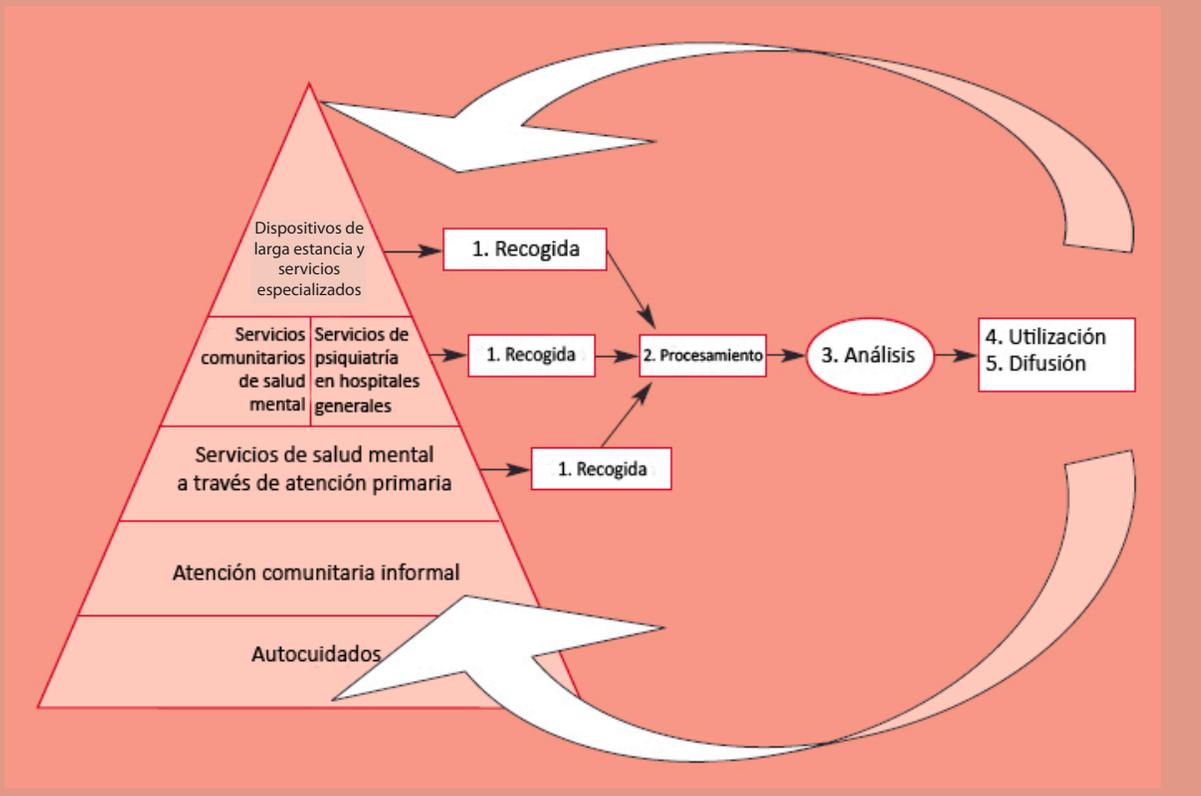
Con respecto a los sistemas de información, este módulo se centra sólo en la atención primaria, los servicios psiquiátricos ubicados en los hospitales generales, los servicios comunitarios formales de salud mental y los servicios especializados de salud mental para larga estancia.

La Figura 2 ilustra la manera en que los diferentes tipos de servicios deben recoger la información para su posterior procesamiento, análisis, utilización y difusión. Sin embargo, es importante destacar que no toda la información debe procesarse a un nivel central. Parte de la información puede conservarse en el dispositivo asistencial para su análisis y utilización en dicho dispositivo. Este punto se trata con más detalle en la sección siguiente.

La información debe recolectarse desde diversos servicios de salud mental.

Todos los tipos de servicios deben recoger información, que será posteriormente procesada, analizada, utilizada y difundida.

Figura 2. El modelo piramidal de la OMS: etapas del SISM y la combinación óptima de los servicios de salud mental.



1.4 ¿Qué tipo de información debe recogerse?

Los planificadores de SISM deben tener en cuenta cada nivel de la pirámide de organización de servicios a la hora de decidir qué información es necesaria. Los diferentes tipos de información deben procesarse en distintos niveles dentro del SISM, y es importante tener en cuenta cómo se relacionan en la práctica unos niveles con otros.

Para ayudar a los planificadores de los SISM a tomar estas decisiones, es necesario distinguir entre distintos tipos de información:

- La información a nivel de episodio es necesaria para gestionar un episodio individual de contacto con el servicio.
- La información a nivel de caso es necesaria para atender a un usuario individual del servicio.
- La información a nivel de dispositivo asistencial es necesaria para gestionar el dispositivo de servicios concreto (ya sea una institución especializada, una unidad de salud mental en un hospital general, un equipo de salud mental comunitario o un centro de atención primaria).
- La información a nivel de sistemas es necesaria para desarrollar una política y un plan para el sistema de salud mental en su conjunto.

A partir de la categorización anterior puede observarse que cierta información a nivel de caso y a nivel de dispositivo asistencial podría no procesarse en el nivel central, sino conservarse para su análisis y utilización en el dispositivo concreto. Por ejemplo, la información que atañe a los diagnósticos de casos concretos y a la relación de personal y funciones pueden conservarse a nivel de dispositivo por motivos de gestión de los casos, administración del dispositivo, privacidad, confidencialidad u otras. Por el contrario, la información a nivel de sistema debe procesarse a nivel central para su análisis y empleo en la elaboración de políticas y en la planificación. Por ejemplo, la información acerca del número de personas con trastornos mentales que visitan todos los dispositivos asistenciales de una región y la cantidad de personal en esa región, son datos importantes a nivel de sistema que pueden utilizarse para la planificación del servicio.

Por lo tanto el SISM debe incluir tanto sistemas de gestión de servicios (datos a nivel de dispositivo asistencial y a nivel de sistema) como sistemas de registro de pacientes (datos a nivel episódico y a nivel de caso). Los primeros son esencialmente herramientas estratégicas de gestión y control, que proporcionan medios para hacer un seguimiento y mejorar el sistema de salud mental en su conjunto dentro de unos objetivos amplios (que tienen que ver principalmente con información a nivel de sistema y a nivel de dispositivo). Los segundos proporcionan medios para mejorar la prestación diaria de servicios a los usuarios a través del registro de pacientes (en general, información a nivel de episodios y de casos). En este módulo, los “pasos para diseñar e implementar un SISM” pretenden cubrir tanto la gestión de los servicios como los sistemas de registro de pacientes.

Es importante destacar que la distinción entre niveles de información no es rígida y en ciertos casos puede haber solapamientos entre estas categorías. Por ejemplo, cierta información a nivel de dispositivo asistencial puede contemplarse también como información a nivel de sistema, y algunos datos de episodio (relativos a un episodio particular de contacto de un usuario con el servicio) pueden considerarse también como información a nivel de caso. Aún así, la distinción entre niveles de información es útil para clarificar cómo hay que procesar, analizar y utilizar esta información.

El Cuadro 1 ofrece ejemplos de niveles de información para cada una de las categorías de servicios descritas en la pirámide de *combinación óptima de servicios*.

Los diferentes tipos de información deben procesarse en niveles distintos del SISM.

No toda la información debe procesarse en el nivel central. Parte de ella puede conservarse para su análisis y utilización en el dispositivo asistencial.

El SISM debería incorporar tanto sistemas de gestión de los servicios como sistemas de registro de pacientes.

Es probable que se produzca cierto solapamiento entre niveles de información.

Cuadro 1. Ejemplos de niveles de información para cada tipo de servicio de salud mental

Tipo de servicio	Ejemplos de datos	Nivel de episodio	Nivel de caso	Nivel de dispositivo asistencial	Nivel de sistema
Atención primaria	> Diagnóstico de un usuario particular del servicio	Sí	Sí	No	No
	> Número de personas con diagnóstico de trastorno mental que acuden a los servicios	No	No	Sí	Sí
	> Número de contactos o atenciones por usuario con diagnóstico de trastorno mental	No	No	Sí	Sí
	> Intervención aplicada (p. e. medicación, asesoramiento)	Sí	Sí	Sí*	No*
	> Duración de la consulta	Sí	Sí	Sí	Sí
	> Relación de personal y funciones	No	No	Sí	No
	> Lista de medicación psicotrópica disponible	No	No	Sí	Sí
Servicios comunitarios formales de salud mental (SCSM)	> Diagnóstico de un usuario particular del servicio	Sí	Sí	No	No
	> Número de usuarios con diagnóstico de trastorno mental que acuden a los servicios	No	No	Sí	Sí
	> Número de contactos o atenciones	No	No	Sí	Sí
	> Intervención aplicada (p. e. medicación, asesoramiento)	Sí	Sí	Sí*	No*
	> Número de usuarios con trastornos mentales que acuden a los servicios (contando todos los SCSM)	No	No	No	Sí

Tipo de servicio	Ejemplos de datos	Nivel de episodio	Nivel de caso	Nivel de dispositivo asistencial	Nivel de sistema
Servicios psiquiátricos en hospitales generales	> Diagnóstico de un usuario particular del servicio	Sí	Sí	No	No
	> Número de personas ingresadas con diagnóstico de trastorno mental	No	No	Sí	Sí
	> Número de ingresos	No	No	Sí	Sí
	> Duración del ingreso	Sí	Sí	Sí	Sí
	> Estado de salud en el momento del alta	Sí	Sí	Sí	Sí
	> Número de camas	No	No	Sí	Sí
Servicios especializados y de larga estancia	> Diagnóstico de un usuario particular del servicio	Sí	Sí	No	No
	> Número de personas ingresadas con diagnóstico de trastorno mental	No	No	Sí	Sí
	> Número de ingresos	No	No	Sí	Sí
	> Número de ingresos involuntarios	No	No	Sí	Sí
	> Número de casos con contención física o aislamiento	No	No	Sí	Sí
	> Número de derivaciones a/desde otros sectores (p. e. tribunales de justicia)	No	No	Sí	Sí

*En algunos casos puede producirse cierto solapamiento entre estos niveles de información.

1.5 Beneficios de un SISM

Un SISM aporta diversos beneficios. Entre ellos se incluyen sus funciones como herramienta de planificación y prestación de servicios, y su capacidad de mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad de un sistema de salud mental (véase el Cuadro 2 para más detalles).

Cuadro 2. ¿Cuáles son los beneficios de un SISM?

Un SISM es una herramienta para la planificación y la prestación de servicios que busca mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad.

Como herramienta de planificación:

- > Puede ser un medio de obtener información precisa y consistente sobre un servicio de salud mental.
- > Ayuda a mejorar la coherencia de la planificación pues no es posible una planificación racional sin información precisa.
- > Es una herramienta esencial en la implementación y evaluación de una política. Sin información precisa, los gestores políticos no pueden evaluar si se están alcanzando los objetivos de la política.

Como herramienta de prestación de servicios:

- > Puede ayudar a los proveedores de servicios, por la vía de registrar y monitorizar las necesidades de los usuarios de los servicios.
- > Aporta una vía de informar de las intervenciones que son usadas y puede por lo tanto vincularse a la mejora continua de la calidad del servicio.

Efectividad. Al incluir indicadores explícitamente establecidos por el modelo de política del servicio de salud mental, el SISM proporciona información de en qué medida se están cumpliendo las metas y objetivos propuestos. Por ejemplo, si uno de los objetivos de la política es integrar los servicios de salud mental en los servicios de atención primaria, el SISM puede utilizarse para evaluar hasta qué punto esto está siendo así. De forma similar, al hacer un seguimiento de las intervenciones clínicas que se están llevando a cabo, los proveedores de servicios pueden ir continuamente evaluando su eficacia.

Eficiencia. Al suministrar los medios para evaluar los componentes de los recursos, los procesos y los resultados, el SISM ofrece cierta cuantificación de cómo se están empleando los recursos y, lo que es más importante, la información puede usarse para asegurar niveles de financiación adecuados para el servicio de salud mental.

Equidad. Al cuantificar explícitamente necesidad y cobertura, el SISM encara un reto capital de todo servicio de salud mental: proporcionar cuidados equitativos con recursos escasos. El SISM puede mejorar la rendición de cuentas y la transparencia de cara a la organización y de cara a las personas con trastornos mentales, sus familias y los grupos de fomento.

1.6 Problemas comunes en los sistemas de información sanitaria

Aunque los sistemas de información aportan diversos beneficios, algunos de ellos adolecen de problemas. Dichos problemas se pueden encontrar en cada una de las etapas representadas en la Figura 1.

- > **Recogida:** Los datos recogidos son a menudo de mala calidad. A veces no se informa a los clínicos sobre el por qué de recoger la información, ni sobre el modo en que será utilizada. La recogida insuficiente de datos es debida con frecuencia a unos trabajadores sanitarios sobrecargados y a que falta en la administración una política de información con sus correspondientes normativas (Robey & Lee, 1990).
- > **Procesamiento:** Gran parte de los datos recogidos va directamente al nivel nacional sin que sea utilizada en el local (De Kadt, 1989). Con frecuencia los sistemas de información se diseñan principalmente para los administradores de alto nivel y para los gestores políticos y no para que los use el personal o los gestores en el nivel de registro y elaboración de informes.
- > **Análisis:** Muchos de los datos recogidos y procesados quedan sin analizar. En caso de analizarse, el estudio consiste a menudo sólo en simples agregados que carecen de denominadores o que son imprecisos. La agregación de datos en los niveles superiores puede impedir que los datos sean lo bastante específicos para su aplicación local.
- > **Difusión:** Existe un exceso de datos inadecuados. Los supervisores del servicio de salud y los trabajadores periféricos del área de salud reciben raras veces *feedback* de los datos transmitidos a los niveles superiores (Robey & Lee, 1990) y, con frecuencia, las conclusiones de los informes no son accesibles para los gestores y planificadores políticos.
- > **Utilización:** La información puede que esté disponible, pero no se emplea. En los niveles de gestión se echa en falta formación sobre cómo utilizar la información y sobre cómo plantear cuestiones adecuadas y relevantes (Finau, 1994). Faltan a menudo la puesta en común de la información y la coordinación en el sector de la salud (Robey & Lee, 1990) así como entre los sectores.
- > **Recursos:** Los sistemas de información están con frecuencia centralizados en exceso y el personal no dedica el tiempo suficiente a la recogida y la gestión de la información. Los recursos asignados a los sistemas de información son a menudo insuficientes. En algunos casos se invierten recursos limitados en sistemas inadecuados, lo que podría ser peor que no asignar ningún recurso (Finau, 1994).
- > **Normas:** Los trabajadores de la salud disponen raramente de unas instrucciones estandarizadas de cómo recoger los datos y reciben, en el mejor de los casos, una escasa formación sobre métodos de recogida de datos.

En el caso de los SISM, en especial en los países en vías de desarrollo, es frecuente que las personas implicadas en el diseño y el mantenimiento de los sistemas de información carezcan de una comprensión adecuada de la salud mental. Por ejemplo, los casos no se archivan correctamente, no se lleva a cabo un seguimiento adecuado de las actividades de salud mental en atención primaria y la calidad de los datos varía entre los distintos niveles del servicio (p. e., hay información detallada disponible de los hospitales psiquiátricos pero la de los servicios comunitarios de salud mental y de atención primaria es inadecuada).

Estos problemas se ven agravados por cambios que afecten al conjunto del sistema de salud, tanto en términos de estructura como de rotación de personal. En lo que respecta a la estructura, muchos sistemas de salud mental están experimentando reformas, reorganizaciones y descentralizaciones importantes, incluyendo cambios en las fuentes y los mecanismos de financiación. Los sistemas de información deben por tanto estar diseñados para contar con esos cambios, y sin embargo escasean las definiciones de las nuevas funciones y responsabilidades resultantes de reformar los sistemas. Como resultado, los sistemas de información raras veces cumplen los requerimientos de la nueva administración.

Respecto al personal de salud mental, si existe un alto índice de rotación, los nuevos profesionales contratados no están familiarizados ni con la forma de recoger los datos, ni con los fundamentos de la recogida. Existe el riesgo de que estas personas aprendan sólo algunos de los métodos de recogida y codificación de datos. Esto crea errores sistemáticos en la forma en que se recogen los datos, los cuales podrían volverse inaccesibles.

Los sistemas de información sanitaria presentan varios problemas comunes.

Los administradores de los SIS carecen con frecuencia de una comprensión adecuada de la salud mental y de sus necesidades de información.

Una elevada rotación de personal puede crear problemas para el SISM.

“Gran parte del material queda sin procesar ni analizar, o si se analiza no se pone por escrito, o si se pone por escrito no se lee, o si se lee no se utiliza o no se actúa en consecuencia” (Chambers, 1983).

Estos problemas se resumen parcialmente en una variante de la “Ley de Finagle”: la información que tienes no es la que necesitas y la información que necesitas no es la que puedes obtener. Esto ocurre en parte porque los sistemas de información sanitaria se diseñan con un enfoque de arriba a abajo, sin implicarse apenas en la consulta con los servicios locales (Opit, 1987).

Es por lo tanto esencial una planificación cuidadosa del diseño y la implementación de los sistemas de información si se desea superar estos problemas comunes.

Para superar estos problemas comunes resulta esencial una cuidadosa planificación.

Puntos clave: Introducción

- Un SISM es un sistema para recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de salud mental y sobre las necesidades de salud mental de la población a la que atiende.
- La información debe obtenerse de diferentes servicios de salud mental. La OMS ha desarrollado un esquema para una combinación óptima de los servicios de salud mental que incluye; la gestión de los autocuidados, los servicios comunitarios no formales de salud mental, los servicios de atención primaria, los servicios psiquiátricos ubicados en hospitales generales, los servicios comunitarios formales de salud mental y los servicios especializados y de larga estancia de salud mental.
- Existen básicamente cuatro niveles de información relevantes para los SISM:
 - Nivel de episodio
 - Nivel de caso
 - Nivel de dispositivo asistencial
 - Nivel de sistemas
- Se pueden obtener diversos beneficios de un SISM.
- Existen asimismo varios problemas comunes que deben afrontarse a la hora de diseñar y poner en marcha un SISM.

2. Principios del desarrollo de un SISIM

Los siguientes principios se basan en las experiencias de varios países, tanto en el desarrollo de sistemas de información de salud (SIS) como en el de SISIM.

2.1 Comenzar por poco, pero manteniendo la visión de conjunto

Como primera norma, los planificadores deberían aspirar al desarrollo progresivo del SISIM y no tratar de crear desde el comienzo un diseño detallado de todo el sistema. En los años 60 y 70 los esfuerzos por emprender esta compleja tarea se encontraron muy a menudo con dificultades. En lugar de diseñar un sistema enorme y poco manejable que no pueda ser implementado, es preferible comenzar por poco y basarse en los éxitos y las necesidades descubiertas (Steve Sapirie, comunicación personal).

Al mismo tiempo es necesario no perder la visión de conjunto del SISIM. Esto quiere decir que el equipo que diseña el SISIM debe revisar las necesidades y capacidades de todas las partes implicadas en ese sistema, estudiando cuidadosamente en qué podrían contribuir de forma factible y qué podrían obtener del sistema (Lee & Dartnall, 1998). En otras palabras, el diseño del SISIM debe tener en cuenta las necesidades de 'arriba' (gestores políticos) así como las de 'abajo' (proveedores de servicios y receptores de datos). Por ejemplo, no tiene ningún sentido diseñar un SISIM que cuantifique indicadores clave para la política cuando no hay recursos (ni motivación) en el nivel de atención primaria para poder recoger y procesar los datos necesarios.

Esto también implica que deben tenerse en cuenta las necesidades de información de los diferentes niveles del servicio de salud mental. Con demasiada frecuencia se recoge información relativamente detallada de los hospitales psiquiátricos pero muy poca de las actividades de salud mental en los dispositivos de atención primaria. Al recoger y utilizar datos de todos los niveles del servicio, los planificadores están en mejores condiciones de obtener una visión holística del servicio y de las necesidades de la población. Puede establecerse una distinción entre sistemas de notificación, proyectos de investigación y sistemas de información, tal como se explica en el Cuadro 3.

Los siguientes principios se basan en las experiencias de varios países.

Comenzar por poco, pero manteniendo la visión de conjunto

Deben tenerse en cuenta las necesidades de información de los diferentes niveles del servicio.

Cuadro 3. Sistemas de notificación, proyectos de investigación y sistemas de información

Se puede establecer una distinción entre sistemas de notificación, proyectos de investigación y sistemas de información (Taintor & Laska, 2002):

- > Los *sistemas de notificación* no son sistemas de información. En ellos los datos van de abajo a arriba, desde las áreas locales al gobierno central, y casi ningún dato se devuelve a quienes los obtuvieron en primer lugar. Como resultado, los receptores de datos se sienten infravalorados y explotados, y a menudo expresan su resentimiento enviando formularios incompletos y datos de poca calidad. Tales sistemas no son sostenibles y tienen por lo tanto escaso valor a largo plazo para los planificadores o para el servicio.
- > Los *proyectos de investigación* rara vez llegan a convertirse en sistemas de información porque suelen ser proyectos individuales que se centran en un asunto particular (p. e. epidemiología). La información así obtenida es a menudo demasiado detallada o específica para que pueda usarse en un sistema de información. Los datos se recogen como un evento especial, fuera del trabajo rutinario de quienes los obtienen. Es más, los datos suelen centrarse en un punto concreto en el tiempo, y los investigadores son casi siempre académicos cuyas agendas puede que sean diferentes a las de los planificadores de servicios y gestores.
- > En cambio, los *sistemas de información* son métodos sostenibles para recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información, que se incorporan al funcionamiento de un servicio de salud mental. Están diseñados e implementados por personas que siguen participando en el servicio de salud mental y en su planificación, administración, atención y evaluación.

2.2 Uso de indicadores

El segundo principio de un SISM es que debe utilizar indicadores. Los indicadores son medidas que (i) resumen la información pertinente sobre un fenómeno particular, (ii) pueden emplearse para indicar o mostrar una situación determinada y por tanto (iii) pueden utilizarse para medir el cambio. En el contexto de la atención a la salud mental, los indicadores son medidas que resumen la información pertinente para el servicio de salud mental y la población a la que sirve. Constituyen un importante medio de medir el cambio en un sistema y una herramienta esencial del SISM. Si se cuantifican repetidamente, los indicadores pueden proporcionar información útil sobre la calidad del servicio (véase el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental, OMS, 2003b*).

Es importante establecer una diferencia entre los indicadores y los datos en bruto (también llamados “datos básicos”). Lo que distingue a los indicadores de los datos en bruto es que los indicadores son conjuntos de datos mínimos que tienen un *denominador*. Por ejemplo, un indicador del índice de ingresos en dispositivos de hospitalización requiere datos en bruto : (i) el número de ingresos en un periodo de tiempo determinado (numerador) y (ii) la población del área de influencia a la que se atiende (denominador).

Tanto los indicadores como los datos mínimos son valiosos para los sistemas de información. A nivel de caso, es habitual que los datos no tengan que ser convertidos en indicadores (como pueden ser los datos pormenorizados a nivel de caso y los datos de utilización de los servicios). A nivel del sistema, los datos deben convertirse en indicadores para la evaluación general de la planificación de los servicios y la política. Por lo tanto un SISM recoge datos que pueden convertirse en indicadores o que pueden emplearse para la práctica clínica habitual sin llegar a convertirse en indicadores.

Los indicadores son un medio esencial para resumir grandes cantidades de información y para medir el cambio de un sistema a través del tiempo. También son útiles para operativizar objetivos específicos de la política. No obstante, los indicadores deben adaptarse a las necesidades y capacidades de quienes los vayan a obtener y utilizar. Por ejemplo, puede que la mayor parte de los datos de un SISM tengan que permanecer como datos pormenorizados a nivel de caso y datos de utilización de los servicios, los cuales deberán gestionarse en el nivel de la prestación de los servicios mediante bases de datos eficientemente mantenidas.

Los indicadores son medidas que resumen la información pertinente para el servicio de salud mental y para la población a la que atiende.

Lo que distingue a los indicadores de los datos en bruto es que los indicadores son conjuntos de datos mínimos que tienen un denominador.

Los indicadores son un medio esencial para resumir grandes cantidades de información y para medir el cambio de un sistema a través del tiempo.

Una vez identificados los indicadores se pueden diseñar los sistemas de información basados en ellos, según su viabilidad y los recursos disponibles. Este aspecto se trata con más detalle en la sección sobre la evaluación de las necesidades (véase en el Anexo 1 el modelo de la OMS para indicadores de salud mental para los países).

Los indicadores pueden utilizarse para cuantificar varios aspectos del sistema de salud mental:

- > **Las necesidades** de salud mental de la población (p. e. Porcentaje de población que pertenece a grupos de riesgo).
- > **Los recursos:** los recursos que se invierten en el sistema de atención a la salud mental (Thornicroft & Tansella, 1999) tales como los recursos humanos, la financiación y los medicamentos (p. e. Número de profesionales de la salud mental por cada 100 000 habitantes, presupuestos para los programas de promoción de la salud mental expresados como porcentaje de los presupuestos de promoción de la salud).
- > **Procesos:** actividades del servicio, incluyendo la forma en que se presta el mismo (p. e. Número anual de ingresos en hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes, disponibilidad de actividades de promoción de la salud mental en centros de atención primaria).
- > **Resultados:** el efecto del servicio sobre la salud mental de la población atendida (p. e. Índice anual de suicidios, reducción de síntomas, nivel de discapacidad, calidad de vida).

Tradicionalmente, los planificadores suelen centrarse en los indicadores de recursos y de procesos, tanto a la hora de evaluar servicios como en la recogida de datos, y a menudo encuentran difícil crear indicadores sobre resultados. Parte de la dificultad estriba en que las intervenciones planificadas por los servicios de salud mental no siempre tienen un impacto directo en los resultados. Por ejemplo, la tasa de suicidios en un área o país concreto puede verse influenciada más por factores sociales o de otro tipo que por el control de los servicios de salud. Es más, la información sobre indicadores de resultados (aparte de la tasa de suicidios) puede ser difícil de obtener, en especial en entornos con pocos recursos.

De cualquier forma los indicadores de resultado son vitales, y pueden emplearse para planificar intervenciones tanto a nivel general (intersectorial) como a un nivel más focalizado (de servicio). Proporcionan un valioso medio para la evaluación del impacto de las intervenciones, desde la promoción de la salud mental hasta las intervenciones preventivas y terapéuticas, tales como la medicación y la psicoterapia. Sin estas medidas, los planificadores del servicio y los proveedores no disponen de forma alguna para determinar si sus esfuerzos están teniendo un efecto positivo sobre la población atendida.

Se ha puesto de manifiesto la preocupación por el sesgo inherente a la presentación de los resultados que hacen los proveedores de servicios (Blisker & Goldner, 2002). Estas inquietudes, no obstante, se han superado al poner el énfasis sobre el empleo de diversas fuentes de información cuando se lleven a cabo evaluaciones de resultados, señalando que las numerosas ventajas de una medición de resultados regular supera a las potenciales desventajas del sesgo del observador (Callaly, Coombs & Berk, 2003; Trauer, 2003). Como norma general, los indicadores de resultados para la salud mental deben elaborarse a partir de múltiples fuentes de datos, y precisan de la combinación de datos sobre la utilización del servicio, encuestas a los usuarios y resultados valorados por un médico.

2.3 Confeccionar un conjunto mínimo de datos

El tercer principio básico de todo SISM es que debería recoger la mínima información requerida. Un “conjunto mínimo de datos” quiere decir que sólo se recogerá y utilizará la información más esencial. Este principio subraya *el objetivo del SISM, que no consiste simplemente en reunir datos, sino también permitir la toma de decisiones*. En un contexto con recursos limitados, es necesario un conjunto mínimo de datos cuando el personal de atención al público no tiene tiempo para reunir la información detallada. Este principio sigue la filosofía de “comenzar poco a poco, expandir después”, si un SISM está funcionando bien y hay capacidad de expansión, ésta podría realizarse cuando surja la oportunidad. Por lo tanto, el diseño de un SISM debería basarse en la identificación de un conjunto mínimo de datos para el sistema (Bank, Goodman & Wanderling, 1989; Glover, 2000; Leginski et al., 1989; Lee & Dartnall, 1998).

Los indicadores pueden utilizarse para cuantificar varios aspectos de un sistema de salud mental: necesidades, recursos, procesos y resultados.

Los indicadores de resultado son particularmente importantes.

Un SISM debería recoger la mínima información requerida.

Tal como se mencionó anteriormente, la distinción entre indicadores y el conjunto mínimo de datos está en que los indicadores son la suma de datos mínimos que tienen un denominador identificado. Por esta razón son los indicadores los que tienen que determinar el conjunto de datos y no al revés (teniendo en cuenta, por supuesto, que los indicadores deben confeccionarse a partir de los datos que sea factible obtener). En otras palabras, los objetivos del sistema de información deberían determinar qué datos se recogen; los datos no deberían recogerse por el mero hecho de hacerlo.

El Anexo 2 proporciona un ejemplo de conjunto mínimo de datos empleado en un país concreto.

2.4 Hacer que el SIS sea de fácil manejo

El cuarto principio fundamental de un SIS es que éste debe ser accesible al usuario. Ya se trate de los usuarios finales que recogen y utilizan datos en las consultas, o de aquéllos implicados en el procesamiento, análisis y empleo de los datos para tomar decisiones de planificación y política, el propósito para el que se está recogiendo y utilizando la información debe estar claro, coherente y accesible. Si el personal comprende la finalidad de los datos que están recogiendo, es mucho más probable que se sientan motivados para llevar a cabo esa labor adecuadamente. Además de entender el propósito del SIS (el “porqué”), el personal también debe comprender con claridad qué es lo que se pide de ellos, y hay que proporcionarles los medios adecuados (el “cómo”). Esto incluye factores prácticos como los detalles sobre cómo cumplimentar un formulario, cómo comprobar la calidad de los datos y cómo llevar a cabo análisis rutinarios de los mismos. En resumen, los datos obtenidos deben tener “validez aparente” (ver definiciones) para quienes los estén recogiendo. Donde estas tareas se vuelvan complejas, son necesarias descripciones detalladas de los procedimientos y una determinada formación in situ, así como una supervisión adecuada. Esta es una función administrativa importante del sistema de salud.

Es más, en los sistemas de uso fácil implica que se debe premiar a los “usuarios” por sus contribuciones informativas proporcionándoles la información que necesiten. Los sistemas más accesibles al usuario ponen los informes a disposición de los proveedores de servicios locales. Los sistemas informatizados deberían permitir la elaboración de informes locales a tal efecto. Es más, los sistemas más accesibles al usuario proporcionan feedback a quienes aportan los datos, cosa que puede resultarles útil para su propio trabajo, por el hecho de hacer bien su labor. Una medida destacable para garantizar la buena calidad de los datos es utilizar los datos del SIS para distintos propósitos, como una mejor atención, administración, cobro por servicios y planificación de servicios. Estos datos pueden ser objeto de inspección y auditoría desde diversas fuentes.

2.5 Clarificar la relación con los sistemas de información de salud y otros sectores

(a) Relación con el sistema de información de salud (SIS)

Para que el SIS puede utilizarse en la planificación de salud es esencial clarificar su relación con el SIS. Por lo tanto es importante que se produzca una concienzuda consulta con los planificadores y administradores implicados en el diseño e implementación del SIS.

Existe una variedad de escenarios para la relación entre el SIS y el SIS: integración completa (en el que la información sobre salud mental se recopila como parte del resto de información sobre salud), integración parcial (en el que la información sobre salud mental puede recopilarse por separado pero es procesada por un dispositivo SIS para su análisis), o separación total (en el que la información sobre salud mental se recopila, procesa, analiza, difunde y emplea en un sistema completamente separado del SIS).

Los sistemas de información deben ser accesibles para el usuario.

Los datos obtenidos deben tener validez aparente para quienes los estén recogiendo.

Es necesario clarificar la relación entre el SIS y las necesidades del SIS.

Existen diversos escenarios: integración completa, integración parcial o separación total.

En el caso de que haya un alto nivel de integración de los servicios podría ser preferible una mayor integración de los sistemas de información. Por ejemplo, en los servicios de atención primaria, es probable que un SISM integrado en el SIS funcione porque muchas de las funciones del servicio de salud mental estarán integradas en el servicio de salud. Por el contrario, los dispositivos especializados en salud mental harían bien en mantener un SISM relativamente separado, al menos en lo que se refiere a los datos a nivel de caso y de dispositivo.

Por ejemplo, en el diseño del SISM en la provincia de Gauteng en Sudafrica, fueron mantenidas consultas minuciosas con el personal provincial y regional del SIS para identificar que datos podían ser factibles de ser recogidos, quien tenía acceso a la información y que aspectos fueron usados para la planificación de salud y la especializada (salud mental) (Centre Health Policy, 1998)

El Cuadro 4 presenta los beneficios de incorporar el SISM al SIS.

Cuadro 4. Beneficios de la incorporación del SISM al SIS

- > La planificación de las necesidades sanitarias de la comunidad puede llevarse a cabo de forma holística mediante la recogida de datos relevantes tanto para la salud física como para la salud mental.
- > Los sistemas de información de salud mental pueden hacer uso de la infraestructura del SIS existente para la recogida, procesamiento, análisis y utilización de los datos. Esto incluye compartir la infraestructura técnica (software y hardware) así como el tiempo del personal.
- > Los gestores del SIS pueden beneficiarse del conocimiento especializado que proporcionan los planificadores y los clínicos de salud mental a la hora de recopilar y utilizar datos relativos a la salud mental.
- > La búsqueda de compatibilidad de los sistemas de información es coherente con el principio de integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud fomentado por la OMS.

Aunque la compatibilidad del SISM con el SIS es deseable (OMS, 1990), no se trata de una labor sencilla, puesto que presenta grandes retos para los sistemas de información. Algunas de las cuestiones que es necesario tratar son:

- > ¿Hasta qué punto se puede incluir la información que necesitan los planificadores de salud mental en el SIS?
- > ¿Están dispuestos los planificadores de salud a incluir los datos sobre salud mental en sus conjuntos de datos mínimos?
- > ¿Tiene el SISM alguna necesidad específica que el SIS no pueda satisfacer?

Es necesario tener en cuenta estas preguntas a la hora de diseñar y poner en práctica el SISM, y las circunstancias locales influirán sobre ellas. En Zambia, por ejemplo, el reto ha sido llegar a incorporar un conjunto mínimo de datos para indicadores de salud mental en el SIMG. Hasta ese momento, la información sobre salud mental se había recogido basándose en los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que contienen dieciocho componentes (diagnósticos). Sin embargo, en el actual formulario de inclusión de enfermedades del sistema de información sanitaria de Zambia no tienen cabida para los distintos trastornos mentales. Sólo dispone de una categoría para “trastornos mentales”, en la que no se especifica la naturaleza del trastorno por limitaciones de espacio. Esto es así a pesar de los intentos por parte de los planificadores de salud mental por reducir los trastornos mentales a 13 indicadores en el nivel primario y 12 en los niveles secundario y terciario.

Al consultar con el personal del SIS, se aconsejó a los planificadores de salud mental que creasen un sistema paralelo para recopilar, procesar y analizar datos de salud mental de forma similar a otras enfermedades como la tuberculosis. No obstante, un SISM paralelo corre el riesgo de aislar aún más los asuntos relativos a la salud mental (John Mayeya, comunicación personal).

En el caso de que haya un alto nivel de integración de los servicios podría ser preferible una mayor integración de los sistemas de información.

Existen varios retos para hacer el SISM compatible con el SIS.

A continuación se tratarán con más profundidad sugerencias para determinar el nivel de integración de los servicios de salud mental en los servicios de SALUD y la implicación en los sistemas de información.

(b) Relación con los sistemas de información de otros sectores

Otra área importante es la relativa a sectores ajenos al sanitario. A pesar de que existe una creciente toma de conciencia acerca de la necesidad de afrontar los problemas de salud mental intersectorialmente, se ha hecho poco por adecuar los sistemas de información debidamente (De Kadt, 1989). La relación intersectorial es particularmente importante para la salud mental, y abarca la salud, los servicios sociales, la educación, la justicia criminal, el empleo y otros sectores, así como las ONGs. Por ejemplo, en muchos países, los intentos de reducir el tamaño de las instituciones psiquiátricas ha conducido a que un gran número de personas con trastornos mentales se hayan reubicado en cárceles. Por lo tanto es necesario hacer un cuidadoso seguimiento del número y características de las personas con trastornos mentales en el sistema judicial para permitir la planificación conjunta y la colaboración cuando sea necesaria.

Muchos países recopilan y presentan datos a través de los censos. Estos datos a menudo incluyen variables que ayudan a conocer la representatividad de los usuarios de los servicios de salud mental de un área dada comparándolos con la población general que habita en ella. Los datos pueden incluir la cantidad de beneficiarios de asistencia social, los niveles de ingresos y los niveles de hacinamiento en la vivienda. En Estados Unidos, por ejemplo, estos datos están disponibles online.

Otro ejemplo de la utilidad de la colaboración intersectorial para los sistemas de información es el trazado de mapas geográficos. En Papúa Nueva Guinea se trazaron mapas utilizando el censo nacional como base. Esto permitió obtener la distribución de los dispositivos, el acceso a los mismos, las condiciones sanitarias y otros detalles cubiertos por los sistemas comunes de codificación del Departamento de Salud. Los mapas son una manera eficaz de resumir información y son útiles para permitir la toma de decisiones, especialmente cuando los que las toman no tiene tiempo para estudiar enormes documentos o complejos datos estadísticos (Cibulskis & Hiawalyer, 2002).

Se puede acceder a un ejemplo del uso que un país puede hacer de la geoinformática en el área de la salud pública en la web de información de información sanitaria de Nueva Zelanda (<http://www.moh.govt.nz/phi>). Para un estudio más detallado sobre el uso de sistemas de información geográfica para SIs en general, consúltese Sauerborn & Karam (2000).

Estos servicios de información intersectorial constituyen una poderosa herramienta para la planificación intersectorial sobre asuntos como la reducción de la pobreza, los cuales tienen importantes implicaciones en la salud mental de la población. Debe tenerse en cuenta que no es fácil automatizar la transferencia de datos que reflejen factores causales o de riesgo relativos a problemas e intervenciones en salud mental, por lo que deben extremarse las precauciones al hacerlo.

2.6 Consultar con todas las partes implicadas

Dado que los sistemas de información requieren la participación de muchas partes implicadas, la consulta con éstas es esencial para el diseño y la puesta en práctica de los mismos.

Hay diversas partes implicadas con interés en el SISM. Cada grupo de partes implicadas tiene necesidades de información diferentes. Por ejemplo, los usuarios del servicio pueden querer información sobre qué tratamientos son los más eficaces de forma que puedan escoger el tratamiento que creen les pueda resultar más adecuado, los planificadores del servicio precisan información sobre la rentabilidad de los tratamientos y la cantidad de personas que los necesitan para poder así seleccionar qué tratamientos deberían proporcionar. Por lo tanto un SISM necesita tratar estas necesidades de forma práctica y factible.

El SISM debería reflejar la necesidad de un enfoque intersectorial para la atención a la salud mental.

La consulta con diversas partes implicadas es vital en el diseño e implementación del sistema de información.

La consulta con todas las partes implicadas es necesaria no sólo debido al imperativo ético de conocer la opinión de todos los implicados, sino también porque esas partes implicadas pueden proponer sugerencias útiles acerca de cómo se debería diseñar el sistema de información y qué datos deberían recopilarse. Además, lo más seguro es que las personas que hayan sido consultadas durante el diseño y desarrollo del sistema comprendan con mayor facilidad dicho sistema y participen en su puesta en práctica. Esto incluye tanto a los usuarios del servicio como a los proveedores. Para asegurarse de que las necesidades de los usuarios de los servicios de salud mental son atendidas con la mayor efectividad y eficacia posible, los médicos y los gestores del servicio necesitan un SISM que pueda agregarse rápidamente a ciclos de feedback sobre mejora de la calidad y provisión diaria de servicios. Dependiendo del tamaño del SISM, puede ser necesario consultar con las partes implicadas a nivel local, regional o nacional.

La implicación del equipo de salud mental en el diseño e implementación del SISM es esencial. Este equipo estará en posesión de información importante, como qué datos se pueden recopilar durante una consulta, las barreras éticas y terapéuticas de la recogida de datos, y los usos de los datos sobre salud mental en la planificación. Es más, es probable que la participación del equipo en el diseño y conceptualización del sistema conduzca a su participación activa durante la puesta en marcha y evaluación (Centre for Health Policy, 1998).

A lo largo del proceso de consulta será importante equilibrar las diversas necesidades de las partes implicadas en la salud mental. Hay un acuerdo sobre los conjuntos de datos y los formularios. Aunque es tentador pensar en un “conjunto mínimo de datos completo”, puede que en muchos casos no sea factible. El compromiso y el “toma y daca” se aceptan con más facilidad si se entienden y forman parte del proceso desde el principio. Por ejemplo, la necesidad de los médicos de disponer de tiempo efectivo en contacto directo con las personas con trastornos mentales limitará la cantidad de información que se espera obtener de forma rutinaria. Sean cuales sean los datos que se seleccionen, todas las partes implicadas deben comprender las dimensiones de la actuación y sus indicadores asociados, y deberían actuar como impulsores de la misma.

La Tabla 1 resume las diferentes partes implicadas y sus necesidades informativas.

La consulta puede aportar contribuciones útiles de las partes implicadas sobre la forma en que debería diseñarse e implementarse el sistema de información.

La implicación del equipo de salud mental en el diseño e implementación del SISM es esencial.

Será importante equilibrar las diversas necesidades de las partes implicadas en la salud mental.

Tabla 1. Partes implicadas en la salud mental y sus necesidades informativas

Parte interesada	Necesidades informativas
Personas con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> > Información sobre atención de buena calidad, accesible y asequible > Privacidad > Confidencialidad > Resultados
Familias de personas con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> > Información sobre los cuidados apropiados para el familiar > Información sobre la evolución y consecuencias de la enfermedad del familiar > Información sobre el apoyo disponible > Resultados
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> > Informes de casos > Guías terapéuticas > Vías de derivación > Recursos disponibles en servicios próximos > Resultados
Planificadores, administradores y gestores políticos	<ul style="list-style-type: none"> > Política y planes de salud mental actuales > Necesidades de servicios de la población > Recursos (inputs) disponibles para prestar los servicios > Proceso de prestación de cuidados > Resultados
ONGs	<ul style="list-style-type: none"> > Cualquiera de los anteriores, dependiendo de su enfoque > Áreas de solapamiento potencial o colaboración con el sector público > Política y planes de salud mental actuales

2.7 Vincular el desarrollo del SISM a un desarrollo más global de los servicios

El desarrollo de un SISM se lleva a cabo de forma más eficaz en el contexto de una reforma más amplia del servicio de salud mental. Esto presenta dos grandes ventajas; por un lado, el diseño del SISM se sustenta sobre las funciones específicas del servicio y de la gestión. La mejor manera de optimizar los sistemas de información y la forma en que se usan es centrándose en mejorar el sistema de gestión y los procesos en los que se va a emplear la información.

En segundo lugar, y en el contexto de unos cambios más amplios del servicio, el SISM puede aprovecharse de la inercia política y del apoyo recabados para el desarrollo del mismo. El apoyo de los ejecutivos de la alta dirección es crucial para el éxito del SISM (véase Evaluación de Necesidades, Tarea 1, a continuación). Un ejemplo lo encontramos en el desarrollo del SISM en la provincia de Gauteng, Sudáfrica. El proceso tuvo lugar en el contexto de una reforma más amplia de los servicios en la era post-apartheid (véase Evaluación de Necesidades, Tarea 2, capítulo 3).

2.8 Tener en cuenta datos rutinarios y no rutinarios

Aunque los sistemas de información estén “integrados” en el servicio de salud mental esto no quiere decir que siempre tengan que recopilar datos rutinarios. Tanto los datos rutinarios como los no rutinarios son valiosos para la planificación y la prestación de los servicios de salud mental.

Los datos rutinarios son aquéllos que se recopilan de forma regular y se emplean en la planificación rutinaria del servicio. Ejemplos de datos del servicio que se recopilan de forma rutinaria incluyen los informes de los diferentes niveles de los dispositivos sanitarios (primario, secundario y terciario), los programas de salud (p. e. programas de rehabilitación psicosocial) y los servicios administrativos (incluyendo las medicinas y los sistemas logísticos).

Los datos no rutinarios se recopilan de forma irregular y se suelen emplear para centrarse sobre un asunto concreto que preocupe a los planificadores, a los proveedores o a los usuarios del servicio. Algunos ejemplos de datos no rutinarios incluyen evaluaciones aisladas extraordinarias, estudios de investigación, auditorías, encuestas, sitios centinela (en los que la información se recopila con más detalle que la que se compila de forma rutinaria para el SISM) y las evaluaciones rápidas. Estas fuentes de datos otorgan al planificador unas perspectivas alternativas y pueden ser de ayuda para la consecución de objetivos específicos que normalmente no pueden alcanzarse con el SISM operativo. Estas fuentes de datos pueden necesitar recursos adicionales, incluyendo una financiación específica y un liderazgo sólido durante el desarrollo y puesta en marcha. Consúltense el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental*, en el que se presenta una discusión más detallada de las auditorías.

En Victoria, Australia, se exige a los servicios de salud mental que recopilen información rutinaria sobre la actividad de los mismos. La compilación rutinaria incluye información como qué pacientes se atienden, quién lo hace y durante cuánto tiempo. No obstante, el sistema también proporciona tres códigos que pueden definirse localmente (y que pueden cambiarse con facilidad). Por ejemplo, un servicio de salud mental podría decidir almacenar datos sobre la vivienda de los pacientes o sus resultados en los test psicológicos. Así, el sistema de almacenamiento rutinario tiene cierta flexibilidad para hacer uso de la recogida de datos no rutinarios.

En aquellos países con recursos limitados y en los que no están disponibles datos rutinarios, la compilación de datos no rutinarios puede ser una alternativa viable al sistema de información basado en la recogida de datos rutinarios. Ésta podría ser una medida intermedia en la que no existiría un sistema de información real pero que podría crear las bases para el desarrollo progresivo de un sistema básico de información rutinaria. (Consúltense en el Anexo 3 un ejemplo del uso de datos no rutinarios en la planificación de servicios de salud mental en Sudáfrica.)

En la Tabla 2 se presentan algunas de las diferencias entre los datos rutinarios y no rutinarios.

El desarrollo de un SISM se puede realizar con más eficacia si se trata como parte de una reforma más amplia del servicio de salud mental.

Los datos rutinarios son aquéllos que se recopilan de forma regular y se emplean en la planificación cotidiana del servicio.

Los datos no rutinarios se recopilan de forma irregular, y se suelen emplear para centrarse sobre un asunto concreto.

Tanto los datos rutinarios como los no rutinarios son valiosos para el SISM.

Tabla 2. Diferencias entre los datos rutinarios y no rutinarios.

Datos rutinarios	Datos no rutinarios
<ul style="list-style-type: none">> Se recopilan, analizan, difunden y emplean de forma regular.> La recogida de los datos forma parte laborable las funciones laborales de los proveedores y gestores de servicios clínicos.> Se emplean de forma rutinaria para la planificación de los servicios (p. e. Para los presupuestos y planes anuales del servicio).	<ul style="list-style-type: none">> No se recopilan regularmente.> Se centran en un asunto o preocupación específico (p. e. La evaluación de un proyecto de desinstitucionalización).> Pueden necesitar financiación adicional o la asignación de tiempo laboral extra para la recogida, el análisis y la difusión.> Puede aportar información para iniciativas políticas o de planificación específicas.

2.9 Considerar cómo deberían incluirse los datos epidemiológicos en el SISM

Una cuestión crucial que surge en la planificación de un SISM es: ¿cuál es papel de los datos epidemiológicos y cómo deberían incluirse en el mismo?. Los datos epidemiológicos son difíciles de emplear en un SISM por varias razones. En primer lugar, los datos epidemiológicos sobre las tasas de trastornos mentales en la comunidad tienen poco que ver tanto con la utilización de los servicios de salud mental como con la necesidad de tratamiento (muchas personas con trastornos mentales no hacen uso de los servicios mientras que algunas personas sin trastornos sí lo hacen). En segundo lugar, los estudios epidemiológicos psiquiátricos son tareas complejas que requieren muchos medios y que por tanto pueden absorber muchos de los recursos más necesarios para planificar y desarrollar los servicios y los sistemas de información prioritarios, en especial en los países de bajos ingresos. En tercer lugar, la incidencia de algunos trastornos (p. e. esquizofrenia) puede no ser sensible al cambio de la misma forma que lo son para las enfermedades infecciosas, aunque esos trastornos puedan tratarse.

Muchas personas en el campo de la salud mental llevan cierto tiempo lidiando con este problema metodológico (Andrews & Henderson, 2000). Es necesario desarrollar métodos económicos para la evaluación de necesidades basados en las necesidades de la población que permitan a los planificadores del servicio monitorizar las demandas asistenciales.

En otros módulos del Conjunto de Guías de la OMS (p. e. *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental; Recursos humanos y formación en salud mental*) se ha tratado este tema, enfatizando el uso conjunto de los datos epidemiológicos con otros datos de utilización del servicio y con datos cualitativos obtenidos, por ejemplo, de informantes clave. También es posible adaptar datos epidemiológicos de otros entornos a las condiciones locales. En el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental* se describe un método para ello.

Como norma general, para propósitos de planificación los datos epidemiológicos deberían emplearse en conjunción con otros datos en los sistemas de información. En ausencia de datos epidemiológicos puede ser necesario emplear otros procedimientos alternativos (p. e. Evaluaciones rápidas, encuestas centinela y la obtención de información epidemiológica de otros países similares) en lugar de utilizar los limitados y valiosos recursos disponibles para realizar costosas y complejas encuestas que además consumen mucho tiempo.

Puede haber situaciones en las que la vigilancia epidemiológica sea un componente necesario de un SISM, pero en la mayoría de los casos la ausencia de estos datos no comprometerá la función del SISM. En la mayoría de los países en vías de desarrollo lo más urgente es desarrollar sistemas de información precisos que faciliten el seguimiento de la prestación de servicios y su impacto.

Los datos epidemiológicos son difíciles de usar en un SISM por varias razones.

Otros módulos del Conjunto de Guías están dedicados al uso de datos epidemiológicos junto con otros datos del servicio.

Cuando los recursos son limitados, éstos no deberían invertirse en costosas y complejas encuestas epidemiológicas que además consumen mucho tiempo.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo lo más urgente es desarrollar sistemas de información precisos que faciliten el seguimiento de la prestación de servicios y su impacto.

2.10 Asegurar la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento

Uno de los pilares sobre los que se sustenta un SISM debería ser preservar la privacidad de aquellas personas a quienes se solicitan sus datos personales para la prestación y planificación de los servicios. La confidencialidad es especialmente necesaria cuando la información se comparte. Se puede considerar la transferencia temporal de la propiedad de la información a cambio de un servicio concreto (Smith, 2000). Durante este intercambio, las personas con trastornos mentales y sus familias confían en que el servicio de salud mental salvaguardará la privacidad de la información.

Es por tanto importante que el SISM tome todas las medidas necesarias para asegurar que la información privada se comparte sólo con aquellos profesionales que necesiten acceder a la misma, y que se eliminen las referencias personales cuando se vaya a emplear para la planificación del servicio. Deben existir unos sistemas y medidas claras para que esto sea así, y debería tenerse en cuenta desde el principio, desde que se diseña el SISM. Esto incluye determinar quién almacena los datos, qué información identificativa se emplea y quién tiene acceso a los datos tanto en su forma identificada como anónima. Es más, deben hacerse todos los esfuerzos posibles para asegurar que los informes se conservan en un entorno seguro y protegido frente a robos, pérdidas, accesos no autorizados, modificaciones y otros usos inadecuados (Centre for Health Policy, 1998).

En el derecho del usuario a la privacidad y a la confidencialidad va implícito el derecho a saber qué información se está recogiendo, y tener acceso a la misma. Si la información fuera a trasladarse de un archivo confidencial con el propósito de utilizarse en la planificación del servicio es necesario obtener el consentimiento del usuario.

Debido al riesgo de estigmatización, es particularmente importante que la información privada acerca de una persona con un trastorno mental se trate con confidencialidad dentro del SIMG. Por ejemplo, el personal administrativo de medicina general que gestiona los datos sobre personas con trastornos mentales debe recibir formación para comprender la importancia de mantener la confidencialidad dentro de la comunidad local.

Consúltese el archivo www.nzhis.govt.nz/documentation/mhinc/AK983340.pdf para ver una discusión completa acerca de estos asuntos éticos según el Proyecto Nacional de Información sobre Salud Mental de Nueva Zelanda. Además, el Código de Privacidad de la Información de Medicina General de Nueva Zelanda está disponible en www.privacy.org.nz/comply/HIPCWWW.pdf.

2.11 Tener en cuenta las necesidades específicas de información sobre salud mental

Los procedimientos médico-legales para el ingreso de personas con trastornos mentales pueden requerir la recogida de información específica, dependiendo de la legislación vigente en cada país. El SISM debería por tanto abarcar estas necesidades específicas de información, entre las que se encuentran:

- > Necesidades específicas de confidencialidad
- > Datos sobre ingresos involuntarios
- > Documentación sobre la contención física y el aislamiento
- > Enlaces con otros sectores, especialmente con los tribunales de justicia

Para este propósito se requieren procedimientos específicos de recogida y procesamiento de datos.

Un pilar sobre el que se sustenta un SISM debería ser preservar la privacidad y la confidencialidad.

Los usuarios del servicio tienen el derecho a saber qué información sobre ellos se está recogiendo y deberían tener acceso a la misma.

Los servicios de salud mental pueden tener necesidades específicas de información que deben atenderse.

Puntos clave: principios de un SISM

Los siguientes principios son vitales para el desarrollo de un SISM:

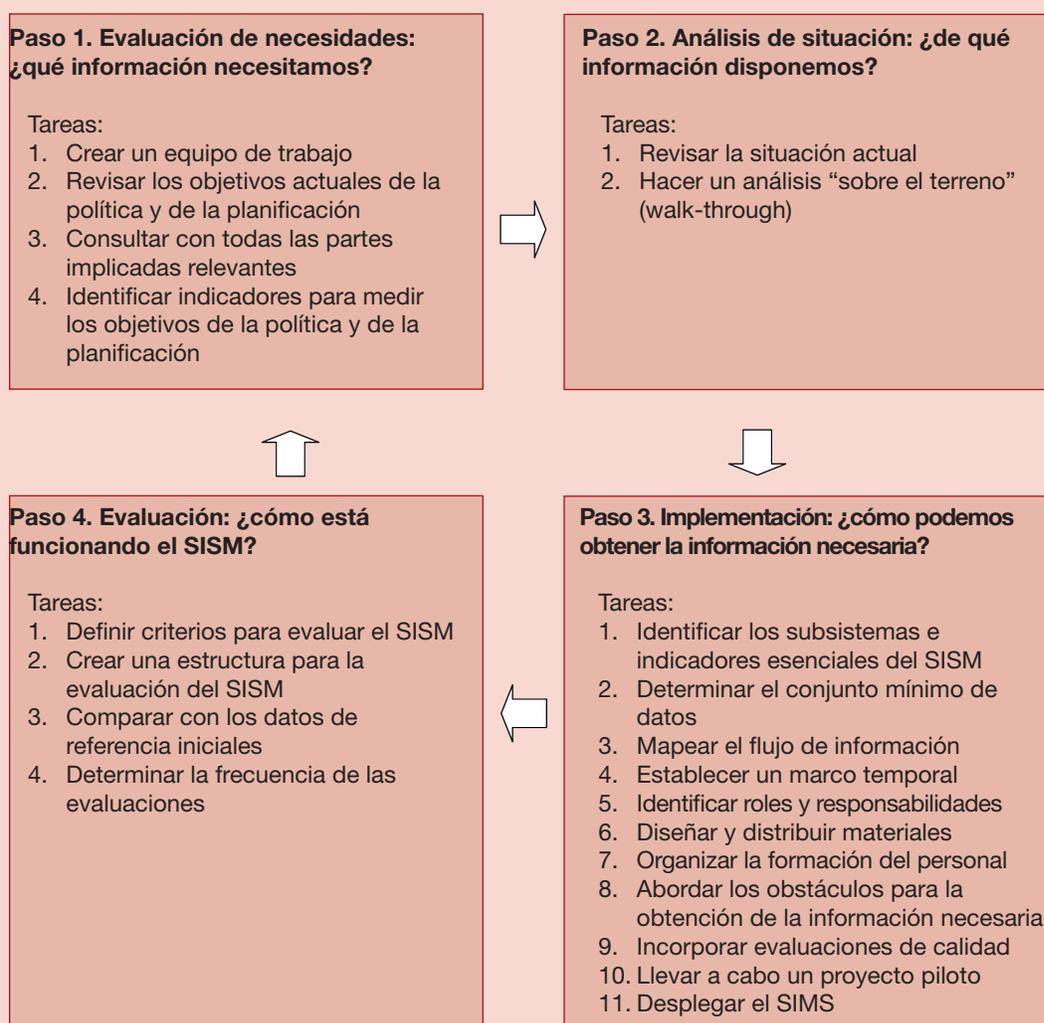
- Comenzar poco a poco, pero no perder de vista el objetivo general
- Utilizar indicadores
- Confeccionar un conjunto mínimo de datos
- Hacer que el SISM sea fácil de usar
- Clarificar la relación del SISM con los sistemas de información en medicina general y otros sectores
- Consultar con todas las partes implicadas
- Asociar el desarrollo del SISM al desarrollo más global de los servicios
- Tener en cuenta datos rutinarios y datos no rutinarios
- Tener en cuenta la incorporación de datos epidemiológicos en el SISM
- Asegurar la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento
- Abordar las necesidades específicas de información de la salud mental

3. Pasos para el diseño e implementación de un sistema de información de salud mental

Este módulo conduce a los planificadores a través de un proceso paso a paso que les ayudará a determinar las necesidades de información, a analizar los sistemas de información actuales, a implementar los sistemas de información que se hayan planificado y a evaluarlos. Este proceso paso a paso puede reducirse a un esquema de cuatro preguntas:

- > ¿Qué información necesitamos? (Evaluación de necesidades)
- > ¿De qué información disponemos? (Análisis de situación)
- > ¿Cómo podemos obtener la información necesaria? (Implementación)
- > ¿Cómo están funcionando los sistemas de información? (Evaluación)

Figura 3. Pasos en el desarrollo de un sistema de información de salud mental



Los etapas de la planificación descritos en este módulo están *estructuradas en forma de ciclo*. Esto implica que la etapa final, la evaluación del SISM, conduce de forma natural a la identificación de nuevas informaciones necesarias para el mismo. Se trata por lo tanto de un proceso iterativo que requiere revisiones y observación constantes (Lee & Dartnall, 1998). Por ejemplo, los criterios para la evaluación (Paso 4) deben tenerse en cuenta durante las etapas iniciales de la evaluación de necesidades (Paso 1) y del análisis de situación (Paso 2). Esto permite incorporar la evaluación continua del SISM en su diseño y puesta en marcha.

Este ciclo de planificación no debería aplicarse de forma rígida, sino que debería adaptarse a las necesidades específicas de cada país. Por ejemplo, los Pasos 1 y 2 no tienen por qué ser necesariamente secuenciales; un país puede elegir llevar a cabo un análisis de situación antes de la evaluación de necesidades.

Paso 1. Evaluación de necesidades: ¿qué información necesitamos?

Tarea 1: crear un equipo de trabajo

La primera tarea en una evaluación de necesidades es crear un equipo que se haga responsable del diseño y puesta en marcha del SISM. Debido a las complejidades organizativas, administrativas y técnicas que conlleva la reforma de un sistema de información se hace necesario disponer de un equipo interdisciplinar (Lippeveld, 2000a). El equipo debería incluir un ejecutivo de alta dirección, un representante del personal clínico de base, un representante del personal administrativo a cargo de los registros médicos, un miembro de la unidad del SIS, un experto y, si fuera posible, a los usuarios del servicio y a los cuidadores. Es importante que un miembro del SIS esté implicado en el desarrollo del SISM, ya que el sistema necesita desarrollarse en el contexto del SIS (véase la discusión anterior acerca de los Principios de un SISM). En ocasiones puede recurrirse a personas con experiencia en SISM e informatización ajenas al servicio local.

Dado que el desarrollo o reforma de un SISM es en el fondo un proceso de cambio, es posible que encuentre oposición, y por ello es importante que un directivo de alto nivel lo defienda. En su descripción del desarrollo de un sistema nacional de información sanitaria, Foltz (1993) señala que “el liderazgo se ha citado habitualmente como un factor en la transferencia de tecnología. En el caso del sistema de Chad, éste fue crucial. El Director-General, que estaba firmemente a favor de un sistema de información integrado y exhaustivo, fue capaz de movilizar al personal y negociar un consenso”. Si no hay disponible ningún ejecutivo de alto nivel que apoye la iniciativa puede ser necesario identificar posibles candidatos y persuadirlos.

Dentro del grupo de tareas deberá crearse un subgrupo que lidere el proceso, que reúna la información entre las reuniones y que se asegure de que la reforma siga su curso.

La composición del grupo de tareas es un reflejo de la necesidad de diseñar un sistema que responda a las necesidades del entorno local. Finau (1994) advierte acerca del riesgo de buscar expertos externos: “el desarrollo de sistemas de información sanitaria ha dependido en gran medida de consultores foráneos que no se quedan el tiempo suficiente como para comprender el sistema de salud y su entorno de forma que puedan hacer un seguimiento completo del sistema”. Es por lo tanto vital que el equipo de trabajo se cree con vistas a asegurar la sostenibilidad a largo plazo del sistema de información. Esto incluye el diseño local y, en su caso, programas informáticos locales a fin de garantizar la autosuficiencia nacional y la capacidad de modificar y mantener el sistema.

Los etapas de la planificación descritos en este módulo están estructuradas en forma de ciclo.

Este ciclo de planificación debe adaptarse a las necesidades específicas de cada país.

La primera tarea es crear un equipo.

El apoyo de los ejecutivos de alta dirección es esencial.

La pertenencia al grupo debe ser sostenible a largo plazo.

Cuadro 5. Ejemplo de Tarea 1: crear un equipo de trabajo

Los planificadores de un departamento de salud provincial decidieron revisar el SISM existente y diseñar uno más adecuado. El departamento de salud atendía a una población de 5 millones de usuarios, de los cuales el 60% vivían en áreas urbanas o peri-urbanas. Como punto de partida se formó un equipo de trabajo, que incluía un coordinador de SISM (un gestor de un servicio de salud mental), una enfermera psiquiátrica responsable de la prestación de servicios y de la supervisión de las enfermeras generales en centros de atención primaria, un miembro del sistema de información del departamento de salud y un investigador/capacitador del departamento de psiquiatría de la universidad local. La directora del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la provincia concedió su apoyo incondicional y se comprometió a actuar como defensora del proyecto a nivel directivo cuando fueran necesarias decisiones políticas.

Tarea 2: revisar los objetivos actuales de la política y de la planificación

Una vez creado el equipo, su primera tarea será efectuar una revisión de los objetivos políticos y de la planificación en salud mental. Esta tarea es esencial porque un sistema de información adecuadamente conceptualizado y coherente con la política tiene más posibilidades de proporcionar la mínima información necesaria con los limitados recursos disponibles. Es muy probable que un sistema de información que no se base en la política y en los planes compile y procese información que, en el mejor de los casos, no será coherente con la política y que en el peor de los casos se convertirá en un obstáculo para su puesta en marcha.

Por tanto, las preguntas que debe responder el equipo de trabajo son: ¿cuáles son los objetivos actuales de la política y la planificación y qué información se necesita para determinar si esos objetivos se están alcanzando?

Como ejemplo, la mayoría de las políticas basadas en pruebas recomiendan el desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios, la reducción de las instituciones psiquiátricas y la integración de la salud mental en la atención primaria de salud. Para esta política sería necesario diseñar un sistema de información que sea capaz de monitorizar los diversos aspectos del sistema (las necesidades de salud mental de la población a la que se atiende, los servicios de salud mental comunitarios, las instituciones psiquiátricas, los niveles secundario y terciario de atención y el impacto de los servicios en la salud mental de la población) para poder determinar si los objetivos de la política se están alcanzando. (Se puede obtener más información sobre el desarrollo de una política de salud mental en el módulo *Política, planes y programas de salud mental - versión actualizada (en inglés)* disponible en www.who.int/mental_health/resources/en/policy_plans.PDF).

A la hora de identificar las áreas de la política y la planificación que tratará el SISM también es necesario tener en mente el modelo general de los servicios de salud mental. Es imprescindible centrarse en los servicios de salud mental, ya que el propósito del SISM no es sólo recopilar y procesar datos sino también mejorar los servicios y, en última instancia, mejorar la salud mental de la población. El modelo piramidal de distribución óptima de los servicios de la OMS, descrito en la introducción de este módulo, proporciona un modelo útil para comprender la relación entre diversos tipos de servicios.

Resumiendo, esta tarea requiere el desarrollo de una visión de conjunto para el SISM: ¿qué es lo que el SISM pretende lograr y qué objetivos de la política y de la planificación deben tenerse en cuenta? El ejemplo que se muestra a continuación en el Cuadro 6 está tomado de los servicios de salud mental de Sudáfrica, e ilustra cómo se puede diseñar un sistema de información tomando como base los objetivos políticos existentes.

El sistema de información debería basarse en los objetivos actuales de la política y de la planificación.

El modelo general del servicio de salud mental también debe tenerse en cuenta.

Esta tarea requiere el desarrollo de una visión de conjunto para el SISM.

Cuadro 6. Ejemplo de la tarea 2: diseñando un sistema de información de salud mental a partir de la política existente

En 1997 se publicó la nueva política de salud mental de Sudáfrica. Ésta decía: “es necesario planificar y coordinar un servicio de salud mental comunitario e integral en los niveles nacional, provincial, de distrito y comunitario que pueda integrarse con otros servicios de salud”. (Departamento de Salud, 1997). La Dirección de Salud Mental de la provincia de Gauteng reconoció la insuficiencia de los sistemas de información vigentes para monitorizar la puesta en marcha de esta política. Se encargó a los investigadores del Centro de Política Sanitaria de la Universidad de Witwatersrand que identificaran las necesidades de información sobre salud mental en todos los niveles del sistema de salud. A lo largo de un año, los investigadores entrevistaron a las partes implicadas en los SIS, equipos de salud mental comunitaria, centros de atención primaria, hospitales generales de distrito y hospitales psiquiátricos. El sistema que se creó a partir de estos datos trataba de proporcionar información rutinaria de calidad sobre las actividades que tuvieran lugar en la comunidad y en los servicios de salud mental hospitalarios tanto a los usuarios finales como a los gestores. Los objetivos de esta información eran: (i) medir aspectos de la efectividad y eficacia del programa de salud mental; (ii) medir los recursos (inputs), procesos y resultados del programa de salud mental, y (iii) ayudar en la toma de decisiones relativas a la planificación y a la política dentro del servicio de salud mental (Lee & Dartnall, 1998).

Tarea 3: consultar con todas las partes implicadas

Una vez revisados los planes y las políticas, el equipo de trabajo debe emprender un proceso de consulta con todas las partes implicadas. Este proceso no sólo debería tener lugar después de revisar las políticas, o antes de acometer la siguiente tarea (identificar los indicadores), sino que lo más adecuado, como se mencionó en la introducción, es que la consulta sea parte esencial de todo el proceso de diseño, puesta en práctica y evaluación del SISM. La mayoría de los gobiernos reconoce que una inversión de esta magnitud debe servir a varios propósitos y usuarios y que, por tanto, una consulta rigurosa merece el tiempo y los recursos invertidos.

Algunas de las preguntas para las partes implicadas pueden incluir las siguientes:

- > Responsable de la toma de decisiones: ¿cuáles son sus necesidades informativas y cómo emplearán la información?
- > Proveedores de servicios: ¿cuáles son sus necesidades informativas y qué información pueden proporcionar? ¿Qué experiencias han tenido con los sistemas de información? ¿Cómo se beneficiarán del sistema de información? ¿Qué datos rutinarios a nivel de caso y de transacción necesitan para gestionar su trabajo?
- > Personal de recogida y análisis de datos: ¿qué habilidades para la recogida y el análisis de datos poseen y cuáles son sus necesidades formativas? ¿Con qué dificultades se han encontrado en el pasado?
- > Usuarios del servicio y grupos de fomento: ¿qué información es admisible y cuál vulnera los derechos a la confidencialidad y a la privacidad?

Los siguientes ejemplos de Camerún y Chad (Cuadro 7) dan una indicación de la potencial complejidad del proceso de consulta, mostrando que aún así es útil.

La consulta con un amplio rango de partes implicadas es esencial.

Cuadro 7. Ejemplos de la tarea 3: consultas en el desarrollo de los sistemas de información sanitaria

1. Definición y selección de indicadores nacionales: un enfoque participativo en Camerún

“En 1991, el Ministerio de Salud de Camerún decidió poner a punto su sistema de información sanitaria después de que un estudio revelase grandes deficiencias en el mismo. El Ministerio quería que este ejercicio fuese lo más participativo posible. Se seleccionó a los usuarios potenciales (unidades de salud, representantes de los niveles de distrito, provincial, nacional y comunitario) y a otras personas clave, incluyendo representantes del sector privado, de otros sectores (asuntos sociales, finanzas y planificación) así como agencias donantes. La metodología adoptada consistió en elaborar un listado con las funciones y actividades en todos los niveles del sistema de salud, y después definir las necesidades informativas y los indicadores. Para reflejar el hecho de que las prioridades de Camerún eran de carácter gerencial más que clínicas o epidemiológicas, el sistema se llamó “sistema de información de gerencia sanitaria” (SIGS).

Tras debatir durante dos años en talleres y ‘largas’ reuniones, se elaboró una lista de 255 indicadores, se identificaron debilidades en el sistema de información y se desarrollaron y probaron soluciones para la reforma del sistema. La mayoría de los participantes en el proceso de selección de indicadores se dieron cuenta de que la lista debía reducirse drásticamente. Fue muy difícil convencer a los directores del programa para que redujeran el número de indicadores asociados a sus respectivos programas. Los epidemiólogos fueron todavía menos flexibles y no estaban dispuestos a admitir que algunos indicadores fueron intelectualmente cautivadores pero operativamente difíciles de medir. Los debates eran por momentos muy acalorados.

Se definieron criterios objetivos para seleccionar los indicadores, tales como validez del indicador, dificultad y coste de obtención e impacto. Muy a menudo las opiniones de los interesados divergían respecto a la clasificación. Fue necesario un año más para completar la lista de indicadores. Sin embargo, el ministerio decidió entonces, de forma bastante arbitraria, que el SIGS incluiría los primeros 50 indicadores que aparecían en la nueva lista. Los demás indicadores se quedarían ‘en espera’ hasta que surgiese la necesidad de emplearlos.

Aunque este proceso participativo fue en cierto modo ineficaz, sí que tuvo éxito a la hora de implicar a todos los participantes. A lo largo de los muchos meses de discusión y debate el entusiasmo y la implicación personal de muchos de los participantes se fueron avivando. Como resultado, los profesionales de la salud, desde el nivel del centro de salud hasta el nivel central, sintieron que habían contribuido a definir los indicadores nacionales.”

Fuente: (Bodar & Shrestha, 2000).

2. La importancia de alcanzar el consenso en el desarrollo de los sistemas de información sanitaria en Chad

“El principal componente fue el uso de un proceso de consenso que implicó tanto a los compiladores de datos como a los usuarios de los mismos en el diseño del sistema de información. Los compiladores podían estar seguros de que lo que estaban recogiendo tenía un propósito para los otros y para ellos mismos. Los usuarios se vieron obligados a examinar atentamente qué datos necesitaban y cómo los usarían exactamente para planificar y/o gestionar. Al tener que forjarse compromisos y sentarse a la mesa frente a sus competidores por los datos, tanto los usuarios como los compiladores se dieron cuenta de la complejidad de los factores implicados y de que, a largo plazo, jugar a “todo o nada” con sus colegas del Ministerio no les daría lo que necesitaban. El enfoque consensuado fue posible también al darse cuenta de que los recursos en Chad eran tan limitados que no habría suficientes para cada programa o junta directiva. A medida que los participantes se fueron percatando de que el sistema se adaptaría (en la medida de lo posible) a sus necesidades de datos y a su capacidad de recogida, ganando confianza en los procedimientos” (Foltz, 1993).

Los resultados de este proceso de consulta necesitan ajustarse en una etapa posterior de acuerdo a su viabilidad. Tal y como recomiendan Lippeveld y Sapirie (2000): “Permita una amplia participación en el proceso de diseño del sistema de información sanitaria, asegurando eso sí la solidez técnica durante todo el proceso empleando un equipo de diseño de sistemas de información sanitaria”. El diseño técnico debe estar firmemente vinculado a las detalladas tareas de atención y de administración de programas.

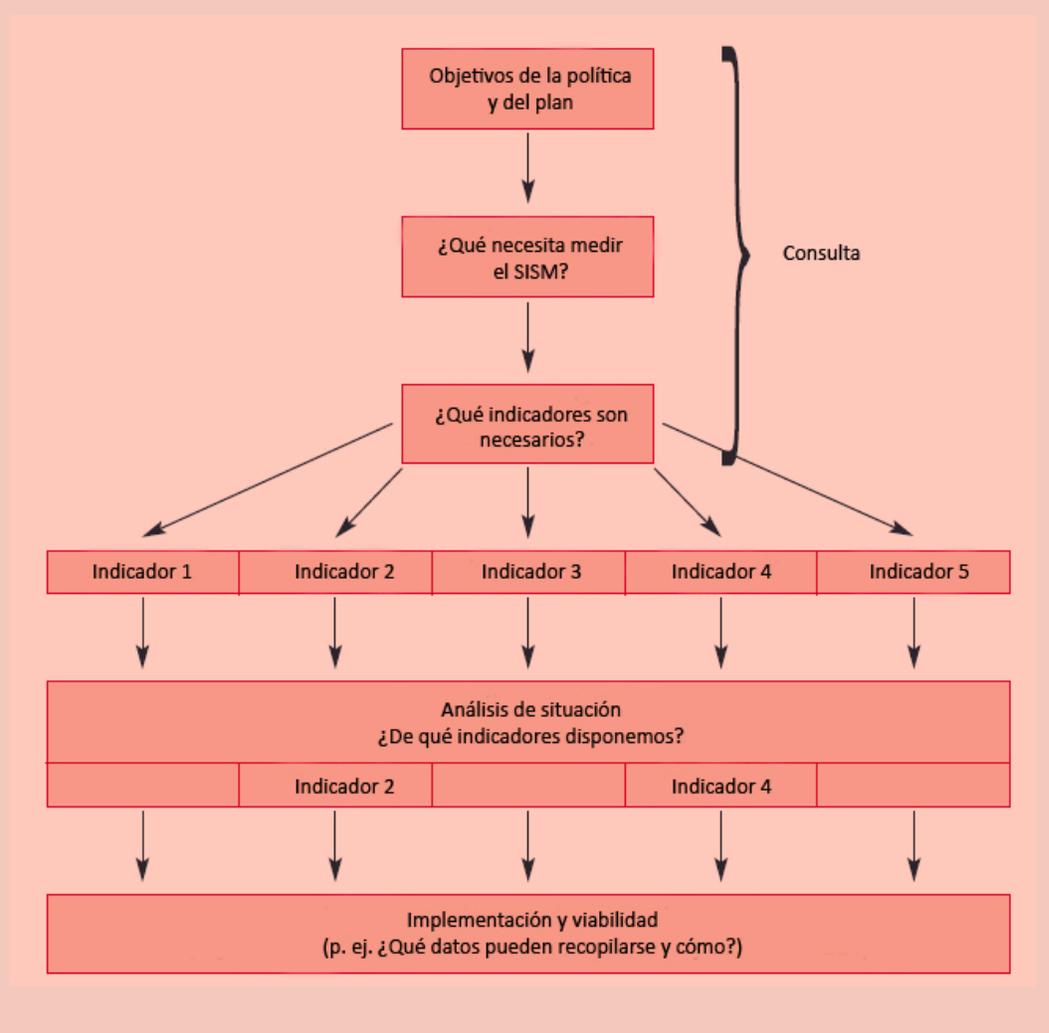
Tarea 4: identificar los indicadores para medir los objetivos de la política y de la planificación

La siguiente tarea consiste en comenzar a convertir los objetivos de la política y la consulta en ítems (indicadores) que puedan ser evaluados por un sistema de información. Como norma general, a la hora de ayudar a los planificadores en su tarea de pasar de la política a los sistemas de información requerido, *los indicadores son esenciales* (Lippeveld & Sauerborn, 2000).

Los indicadores pueden utilizarse para medir determinados aspectos de la implementación de la política. Por ejemplo, si la introducción de un componente de salud mental en atención primaria es uno de los objetivos de la política, es necesario desarrollar un conjunto de indicadores que puedan medir el nivel de integración de la atención a la salud mental en medicina general a nivel primario. Una vez identificados estos indicadores se puede continuar con el diseño del sistema de información, basándose en la viabilidad de la recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización de los datos necesarios (Figura 4).

La siguiente tarea consiste en convertir los objetivos de la política y de la planificación en ítems que puedan ser evaluados por un sistema de información.

Figura 4. Evolución desde la política hasta los sistemas de información: los indicadores son clave



Esta tarea requiere por tanto la identificación de un conjunto de indicadores que puedan medir los objetivos actuales de la política y la planificación.

Elegir unos indicadores adecuados requiere un alto grado de reflexión y consenso entre los usuarios potenciales (véase el apartado sobre Consulta, más arriba). Para que la lista de indicadores sea simple y directa puede que sea útil hacer las siguientes preguntas (Bodart & Shrestha, 2000):

- > Validez: ¿mide el indicador lo que se supone que debe medir?
- > Fiabilidad: ¿ofrece el indicador una medición coherente?
- > Coste: ¿valieron la pena los recursos necesarios para medir el indicador?
- > Relevancia: ¿qué decisiones útiles se pueden tomar a partir del indicador?
- > Especificidad: ¿puede el indicador apreciar los cambios que ocurren en la situación objeto de estudio?
- > Sensibilidad: ¿representa el cambio medido por el indicador un cambio verdadero de la situación?
- > Equilibrio: ¿disponemos de un conjunto de indicadores que valoren los diferentes componentes del servicio de salud mental?
- > Captura de datos: ¿cómo, cuándo y dónde se recogerán los datos necesarios?

La dificultad presente en la selección de indicadores se ve claramente en el ejemplo anterior sobre la selección y definición de indicadores nacionales en Camerún. Tal como Cibulskis e Izard (1996) advierten: “el desarrollo de indicadores debe tener en cuenta la realidad de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo y las restricciones bajo las que operan. Sería mejor identificar qué medidas simples se podrían generar a partir de los sistemas existentes en lugar de definir medidas que requieran un esfuerzo especial para obtener los datos. Es también necesario prestar más atención al uso potencial de la información en la toma de decisiones que a los fundamentos teóricos para la selección de indicadores”.

Un modelo para recopilar indicadores

Es necesario un modelo para recopilar los numerosos indicadores que pueden emplearse en los sistemas de información de salud mental. El modelo de la OMS comprende una variedad de diferentes subsistemas del SISM que pueden existir en un país (Sapirie, 2000). Los cuatro ‘subsistemas’ interrelacionados son:

- > **Informes rutinarios de servicio** desde los sistemas de salud esenciales en el nivel de atención primaria, los servicios de salud mental comunitarios, los servicios de psiquiatría en los hospitales generales y los servicios especializados en salud mental.
- > **Informes sobre programas especiales**, como la recogida de datos no rutinarios para una iniciativa concreta (p. e. Una iniciativa de prevención del suicidio o un programa de promoción de la salud mental en las escuelas).
- > **Sistemas administrativos**, incluyendo información sobre recursos humanos, sistemas logísticos, medicamentos e información financiera.
- > **Sistemas de registro vital** para los nacimientos, muertes y movimientos migratorios.

Empleando los cuatro subsistemas y las cinco etapas del SISM, la Tabla 3 presenta un modelo que puede emplearse para recopilar indicadores.

Esta tarea requiere por tanto la identificación de un conjunto de indicadores que puedan medir los objetivos actuales de la política y la planificación.

Hay varias cuestiones clave que deben dirigir la selección de indicadores.

Es necesario un modelo para recopilar los numerosos indicadores que pueden emplearse.

Tabla 3. Un modelo para SISIM

Subsistemas SISIM	Indicador	FASES DE UN SISIM
		Recogida de datos
Servicio de información rutinaria: > Atención primaria > Servicios comunitarios de SM > Servicios de psiquiatría en hospitales generales > Servicios especializados	> Proceso: p. e. Tasa de ingresos, índice de ocupación de camas > Resultados: p. e. % de alivio sintomático, % con un nivel de funcionalidad mejorado	Formularios de recogida de datos rutinarios
Información sobre programas especiales (p. e. iniciativa para la prevención del suicidio, programa de promoción de la SM)	> Proceso: p. e. % de personal que recibió formación en promoción de la SM > Resultados: p. e. Cambios conductuales entre los adolescentes en un programa de promoción de la SM	Formularios de recogida de datos del programa
Sistemas administrativos	> Input: p. e. % de presupuesto de salud asignado a la SM, personal de SM por población, disponibilidad de medicación y de dispositivos	Presupuestos, creación de plantilla, stocks farmacéuticos
Sistemas de registro vital	> Resultados: p. e. Tasa de muertes por causa: suicidio, muertes en carretera relacionadas con el alcohol	Recogida de datos a partir de registros de mortalidad (registro civil) (p. e. Ministerio del Interior)

Fuente: adaptado de Sapirie, 2000.

FASES DE UN SISM

Procesamiento de datos	Análisis de datos	Difusión de los datos	Utilización de los datos
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de datos rutinarios al nivel de distrito, provincial o central dependiendo del tipo y relevancia de los datos	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. <i>Tasa de ingreso anual por cada 100 000 habitantes en hospitales generales y hospitales psiquiátricos</i>)	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos: (i) a la dirección de los niveles central, provincial y de distrito, y (ii) al personal clínico	i) Planificación del servicio ii) Mejora de la calidad iii) Intervenciones clínicas iv) Evaluación v) Revisión del SISM
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de datos del programa al nivel de distrito, provincial o central dependiendo del tipo y relevancia de los datos	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. <i>% de población adolescente expuesta a un programa de promoción de la SM</i>)	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos: (i) a la dirección de los niveles central, provincial y de distrito, y (ii) al personal clínico	i) Planificación del servicio ii) Mejora de la calidad iii) Evaluación iv) Revisión del SISM
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de datos al nivel de distrito, provincial o central dependiendo del tipo y relevancia de los datos	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. <i>% de personal de SAP con al menos 2 días de formación continuada en salud mental en el trabajo durante el último año</i>)	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos	i) Planificación del servicio ii) Mejora de la calidad iii) Evaluación iv) Revisión del SISM
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de datos rutinarios, dependiendo del tipo y relevancia de los datos	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. <i>suicidos/año por cada 100 000 habitantes</i>)	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos	i) Planificación del servicio ii) Evaluación

El objetivo de esta tarea es por tanto elaborar un conjunto de indicadores que puedan usarse para medir los objetivos de la política y la planificación de la salud mental. El modelo debe aplicarse a todos los niveles del tipo de servicio identificados en el modelo piramidal de la OMS, como se indica en el apartado de información rutinaria del servicio. Esto es crucial para poder evaluar la distribución de recursos y actividades en los distintos niveles del servicio de salud mental.

Por ejemplo, si uno de los objetivos de la política de salud mental es desarrollar servicios comunitarios de salud mental, será vital disponer de indicadores sobre (i) las actividades tanto en hospitales como en dispositivos comunitarios (según la información rutinaria del servicio) y (ii) sobre los recursos asignados a cada uno (conforme a los sistemas administrativos para el personal y los presupuestos) para determinar si los servicios comunitarios de salud mental están de hecho desarrollándose o si los recursos y actividades siguen centrados en la atención hospitalaria.

Al final de esta tarea el equipo debe de haber identificado un conjunto de indicadores utilizables en la evaluación de los objetivos clave de la política.

El modelo debe aplicarse a todos los niveles del servicio identificados en el modelo piramidal de la OMS.

Cuadro 8. Ejemplo de Tarea 4: identificar indicadores para medir los objetivos de la política y de la planificación

De acuerdo con los nuevos objetivos de la política de salud mental y después de un extenso proceso de consulta, el equipo de trabajo escoge utilizar los siguientes indicadores para cada uno de los subsistemas:

> Informes rutinarios de servicio:

Proceso:

- Número de pacientes tratados en los dispositivos ambulatorios de salud mental en el año anterior por cada 100 000 habitantes.
- Número de ingresos anuales en hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes.
- Número de pacientes tratados en centros de día de salud mental en el año anterior por cada 100 000 habitantes

Resultados:

- Evaluación global de funcionamiento (GAF), admisiones y altas en centros de atención primaria, unidades psiquiátricas en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, dispositivos residenciales comunitarios, dispositivos ambulatorios y centros de día.

> Informes de programas especiales

- Grupos de población objetivo de campañas específicas de concienciación y educación sobre salud mental.

> Sistemas administrativos

- Clases de medicamentos esenciales incluidas en la lista de medicamentos esenciales del país.
- Presupuesto para salud mental como porcentaje del presupuesto general de salud (primario, secundario, terciario).
- Número de camas en unidades psiquiátricas en hospitales generales por cada 100 000 habitantes.
- Número de camas en dispositivos residenciales comunitarios por cada 100 000 habitantes.
- Número de camas en hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes.
- Número de profesionales de la salud mental por cada 100 000 habitantes trabajando en dispositivos comunitarios de salud mental el 31 de Diciembre (personal equivalente a tiempo completo, según función profesional).
- Número de profesionales de la salud mental por cada 100 000 habitantes trabajando en hospitales generales el 31 de Diciembre (personal equivalente a tiempo completo, según función profesional).
- Número de profesionales de la salud mental por cada 100 000 habitantes trabajando en hospitales psiquiátricos el 31 de Diciembre (personal equivalente a tiempo completo, según función profesional).
- Porcentaje de unidades psiquiátricas en hospitales generales en los que al menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) está disponible en el dispositivo a lo largo del año.

> Sistemas de registro vital

- Muertes anuales por suicidio por cada 100 000 habitantes.
- Muertes en la carretera debidas al alcohol por cada 100 000 habitantes.

Nota: esto es un ejemplo y no constituye la recomendación de la OMS para un conjunto mínimo de datos. Las definiciones de los indicadores se han tomado de OMS (2005).

Puntos clave: Paso 1. Evaluación de necesidades

Tarea 1: crear un equipo de trabajo

La primera tarea de la evaluación de necesidades es crear un equipo que se hará responsable del diseño y puesta en marcha del SISM. Es necesario constituir un equipo multidisciplinar que cuente con el apoyo de los directivos, y cuyos miembros se recluten pensando en la sostenibilidad a largo plazo del SISM.

Tarea 2: revisar los objetivos actuales de la política y la planificación

Una vez creado el equipo, su primera tarea es llevar a cabo una revisión de los objetivos de la política y la planificación de salud mental. Los sistemas de información que son consistentes con la política producen con más facilidad la información mínima requerida con los limitados recursos que están disponibles. Esta tarea requiere tener una visión de conjunto del sistema de información: ¿qué es lo que el SISM pretende conseguir y qué objetivos de la política y la planificación deben medirse?

Tarea 3: consultar con todos los actores relevantes

Tras revisar la política y los planes existentes, el equipo de trabajo debe llevar a cabo un proceso de consulta con todas las partes implicadas. Se trata de un proceso continuo que debe estar integrado en todos los pasos a seguir.

Tarea 4: identificar indicadores para medir los objetivos de la política y la planificación

La siguiente tarea es convertir los objetivos de la política y las consultas en elementos que el sistema de información pueda medir. Los indicadores son esenciales para medir objetivos específicos de la política y su implementación. Hay ciertas cuestiones que deberían guiar la selección de indicadores, en particular la validez, fiabilidad, rentabilidad, coste, relevancia, especificidad, sensibilidad, el equilibrio y la viabilidad de la captura de datos. Además, estos indicadores deben situarse dentro de un modelo de cuatro subsistemas y cinco etapas del SISM. Al finalizar esta tarea, el equipo de trabajo debería haber identificado un conjunto de indicadores que puedan emplearse para valorar objetivos clave de la política.

Paso 2. Análisis de situación: ¿de qué información disponemos?

Tarea 1: Revisar la situación actual

El equipo de trabajo debe ahora dirigir su atención hacia el sistema de información vigente. ¿Existe en este momento un SISM? Si es así, ¿cómo está funcionando y qué problemas tiene?

El propósito del análisis de situación es doble:

- > Examinar qué sistemas existen en la actualidad
- > Identificar problemas en los sistemas existentes y las áreas en las que se puede mejorar

El análisis de situación debe llevarse a cabo sistemáticamente examinando todas las etapas del sistema actual:

- > ¿Qué datos sobre salud mental se están recogiendo actualmente?
- > ¿Cómo se procesa y analiza la información?
- > ¿Cómo se utiliza la información para la toma de decisiones?
- > ¿Cómo se difunde?

A lo largo de este análisis los planificadores deberán preguntar si el SISM existente está cumpliendo su propósito, de acuerdo con las prioridades actuales del servicio. Esto requiere comprender los indicadores existentes que se emplean y las funciones a las que sirven.

Cuadro 9. La importancia de realizar un análisis de situación

“Ninguna estrategia de recogida de datos se puede permitir el lujo de contar con unos sistemas de información que partan de cero. Siempre existe un legado de sistemas diseñados para distintos propósitos. Si se pretende desplegar el sistema a nivel nacional es difícil que sea posible descartar los sistemas existentes y empezar de nuevo. Como mínimo, el núcleo de la información que vaya a recopilarse debe ser compatible con los sistemas de datos de que disponen la mayoría de los servicios. Esto limita la cantidad de datos que es razonable solicitar.” (Glover, 2000).

Una vez más, el modelo descrito en la Tabla 3 demuestra ser un esquema útil para examinar el sistema actual. Para utilizar esta información el equipo de trabajo deberá identificar cuáles de los cuatro subsistemas están operativos en los sistemas de información de salud mental existentes en el país o región (informes rutinarios de servicio, información sobre programas especiales, sistemas administrativos y sistemas de registro vital). A continuación debería mapearse sistemáticamente cómo se gestiona la información en cada una de las etapas: recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización. Puede verse un ejemplo en la Tabla 4, a continuación.

El equipo de trabajo debe ahora dirigir su atención hacia el sistema de información vigente.

El modelo utilizado para la evaluación de necesidades puede utilizarse en un análisis de la situación actual.

Tabla 4. Ejemplo: utilizando el modelo SISM para identificar problemas en el SISM actual*

Subsistemas SISM	Recogida de datos	Procesamiento de datos
Informes rutinarios de servicio	<ul style="list-style-type: none"> > Pobre: el personal carece de tiempo para la recopilación de datos en los centros asistenciales y no entienden para qué sirve > Es difícil separar los datos sobre salud mental de los de los servicios de salud general > No está claro el propósito de los datos recogidos 	<ul style="list-style-type: none"> > Escasa comprobación de la calidad de los datos
Información sobre programas especiales	<ul style="list-style-type: none"> > La recogida de datos es mejor que en los servicios rutinarios porque los programas se han creado con metas y necesidades de datos claras > Indicadores pobres para la promoción de la SM 	<ul style="list-style-type: none"> > El procesamiento de los datos es adecuado
Sistemas administrativos	<ul style="list-style-type: none"> > Los datos sobre personal son pobres debido a los cambios frecuentes en la plantilla > Los datos sobre el presupuesto y los servicios asistenciales están disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> > Poca comprobación de la calidad de los datos
Sistemas de registro vital	<ul style="list-style-type: none"> > Estos sistemas están en gran medida orientados hacia la salud general y proporcionan pocos datos para la planificación de la salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> > Ninguno

*Nota: esta tabla proporciona un ejemplo de hallazgos en el análisis de situación de un hipotético SISM existente.

Análisis de datos**Difusión de los datos****Utilización de los datos**

> El análisis de los datos es pobre debido a que el personal de gestión carece de habilidades para ello

> Pocos datos, o ninguno, vuelven a llegar al personal clínico

> Debido a la pobre calidad de los datos es difícil emplearlos para la planificación

> El análisis de los datos está limitado por las habilidades del personal

> Los datos no se devuelven al personal clínico
> Los datos se difunden a agencias donantes extranjeras para la evaluación continua del programa

> Los datos se emplean para la planificación y la evaluación continua

> El análisis de los datos es adecuado

> Los datos no se difunden a los gestores locales

> Los datos se emplean para el incremento del presupuesto, pero no están vinculados a los objetivos de la política o de la planificación

> Ninguno

> Ninguno

> Ninguno

Tarea 2: llevar a cabo un “análisis sobre el terreno”

Un método útil para hacer progresar la revisión es llevar a cabo un “análisis sobre el terreno” (“walk-through”) de los sistemas actuales. Esto requiere visitar los centros asistenciales y los hospitales para hacer un seguimiento de cómo se recopilan los datos y cómo fluyen a través del SISM. Estas visitas deben realizarse sólo una vez obtenido un conocimiento profundo del modelo general de los servicios (como puede ser el modelo piramidal anteriormente descrito). El modelo proporciona datos para el análisis funcional de cada dispositivo asistencial y nivel del servicio para comprobar qué tareas importantes se llevan a cabo actualmente y qué información se recopila, procesa, analiza, difunde y utiliza.

Durante las visitas a los dispositivos asistenciales pueden realizarse entrevistas a los informantes clave: aquellos que están a cargo de la recogida de datos durante la actividad diaria del servicio, aquellos que reúnen los datos recolectados y los responsables de analizarlos y difundirlos. La información cualitativa sobre los fracasos y éxitos diarios del personal es extremadamente valiosa en esta situación (véase el ejemplo del Cuadro 10, a continuación):

Un “análisis sobre el terreno” requiere visitar los centros asistenciales y los hospitales para hacer un seguimiento de cómo se recopilan los datos y cómo fluyen a través del SISM.

Pueden realizarse entrevistas a informantes clave.

Cuadro 10. Tarea 2: ejemplos de análisis sobre el terreno / o de situación

1. Un “análisis sobre el terreno” de los sistemas de información de salud mental hospitalarios existentes en la provincia de Gauteng, Sudáfrica

Un ejercicio de análisis sobre el terreno, mapeado y recogida de formularios en un hospital.

“Los representantes del hospital que formaban parte del equipo de trabajo formado para este proyecto planificaron citas con informantes clave que trabajan en la administración y en la gestión de los registros médicos en el hospital.

Se pidió a estos profesionales que describieran el flujo de información a través del hospital para un paciente ingresado cuyo diagnóstico principal fuera de naturaleza psiquiátrica. Se solicitó a los encuestados que actuaran como narradores, detallando la experiencia de un paciente en el hospital, desde su ingreso hasta su alta así como la información recogida en cada paso del proceso. Para ayudar a la descripción, uno de los investigadores dibujó un mapa conceptual del proceso que estaba siendo descrito.

El análisis visual de la descripción verbal ayudó al investigador a conceptualizar los flujos de información dentro del hospital, sirviéndole al mismo tiempo de ayuda mnemotécnica para el entrevistado. Se utilizaron diferentes colores para destacar los distintos pasos. Siguiendo con la técnica, se debe enfatizar la petición de que los entrevistados identificaran los formularios empleados en los diversos pasos que estaban siendo descritos. Tras completar cada paso, el investigador devolvía la información sobre los procesos implicados, comprobando la exhaustividad y su correcta interpretación. Se llevaron a cabo todos los esfuerzos posibles para asegurarse de que se incluían todos los pasos y formularios asociados”. (Dartnall, Modiba & Lee, 1998).

2. Un análisis de situación a nivel nacional: caso práctico de Filipinas

“Los datos para este caso práctico se recopilaron entre 1993 y 1994, durante la consulta para el desarrollo de un proyecto para los Servicios de Salud Comunitaria en Filipinas. Se utilizaron diversos métodos de compilación de datos y distintas fuentes. La compilación de datos comenzó con la revisión de la documentación escrita (incluyendo las políticas del Departamento de Salud) acerca de los antecedentes para el desarrollo del Sistema de Información en el Servicio de Salud Comunitarios (SISSC) y otros sistemas de información. Tras esta revisión y después de discutir con los homólogos del SISSC, se preparó una lista de informadores clave para el Departamento de Salud y cinco provincias. Durante la visita a cada provincia se examinó una muestra seleccionada de dispositivos. En cada dispositivo se entrevistó a personal clave relacionado con actividades del sistema de información y a los administradores sanitarios. En conjunto se invirtieron 45 trabajadores/día a lo largo de un periodo de tres meses en entrevistas, consultas, revisiones de la documentación y reuniones.” (Jayasuriya, 1999).

Habitualmente esta tarea mostrará con claridad qué datos se están recogiendo, procesando, analizando y utilizando. También es habitual que saque a relucir los problemas y deficiencias actuales del SISM. A partir del análisis general y de los hallazgos específicos del análisis sobre el terreno debería ser posible ubicar los problemas actuales en el modelo del SISM. Esto se ilustra en el ejemplo de la Tabla 4, en la que se emplea el modelo de SISM para identificar los problemas actuales.

Tras concluir el análisis de situación, el equipo de trabajo debería poseer un conocimiento claro de las dificultades actuales del SISM.

Es habitual que esta tarea haga visibles los problemas y deficiencias actuales.

Puntos clave: Paso 2. Análisis de situación

Tarea 1: revisar la situación actual

En este paso el equipo de trabajo dirige su atención hacia el sistema de información actual. El propósito de este análisis de situación es doble:

- > Examinar qué sistemas existen actualmente
- > Identificar los problemas de los sistemas actuales y áreas en las que se podría mejorar

El modelo desarrollado durante la evaluación de necesidades puede utilizarse para identificar cuáles de los cuatro subsistemas se encuentran en los sistemas de información actuales del país o región. El equipo necesitará entonces mapear sistemáticamente cómo se gestiona la información a través de cada una de las etapas: recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización.

Tarea 2: llevar a cabo un “análisis sobre el terreno”

Un método útil para hacer progresar la revisión es llevar a cabo un “análisis sobre el terreno” de los sistemas actuales. Esto requiere visitar los centros asistenciales y los hospitales para hacer un seguimiento de cómo se recopilan los datos y cómo fluyen a través del SISM. Los hallazgos obtenidos durante el análisis de situación deberían permitir al equipo de trabajo comprender con claridad las dificultades actuales del SISM.

Paso 3. Implementación: ¿cómo podemos obtener la información que necesitamos?

Tarea 1: identificar los subsistemas e indicadores esenciales del SISM

El equipo de trabajo dispone ahora de dos conjuntos de información:

- > A partir de la evaluación de necesidades (paso 1) se habrá obtenido un conjunto de indicadores propuestos para el SISM.
- > Mediante el análisis de situación (Paso 2) el equipo habrá elaborado un esquema de las principales deficiencias del sistema actual.

La siguiente tarea es unificar estos dos conjuntos de información para identificar las áreas prioritarias del SISM que sea viable modificar, y a continuación emprender la reforma. Esta tarea requiere decidir qué indicadores pueden amoldarse al sistema existente y qué aspectos del sistema necesitan reformarse para aceptar los nuevos indicadores identificados.

Al enfrentarse con estos dos conjuntos de información, el equipo tendrá que seguir una de las siguientes rutas:

- > Expandir el sism existente para que contenga algunos o todos los nuevos indicadores identificados.
- > Reducir la lista de indicadores para adecuarlos a los sistemas actuales.
- > Una combinación de ambas.

Como ejemplo de una de estas opciones, el enfoque elegido por los planificadores de Papúa Nueva Guinea fue preservar los sistemas actuales y reformarlos, simplificando los procesos de datos, clarificando sus propósitos y usos e incorporando un número limitado de indicadores nuevos para hacer un seguimiento del último plan nacional de salud (véase Cuadro 11).

Cuadro 11. Puesta en marcha de un SIS viable en Papúa Nueva Guinea

“La revisión identificó varios problemas en la recogida de datos, así como en el registro de los mismos y en su análisis, pero reveló que serviría de poco recopilar datos radicalmente distintos, cambiar los procedimientos de elaboración de informes o recurrir a métodos de análisis diferentes, ya que esto precisaría unas enormes inversiones en formación y apoyo que no podrían afrontarse con los recursos disponibles. El principal cambio propuesto fue limitar la información mensual a un único formulario, que consistía en una hoja de papel tamaño A3, plegada, y que combinaba las características esenciales de los siete o más formularios empleados en aquel momento. Esto reduciría la carga de generación de informes sobre el personal del dispositivo sanitario, haciendo más fácil la recogida y el análisis de datos para el personal provincial y nacional. El formulario contendría elementos para calcular los indicadores clave ya en uso y algunos indicadores adicionales para hacer un seguimiento del último plan de salud nacional.” (Cibulskis & Hiawalyer, 2002).

Una vez más, las etapas del SISM proporcionan un modelo para llevar a cabo esta tarea. Para emplear este modelo, el equipo de trabajo deberá asignar cada uno de los indicadores identificados a uno de los cuatro subsistemas (informes rutinarios de servicio, informes de programas especiales, sistemas administrativos y sistemas de registro vital). Si se toma la decisión de centrarse en un subsistema particular (por ejemplo, sistemas de información para los informes rutinarios de servicio), entonces los otros subsistemas serán excluidos, y se configurarán indicadores y sistemas para esta tarea específica. Como se mencionó en la Introducción, no es necesario planificar todo el sistema desde el comienzo, puede ser más viable concentrarse en pequeñas áreas prioritarias y expandirse más adelante.

Después de esto, el equipo deberá estudiar sistemáticamente cómo se gestionará el flujo de información a través de cada una de las etapas (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización) de cada uno de los subsistemas seleccionados.

La siguiente tarea consiste en unificar la información de la evaluación de necesidades y del análisis de situación para identificar las prioridades de la reforma del SISM.

Es necesario que el equipo asigne cada uno de los indicadores identificados a uno de los cuatro subsistemas.

A menudo esta tarea sacará a relucir con rapidez qué datos pueden ser recogidos, procesados, analizados, difundidos y utilizados. Es una etapa esencial para filtrar y descartar aquellos indicadores que no es factible utilizar dadas las actuales limitaciones de los recursos.

En la Tabla 5, a continuación, se proporciona un ejemplo de cómo los indicadores identificados anteriormente pueden evaluarse para determinar su viabilidad en los sistemas existentes.

A continuación el equipo debería estudiar la gestión de la información a través de cada una de las etapas.

Esto es esencial para filtrar y dejar fuera aquellos indicadores que no sean viables.

Tabla 5. Ejemplo: evaluando la viabilidad de los indicadores identificados en el SISM actual

Subsistemas SISM	Indicador	Recogida de datos
<p>Informes rutinarios de servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Atención primaria > Servicios comunitarios de SM > Servicios de psiquiatría en hospitales generales > Servicios especializados 	<p>Proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Consultas anuales en centros de atención primaria, según diagnóstico > Ingresos anuales en hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> > % de mejora en la evaluación global de funcionamiento (GAF) > % de usuarios satisfechos 	<p>Formularios de recogida de datos rutinarios (sí) ✓</p> <p><i>Pero no es posible la GAF porque el personal de los servicios rutinarios carece de la formación debida (no) ✗</i></p> <p><i>Tiempo de personal disponible (¿?)</i></p> <p><i>No existe ningún instrumento estandarizado y rápido para determinar la satisfacción del usuario (no) ✗</i></p>
<p>Informes sobre programas especiales (p. e. <i>Iniciativa de prevención del suicidio, promoción de la salud mental</i>)</p>	<p>Proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> > % de personal que ha recibido formación en promoción de la SM 	<p>Formularios para la recogida de datos del programa (sí) ✓</p> <p>Se conservan registros del personal que ha recibido la formación (sí) ✓</p>
<p>Sistemas administrativos</p>	<p>Input:</p> <ul style="list-style-type: none"> > % del presupuesto general de salud asignado a SM > N° de camas en unidades psiquiátricas en hospitales generales, hospitales psiquiátricos y dispositivos residenciales comunitarios por cada 100 000 habitantes > Profesionales de la salud mental en dispositivos comunitarios de SM, hospitales generales y hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes > % de dispositivos de internamiento psiquiátrico en hospitales generales con al menos un medicamento psicotrópico de cada grupo terapéutico que está disponible a lo largo del año 	<p>Formularios para la recogida de datos (sí) ✓</p> <p><i>Pero no existe un presupuesto separado para la SM en el nivel de atención primaria (no) ✗</i></p> <p><i>Precisión de los datos sobre personal (¿?)</i></p>
<p>Sistemas de registro vital</p>	<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Muertes anuales por suicidio por cada 100 000 habitantes > Muertes anuales en carretera debidas al alcohol por cada 100 000 habitantes 	<p>Recogida de datos a partir de los partes de fallecimiento (sí) ✓</p> <p><i>Precisión de los datos (¿?)</i></p>

Fuente: adaptado de Sapirie, 2000.

Etapas del SISM

Procesamiento de datos	Análisis de datos	Difusión de los datos	Utilización de los datos
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de los datos rutinarios a los niveles de distrito, provincial y central (sí) ✓ <i>¿Precisión? (Se necesita un programa de formación)</i>	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. Índices anuales de ingreso en hospitales generales y psiquiátricos por cada 100 000 habitantes) (sí) ✓ <i>Pero el tiempo disponible en el SIS es insuficiente para el análisis (no) ✗</i>	Difusión de los indicadores y de los resúmenes de los datos a la administración central, provincial y de distrito, y al personal de atención clínica (sí) ✓	1. Planificación del servicio 2. Mejora de la calidad 3. Revisión del SISM (sí) ✓
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de los datos del programa a los niveles de distrito, provincial y/o central (sí) ✓	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. % de personal que ha recibido dos días de formación y reciclaje sobre promoción de la SM en el trabajo) (sí) ✓ <i>Pero los datos disponibles sobre los resultados del programa de promoción de la SM son insuficientes para poder analizarlos (no) ✗</i>	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos: (i) a la administración central, provincial y de distrito, (ii) al personal de atención clínica y a agencias donantes extranjeras (sí) ✓	1. Planificación del servicio 2. Mejora de la calidad 3. Revisión del SISM (sí) ✓ <i>Pero es difícil hacer generalizaciones y aplicar los hallazgos a otros contextos de servicio (no) ✗</i>
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de los datos a los niveles de distrito, provincial y central (sí) ✓	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. Personal por cada 100 000 habitantes) (sí) ✓ <i>Análisis de los datos pobre debido a las habilidades limitadas del personal (no) ✗</i>	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos (sí) ✓ <i>El análisis de los datos no se difunde a los gestores de RRHH en los niveles regional y de distrito (no) ✗</i>	1. Planificación del servicio 2. Mejora de la calidad 3. Revisión del SISM <i>La limitada calidad de los datos y un pobre análisis conducen a una baja utilidad para la planificación (no) ✗</i>
Resumen, comprobación de calidad y transmisión de los datos (sí) ✓	Análisis de los datos para generar indicadores específicos (p. e. % de muertes debidas al suicidio) (sí) ✓	Difusión de los indicadores y resúmenes de los datos (sí) ✓	<i>Los datos se usarán para el apoyo de las necesidades del servicio de salud mental, pero no es posible una planificación concreta (no) ✗</i>

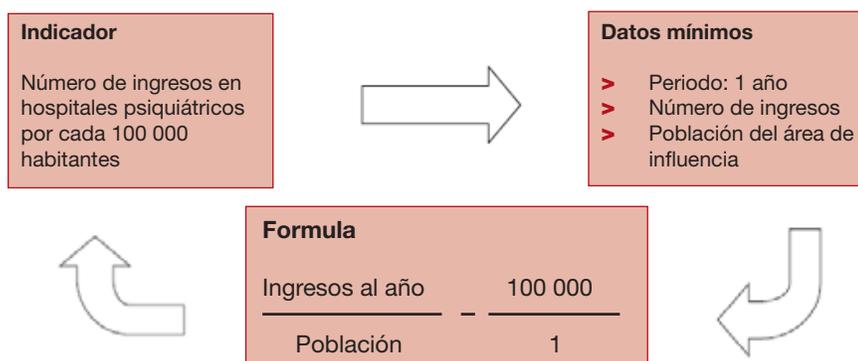
Tarea 2: establecer un conjunto mínimo de datos

Una vez descritos los indicadores, se puede identificar un conjunto mínimo de datos de acuerdo con su viabilidad. Este proceso requiere identificar qué datos mínimos son necesarios para dar fundamento al conjunto de indicadores hallados (esto es, operacionalizar los indicadores). Por ejemplo, si uno de los indicadores identificados fuera el número anual de ingresos en los hospitales psiquiátricos por cada 100 000 habitantes, los datos mínimos requeridos para ese indicador serían:

- > El número de ingresos anuales en los hospitales psiquiátricos en el área de influencia identificada durante un año.
- > La población del área de influencia.

La Figura 5 ilustra la relación entre los indicadores y los datos mínimos, utilizando el ejemplo de los índices de ingreso.

Figura 5. Ilustración de la relación entre los indicadores y los datos mínimos



Otro ejemplo de la operativización de los indicadores es el porcentaje de hospitales generales con dispositivos psiquiátricos de internamiento. El numerador de este indicador es el número de hospitales generales con dispositivos psiquiátricos de internamiento y el denominador será el número total de hospitales generales.

A continuación se presentan algunas preguntas que pueden ser útiles a la hora de operacionalizar indicadores (Bodert & Shrestha, 2000):

- > ¿Cuáles son las fuentes de los datos (numerador y denominador)?
- > ¿Con qué frecuencia deberían recopilarse el numerador y el denominador?
- > ¿Con qué frecuencia debería procesarse y analizarse el indicador?
- > ¿Quién va a utilizar el indicador?
- > ¿Cuál es el objetivo del indicador que debe alcanzarse?
- > ¿Cuál es el umbral (esto es, el valor máximo o mínimo del indicador) que debería hacer pasar a la acción?
- > ¿Qué actuación debería emprenderse según la medición del indicador?

La Tabla 6, a continuación, resume estas cuestiones utilizando un ejemplo que mide los recursos de hospitalización disponibles para la salud mental en los servicios de salud. El propósito del indicador es medir el porcentaje de hospitales generales que disponen de dispositivos psiquiátricos de internamiento. Esto es importante en el caso de que se busque reducir las plazas asilares en instituciones psiquiátricas e integrar la atención hospitalaria de salud mental en los servicios de salud generales.

Una vez descritos los indicadores, se puede identificar un conjunto mínimo de datos.

Se pueden utilizar diversas preguntas clave para operativizar los indicadores.

Tabla 6. Ejemplo de operativización de los indicadores: midiendo los recursos de internamiento disponibles para salud mental en los servicios de salud general

Fuentes de datos	Frecuencia de recopilación	Frecuencia de procesamiento del indicador	Nivel de agregación	Objetivo	Umbral y acciones
Numerador: Número de hospitales generales con internamiento psiquiátrico Denominador: Número de hospitales generales Fórmula: (N° de hospitales generales con internamiento psiquiátricos/ n° de hospitales generales x 100)	Anual	Anual	Región	40%	<40%: 1. Determinar la capacidad y necesidades para los dispositivos psiquiátricos de internamiento en hospitales generales 2. Crear dispositivos psiquiátricos de internamiento en hospitales generales si fuera necesario

Adaptado de Bodart & Shestra, 2000. pg. 69.

Para poder elaborar un conjunto mínimo de datos es necesario confeccionar una lista con todos los datos requeridos para todos los indicadores. Los gestores y planificadores del SISM tendrán entonces que revisar la lista propuesta y hacer recomendaciones prácticas sobre cuáles son viables.

Además, es necesario determinar los datos de transacción y a nivel de caso requeridos para la prestación rutinaria de servicios (algunos de los cuales pueden no añadirse a los indicadores).

Es necesario confeccionar una lista con todos los datos de todos los indicadores y revisarla.

Cuadro 12. Ejemplo de Tarea 2: conjunto mínimo de datos necesarios para evaluar la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria

Indicador	Datos mínimos
<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de horas de formación dedicadas a la psiquiatría o a la salud mental durante la especialización de médicos y enfermeras de atención primaria, medicina familiar o medicina general 	<ul style="list-style-type: none"> > Numerador: número de horas de formación para médicos y enfermeros de atención primaria dedicados a la psiquiatría/salud mental durante la especialización en atención primaria/medicina familiar o medicina general > Denominador: número total de horas de formación para médicos y enfermeras de atención primaria durante la especialización en atención primaria/medicina familiar/medicina general
<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de médicos y enfermeras de atención primaria que han recibido al menos dos días de formación continuada sobre psiquiatría/salud mental en el último año 	<ul style="list-style-type: none"> > Numerador: número de médicos y enfermeras de atención primaria que han recibido al menos dos días de formación continuada sobre psiquiatría/salud mental en el último año > Denominador: número total de médicos y enfermeras de atención primaria que trabajaron en centros de atención primaria durante el último año
<ul style="list-style-type: none"> > Porcentaje de centros de atención primaria con protocolos de evaluación y tratamiento para patologías clave en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> > Numerador: número de centros de atención primaria con protocolos de evaluación y tratamiento para patologías clave en salud mental > Denominador: número total de centros de atención primaria

Nota: estos son ejemplos a título ilustrativo, y no constituyen una recomendación de la OMS para un conjunto mínimo de datos.

Tarea 3: mapear el flujo de información

La siguiente tarea es mapear el flujo de información dentro del SISM (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización). Es necesario complementar el modelo SISM (ver más arriba) con diagramas de flujo que muestren cómo debe moverse la información. Para ilustrar esto, el Cuadro 13 detalla un ejemplo de diagrama de flujo obtenido del SISM de Gauteng, en Sudáfrica (Figura 6).

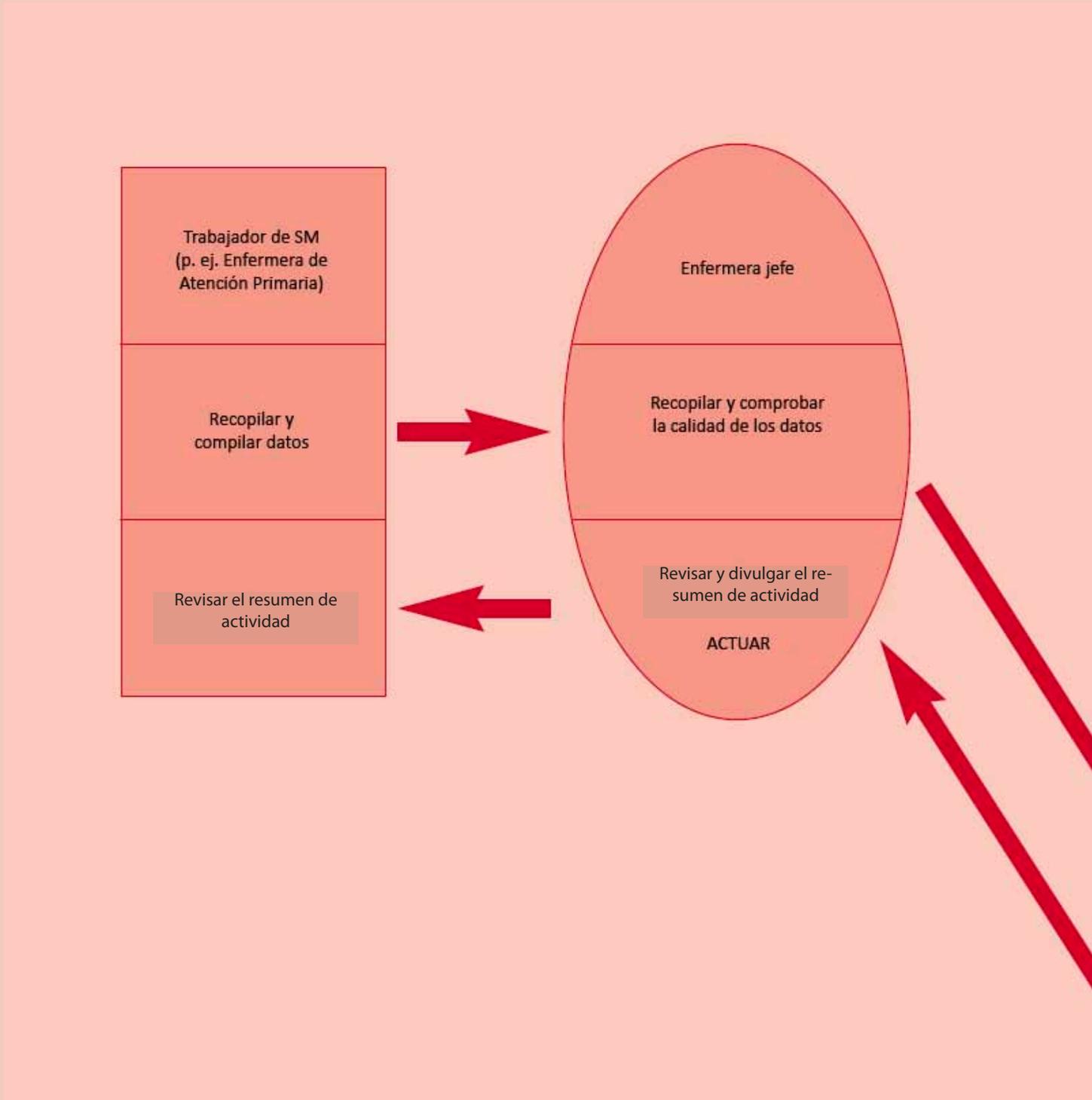
Cuadro 13. Ejemplo de Tarea 3: mapear el flujo de información, SISM de Gauteng, Sudáfrica

El movimiento de la información comienza con la recogida y almacenamiento de datos que lleva a cabo el trabajador de la salud mental (p. e. La enfermera de atención primaria). A continuación se envían los datos sobre el dispositivo asistencial y el sistema a la enfermera jefe, quien compila y comprueba la calidad de los datos. Los datos se envían posteriormente al coordinador regional, quien recopila los datos de todas las clínicas de la región, comprueba la calidad y después envía los datos tanto al coordinador regional del sistema de información sanitario como a la Dirección de Salud Mental provincial. El coordinador regional del sistema de información sanitaria (SIS) introduce los datos en un ordenador, y remite los datos en formato electrónico a la Dirección provincial del SIS. El coordinador regional del SIS también elabora un resumen que envía a su vez a los coordinadores regionales de salud mental. Éstos, por su parte, remiten los resúmenes a las enfermeras jefe de los centros quienes a su vez se los hacen llegar a los trabajadores de la salud mental.

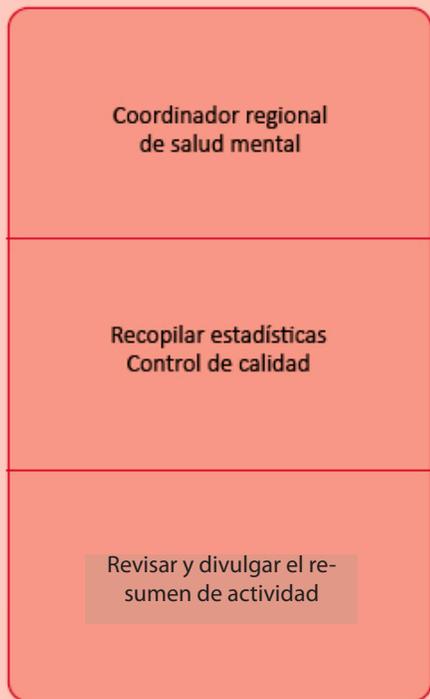
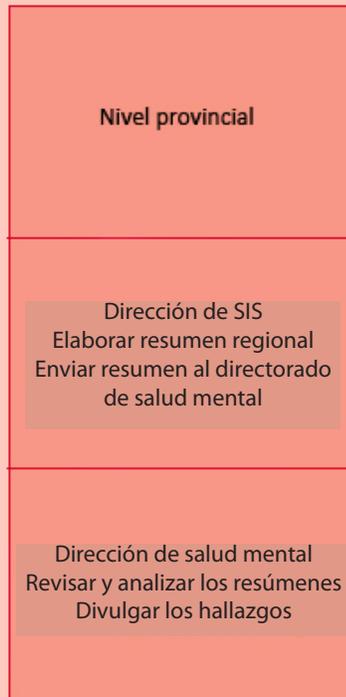
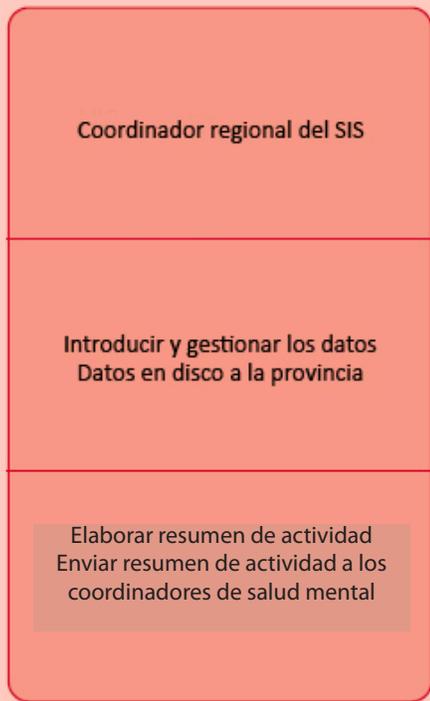
En el nivel provincial, la Dirección del SIS recibe datos de todos los coordinadores SIS regionales y elabora un resumen regional sobre salud mental, que se envía después a la Dirección de Salud Mental, donde se revisan y analizan los resúmenes. Los hallazgos y sus implicaciones se distribuyen a continuación al coordinador regional de salud mental para la planificación y la gestión del servicio.

En cada uno de los niveles en los que se difunden los datos y después de haber sido analizados, se llevan a cabo las actuaciones en los diversos aspectos de la planificación, gestión y prestación de servicios. Por ejemplo, a nivel del trabajador de la salud mental, recibir el resumen de la enfermera jefe puede indicar que es necesario gestionar mejor el tiempo dedicado a los pacientes en el centro. Para el coordinador regional de salud mental, el resumen regional puede mostrar desigualdades en la utilización del servicio entre los centros de la región y la necesidad de o bien reasignar la plantilla o contratar más personal en un área determinada. En definitiva, la difusión de la información siempre conduce a la toma de decisiones y a la actuación (Center for Health Policy, 1998).

Figura 6. Ejemplo: diagrama del flujo de la información en el Sistema de Información de Salud Mental Comunitaria de Gauteng, Sudáfrica



Fuente: Center for Health Policy, 1998.



Tarea 4: determinar la frecuencia de la recogida de datos.

El diagrama de flujo elaborado en la tarea anterior debe situarse en un marco temporal, y por esta razón es importante identificar los tiempos en los que la información debería recopilarse y procesarse. La frecuencia con la que debe hacerse esta tarea dependerá de cada cuánto tiempo sea factible recopilar los datos y del ritmo al que es posible que se aprecien cambios en el aspecto que está bajo observación. Por ejemplo, no tiene mucho sentido reunir datos sobre personal diariamente, ya que es probable que los cambios se produzcan mensualmente. El siguiente ejemplo está de nuevo extraído de la provincia de Gauteng, Sudáfrica (Tabla 7).

Ahora es necesario situar el diagrama en un marco temporal, especificando la frecuencia de la recogida de datos.

Tabla 7. Ejemplo: relacionando los indicadores, los datos, los métodos de recopilación y la frecuencia de recopilación

Indicador	Tipo de información	Método de recogida de datos	Frecuencia de la recogida de datos
Recursos			
Profesionales de la salud por cada 1.000 pacientes	Número/tipo	Encuesta	Anual
Presupuesto		Encuesta	Anual
Medicamentos	Adecuación con el diagnóstico Disponibilidad Utilización en los distintos niveles Costes	Datos anuales rutinarios Datos anuales rutinarios Datos anuales rutinarios Datos anuales rutinarios	Anual
Transporte	Asignado, utilizado	Encuesta	Anual
Camas por cada 1.000 habitantes			
Proceso			
Derivaciones	De dónde, adónde	Datos diarios rutinarios	Mensual
Índice de ocupación de camas		Datos diarios rutinarios	Mensual
Índice de rotación de camas		Datos diarios rutinarios	Mensual
Tiempo medio de estancia		Datos diarios rutinarios	Mensual
Número de ingresos por cada 1.000 habitantes		Datos diarios rutinarios	Mensual
Número de contactos ambulatorios		Datos diarios rutinarios	Mensual
Número de pacientes		Datos anuales rutinarios	Anual
Actividad (incluyendo consulta, psiquiatría de enlace)		Datos diarios rutinarios	Mensual
Perfil demográfico	Edad, sexo, raza	Datos anuales rutinarios	Anual
Perfil de diagnóstico (diagnóstico al alta)		Datos anuales rutinarios	Anual
Perfil de los medicamentos		Datos diarios rutinarios	Anual
Traslados		Datos diarios rutinarios	Mensual
Derivaciones		Datos diarios rutinarios	Mensual
Composición de grupos		Encuesta	Anual
Accesibilidad	Horario de apertura	Encuesta	Anual
Integración	Formación de generalistas en hospitales generales Formación del equipo de SM Detección de problemas de SM en el nivel generalista (p. e. Urgencias)	Encuesta Encuesta Encuesta	Anual Anual Anual
Sistema de derivación	Apoyo lógico y eficiente a la atención primaria	Encuesta	Anual
Hospital periférico o centro comunitario	Horas utilizadas	Datos diarios rutinarios	Mensual
Coste por paciente/día			Anual
Índice de recaídas		Datos diarios rutinarios	Anual
Índice de altas		Datos diarios rutinarios	Anual
Resultado			
Satisfacción del paciente		Encuesta	Anual
Satisfacción de la familia		Encuesta	Anual

Nota: Encuesta = recogida de datos no rutinarios. Datos diarios rutinarios = datos recogidos diariamente y cotejados mensualmente. Datos anuales rutinarios = datos recogidos una vez al año.

Tarea 5: identificar las funciones y las responsabilidades

La siguiente tarea, después de analizar el flujo de información y ubicarlo temporalmente, es identificar las tareas y responsabilidades de todas las partes implicadas en cada una de las etapas del sistema de información: recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización. Esto puede incluirse en el diagrama de flujo, como ocurre en la Figura 6.

Además es importante elaborar una lista exhaustiva de todo el personal que participa en el sistema de información y de las tareas, el tiempo y las competencias que se les exigen (ver Tabla 8). Esta tarea ayudará a identificar lagunas y necesidades formativas. Por ejemplo, puede que el personal clínico deba proporcionar información a nivel del caso acerca de sus entrevistas clínicas, por lo que es necesario especificar la información precisa y el tiempo necesario para esta tarea. Para asegurar el cumplimiento de este requisito, deberá consignarse “proporcionar datos sobre las entrevistas clínicas” como una función obligatoria en la descripción del empleo.

Ahora es necesario identificar cuáles son las funciones y las responsabilidades de todos los actores relevantes.

Esta tarea puede ayudar a identificar necesidades formativas.

Tabla 8. Ejemplo: tareas y funciones del personal en un SISM comunitario

Categoría de personal	Tareas	Tiempo necesario (% de personal a tiempo completo)	Competencias necesarias
Enfermera de atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> > Recopilar y compilar datos a partir de formularios clínicos rutinarios > Interpretar los resultados para la prestación del servicio 	5%	<ul style="list-style-type: none"> > Recogida de datos > Interpretación de los resultados para la práctica clínica
Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> > Recopilar y compilar datos a partir de formularios clínicos rutinarios 	25%	<ul style="list-style-type: none"> > Recogida de datos
Enfermera jefe	<ul style="list-style-type: none"> > Compilar y comprobar la calidad > Revisar y difundir el resumen de actividad 	10%	<ul style="list-style-type: none"> > Recogida de datos > Comprobación de calidad > Interpretar resultados para la gestión clínica
Coordinador regional de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> > Compilar datos y comprobar la calidad > Revisar y difundir el resumen de actividad 	10%	<ul style="list-style-type: none"> > Recogida de datos > Comprobación de calidad > Interpretar resultados para la gestión clínica
Coordinador regional del SIS	<ul style="list-style-type: none"> > Introducir, resumir y gestionar los datos > Remitir los datos a la provincia y el resumen a los coordinadores de salud mental 	15%	<ul style="list-style-type: none"> > Captura de datos > Resumir los datos y algo de análisis
Director provincial del SIS	<ul style="list-style-type: none"> > Elaborar sumario regional > Remitir sumario al Directorado de SM 	5%	<ul style="list-style-type: none"> > Resumir los datos > Analizar los datos
Director provincial de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> > Revisar y analizar los resúmenes > Difundir los hallazgos > Utilizar los datos para la planificación 	15%	<ul style="list-style-type: none"> > Resumir datos > Analizar datos > Difundir datos > Planificación

Tarea 6: Diseñar y distribuir los materiales

Una vez han sido clarificadas las funciones y las responsabilidades y el sistema ha sido analizado dentro de un marco temporal, se puede comenzar con las tareas de diseño y distribución de los materiales. Esto incluye la redacción de manuales de instrucciones y/o procedimientos, así como formularios de recogida de datos. Si ya existen manuales y formularios será necesario revisarlos siguiendo los nuevos requisitos para los datos. Si no existen será necesario elaborar manuales y formularios de acuerdo con los requisitos de los datos y del sistema de información.

Se pueden encontrar directrices detalladas para llevar a cabo estas tareas en otras publicaciones de la OMS sobre la creación de SIS generales, ya que son igualmente aplicables a este caso (Lippeveld, 2000b). Estas incluyen:

- > Herramientas de recogida de datos para la gestión de casos.
- > Herramientas de recogida de datos para la gestión de dispositivos de salud.
- > Herramientas de recogida de datos para la gestión de sistemas sanitarios.

Vale la pena destacar que tanto los manuales como los formularios deben ser lo más sencillos y fáciles de comprender que sea posible. Si las tablas, los diagramas o los textos son demasiado complejos se reduce la posibilidad de adherirse a su uso. Por ejemplo, si un formulario no tiene validez aparente (consultar Definiciones) y es difícil de entender por la persona que lo está realizando lo más probable es que se cumpla erróneamente.

Estos materiales deberían distribuirse en los puntos adecuados del sistema de información. Por ejemplo, puede que el personal de atención primaria requiera un determinado conjunto de instrucciones, mientras que el personal que gestiona el SIS precise otro. Si es necesario deberá distribuirse el equipamiento informático adecuado, creándose también mecanismos asociados de soporte.

En el Anexo 2 se presentan ejemplos de formularios de recogida de datos sobre salud mental.

Pueden emplearse diversas estrategias para ayudar en este punto de la implementación (véase en el Cuadro 14, a continuación, un ejemplo extraído de Papúa Nueva Guinea.)

Cuadro 14. Ejemplo de Tarea 6: buenas prácticas en la implementación en Papúa Nueva Guinea

Un buen sistema de información puede fallar si no está adecuadamente implementado. En Papúa Nueva Guinea se emplearon diversas estrategias para reducir el riesgo de fracaso. La amplia consulta sirvió para asegurar que el personal estaba al tanto de los cambios y que pudiesen colaborar en ellos, además de certificar que el diseño del sistema era realista. La comprobación a pequeña escala ayudó a confirmar la conveniencia y adecuación del mismo. La mejora del análisis y la difusión de la información, antes de la implementación, crearon un clima más favorable para introducir los nuevos sistemas. Además, se estimuló el interés por la información, se generó apoyo en los niveles superiores del Departamento de Salud y se otorgó credibilidad a los gestores del programa que lideraban el cambio.

Se tuvo cuidado de cómo se debería introducir el sistema en cada provincia con la organización de talleres, la impresión y distribución del material de papelería, la revisión del software y la suspensión de los sistemas anteriores. Se mantuvo a las imprentas privadas y a las escuelas de formación al tanto de los cambios. En el nivel nacional se crearon procedimientos para el seguimiento de los informes perdidos, el control de la calidad de los datos, la actualización de los sistemas de codificación, el resumen de los datos y la obtención de feedback. Se incluyeron medidas en la Ley Administrativa de Salud Nacional de 1997 que obligaban a los dispositivos de salud mental a informar al Sistema Nacional de Información Sanitaria (SNIS). Se concedieron certificados a aquellos dispositivos y provincias que proporcionaron los mejores resultados. Se aseguró el apoyo financiero para el material de papelería, el correo, las comunicaciones, y la actualización periódica de los ordenadores y software (Cibulskis & Hiawalyer, 2002).

Ahora pueden elaborarse manuales de instrucciones, de procedimientos y formularios de recogida de datos.

Los manuales y formularios deberían ser simples y fácilmente comprensibles.

Tarea 7: programar la formación de los profesionales

Es necesario que los gestores, los administradores y el personal clínico reciban formación para la recogida, el análisis y el empleo de la información. El análisis de situación del Paso 2 debería haber revelado cualquier carencia en las habilidades actuales del personal. Esta información puede emplearse para tratar las necesidades de formación específicas en un país o región. Por ejemplo, un análisis deficiente de los datos en el nivel de planificación local puede subrayar la necesidad de que los planificadores locales reciban formación sobre el análisis de los datos que reciben de los servicios comunitarios y hospitalarios de salud mental. Es probable que esto conduzca a una mejora en la toma de decisiones en el nivel local, así como a una mejora en la calidad de los datos para la planificación regional y nacional (Cibulskis & Hiawayer, 2002).

Se pueden obtener una mejora de la eficiencia y de la efectividad al incluir la consulta en el diseño de los programas de formación sobre los sistemas de información (véase en el Cuadro 15, a continuación, un ejemplo extraído de Pakistán).

Cuadro 15. Ejemplo de Tarea 7: la relación entre la formación y la consulta en Pakistán

“El proceso para alcanzar una eficiencia total es complejo. Como parte de los esfuerzos por mejorar el Sistema de Información de la Gestión (SIG), la Unidad SIG y los equipos de trabajo redoblaron sus esfuerzos en la formación de los profesionales en la elaboración y uso de la información en Diciembre de 1989. Se llevaron a cabo talleres SIG en cada lugar de trabajo. Éstos incluían la identificación de aquellos ítems que los profesionales consideraban útiles en su trabajo. Al identificar un conjunto mínimo de datos que era aceptable para los profesionales, el esfuerzo conjunto facilitó la evolución del SIG hacia un sistema más eficiente. Se desarrolló un nuevo registro de actividades que tenía menos columnas y que era más fácil de cumplimentar que el formato antiguo, y se redujo la frecuencia, pasando de quincenal a mensual. Los equipos de trabajo son ahora capaces de emplear el registro para hacer un seguimiento más efectivo de los hogares y utilizar su tiempo de forma más eficiente.” (Husein et al., 1993).

Tarea 8: enfrentarse a los obstáculos en las prácticas para obtener la información necesaria

A lo largo de la puesta en práctica del SISM será inevitable encontrarse con varias barreras. Algunos de los obstáculos a la implementación del SISM se tratan en esta sección (véase también “Obstáculos y soluciones” en la Sección 4, a continuación, para obtener información más detallada).

La oposición del personal

Es probable que se produzca la oposición del personal a la reforma del SISM o a la introducción de un nuevo sistema por diversas razones; entre ellas los cambios en los patrones establecidos de trabajo, las exigencias de nuevas habilidades, más responsabilidades y más demandas de tiempo laboral adicional, así como la percepción que el personal tenga de la utilidad de los datos para su carga diaria de trabajo clínico. La oposición puede mostrarse de forma directa (como protestas de viva voz o la negativa a cumplir tareas) o de forma indirecta (como una baja calidad de los datos o un retraso en la entrega de los mismos).

Para tratar estas formas de oposición es esencial consultar con el personal lo antes posible, durante el análisis de situación y de evaluación de las necesidades al elaborar el SISM. Como ya se mencionó anteriormente, es más probable que el personal contribuya de forma constructiva con el funcionamiento actual del sistema de información cuando se les ha consultado, tienen un cierto sentimiento de posesión sobre el mismo y comprenden el propósito y los beneficios de los datos que recopilan.

Además de la consulta “preventiva” es también importante crear unos sistemas de comunicación y apoyo para tratar las quejas o los problemas sobre los datos de poca calidad durante el funcionamiento rutinario del sistema. Es probable que la calidad de los datos recibidos en el SISM afecte a la calidad de las decisiones que se tomen sobre la planificación. Es por tanto, en interés de todos los que gestionan los sistemas de información el tomar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento fluido de los mismos. El uso de incentivos positivos,

Es necesaria la formación en diversas áreas basándose en las carencias identificadas durante el análisis de situación

Pueden encontrarse diversos obstáculos durante la fase de implementación.

La oposición del personal puede surgir por diversas razones...

...y debería tratarse lo antes posible mediante una consulta minuciosa.

También es necesario crear sistemas de comunicación y apoyo para el personal.

como premios por la buena calidad de los datos, ha demostrado tener éxito. (Ver el ejemplo anterior de la Tarea 6: buenas prácticas en la implementación en Papúa Nueva Guinea (Cuadro 4), para algunas de las estrategias que se podrían adoptar).

Tecnología inadecuada: la cuestión de la informatización

Para gestionar el SISM es esencial desarrollar una tecnología adecuada. En muchos países no se presta la atención suficiente a los beneficios potenciales y ahorros a largo plazo que se pueden obtener de una inversión en tecnologías de la información (IT). En muchos países la falta de financiación, de recursos técnicos y de habilidades impide la consecución de esta meta.

Es importante destacar, no obstante, que automatizar un sistema no equivale necesariamente a reformarlo. Si no se presta atención al propósito y meta del SISM, la automatización puede conducir a una simple repetición de los mismos errores que se cometían cuando los datos se recopilaban y procesaban manualmente (Taintor & Laska, 2002). Tal y como Wilson avisa: “es importante cerciorarse de que la informatización no domina el proceso de mejora del sistema de información sanitario. La mayoría de los usuarios de la información en países en vías de desarrollo no tienen acceso a tecnología informática, así que el objetivo principal debe ser la creación y mejora de sistemas manuales para la recogida y análisis de los datos. La informatización sólo debe acometerse cuando apoye los objetivos generales de mejorar el control de la salud y el rendimiento del servicio” (Wilson, 2000).

En un sistema informatizado, la planificación del sistema y un cuidadoso desarrollo del software son de importancia capital, mucho más que en los sistemas manuales. Los sistemas informatizados son difíciles de reemplazar una vez instalados debido a lo complicado que resulta modificar el “código” del ordenador y cambiar las interfaces y las bases de datos. La implementación y comprobación de todas estas tareas llevan tiempo y, en muchas ocasiones, es necesario transformar las viejas bases de datos al nuevo formato. Todo esto requiere tiempo, habilidad y pericia con los ordenadores para que se pueda poner en marcha satisfactoriamente.

Diversas experiencias en las islas del Pacífico han demostrado que, a largo plazo, los sistemas informatizados no consiguen solventar los problemas de informes de poca calidad o la falta de análisis, creando además complicaciones adicionales (Finau, 1994). Un informe de un taller internacional sobre SIS y microcomputadores en atención primaria sólo incluye una recomendación específica sobre informatización; las restantes son igualmente aplicables a sistemas de información manuales (Wilson & Smith, 1991). El desarrollo de un SISM electrónico debe tener en consideración algunas de estos asuntos, sin olvidarse del mantenimiento continuo y los costes de formación. Por lo tanto es necesaria una cuidadosa planificación para llevar a cabo la automatización de un SISM.

Esto es así especialmente en relación a la gestión de los recursos humanos. Conseguir la aceptación del personal es esencial, particularmente porque pueden mostrarse nerviosos al tener que emplear ordenadores. El personal precisará de una formación adicional, una atención directa y apoyo continuo, así como disponer de oportunidades continuas de retroalimentación. La consulta es útil para desarrollar los requisitos del sistema y el personal con experiencia en la puesta en marcha del SISM manual podría añadir valor a este proceso.

A la hora de estimar la adecuación de los sistemas informatizados, también debería considerarse la opción de una informatización parcial. En aquellas áreas, en las que la mano de obra administrativa sea más barata que el uso equivalente de ordenadores, es posible crear unos sistemas jerárquicos (por ejemplo; conteo manual en el nivel local, en especial en centros pequeños), en los que la suma de los datos se transmite a los niveles superiores y se “informatiza” en algún punto de la cadena. Un amplio sistema de información “de lápiz y papel” y la informatización de los conjuntos de datos en los niveles superiores son dos posibles soluciones prácticas para muchos países con renta baja.

Dicho esto, no es posible redefinir o refinar los indicadores tras compilar los datos al menos que los datos sin procesar se transmitan hacia arriba por toda la estructura jerárquica. Por ejemplo, si se van a utilizar los mismos datos para calcular una gama de distintos indicadores, estos datos sin procesar deben conservarse en las partes manuales del sistema hasta que llegue el momento en que puedan incorporarse a un sistema informatizado.

Es necesaria una cuidadosa planificación para introducir nuevas tecnologías de la información.

Si se toma la decisión de incorporar nuevas tecnologías de la información; es necesario tener en cuenta la formación y el apoyo para el personal.

Muchos de los asuntos relacionados con las tecnologías de la información son los mismos para los SIS que para los SISM, y se tratan con mayor profundidad en otras publicaciones de la OMS (Wilson, 2000). Se puede encontrar una buena explicación general sobre un SISM informatizado en Ustun et al. (1994). Dos ejemplos de SISM informatizados son:

- La herramienta del Instituto Nathan Kline para la Salud Mental/OMS (<http://www.rfmh.org/ssed/who/mhis>).
- El SISM de Sri Lanka, Batticaloa (disponible bajo pedido dirigiéndose al Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de OMS, Ginebra).

Tarea 9: incorporar el control de la calidad

Es necesario incorporar al SISM el control de la calidad para poder tratar muchos de los obstáculos a los que se enfrenta la implementación. El control de la calidad es esencial para los sistemas de información rutinaria, sobre todo si se pretende que las decisiones de la planificación se realicen a partir de la información que el sistema genere (Centre for Health Policy, 1998). Este control puede incorporarse a todas las etapas del SISM (recogida, procesamiento, análisis, utilización y distribución).

Algunas fuentes de error incluyen (Centre for Health Policy, 1998):

- > Error de informe: la persona que elabora las estadísticas lo hace de forma incorrecta y no se percató de su error.
- > Error de inserción: se produce un error cuando se introducen los datos en el ordenador a partir del formulario.
- > Error de mantenimiento: la información de la base de datos es incorrecta, o está incompleta o desactualizada.

La pérdida de datos es un problema habitual de los SISM, y puede deberse a un error de generación de informes o de inserción de datos.

Cada una de las personas responsables puede tener incorporado una rutina de comprobación de datos en su descripción de puesto de trabajo por lo que se puede solicitar que solucionen estos errores. Se pueden utilizar comprobaciones en el acto para detectar datos contradictorios o fallos en su captura. También se pueden utilizar campos obligatorios para evitar la omisión de datos. Estas medidas facilitarán la detección del origen de errores continuados.

Además, la retroalimentación es esencial para mejorar la calidad de los datos. Los médicos, los gestores y el personal que trabaja con los archivos médicos se mostrarán más proclives a introducir los datos exhaustivamente si son capaces de extraer (u obtener) informes regulares que sean beneficiosos a nivel local.

A modo de ejemplo, el sistema de compilación de la información sobre salud mental de Nueva Zelanda (SCISM) emplea un proceso de auditoría formalizado en el que los auditores comparan la información enviada con la contenida en las notas archivadas utilizando un procedimiento aleatorizado. Esta auditoría ayuda a mejorar la recogida de datos del proveedor de la información. El proceso es continuado, puesto que existen rotaciones regulares de las auditorías de los proveedores. Además se monitorizan los datos, y toda carencia o cambio importante de los datos entrantes se discute con los proveedores mensualmente, completando así el ciclo de retroalimentación.

Uno de los asuntos importantes cuando se desarrolla un SISM que afecta a diversos hospitales/proveedores es que puede contarse dos veces a la misma persona cuando visita más de un dispositivo asistencial. Esto causa un grave error en la tasa de acceso. Este problema puede tratarse creando un identificador único para cada usuario del servicio para facilitar así la precisión de los datos recogidos y mantener la calidad. Por ejemplo, Nueva Zelanda ha creado un identificador de salud nacional, el cual es un identificador individualizado que permite que se cuente a la gente sólo una vez incluso cuando acceden a diversos servicios de salud mental, alcohol u otras sustancias.

El control continuado de la calidad es esencial para los sistemas de información rutinaria.

Pueden producirse errores en la generación de informes, durante la inserción de datos y en el mantenimiento.

La retroalimentación es esencial para mejorar la calidad de los datos.

El problema del doble conteo puede tratarse creando un identificador único para cada usuario del servicio.

Un tema más amplio, relativo a la calidad, es que siempre tiene que haber un compromiso entre lo que es deseable recopilar y lo que es viable recopilar. Dado que emplear demasiados campos de datos tiende a reducir la calidad de éstos, será necesario sopesar qué es lo absolutamente esencial cuando se creen indicadores. Esto tiene que ver con la discusión anterior sobre la creación del conjunto mínimo de datos.

Para una discusión más amplia sobre la calidad de la salud mental, véase el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental*, disponible en:

http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf

Tarea 10: llevar a cabo un proyecto piloto

Una manera útil de comprobar la viabilidad de un SISM y resolver eventuales dificultades de implementación es realizar un proyecto piloto. Al llevarse a cabo a una escala menor que la implementación a gran escala de un SISM nacional o regional, un proyecto piloto puede demostrar con rapidez los potenciales escollos y éxitos del SISM propuesto con un coste considerablemente menor. Los proyectos piloto proporcionan valiosas lecciones acerca tanto del diseño como de la puesta en marcha de un SISM. El Cuadro 16, a continuación, muestra un ejemplo del uso de un proyecto piloto en la puesta en marcha del Proyecto de Información sobre Salud Mental de Nueva Zelanda.

Cuadro 16. Ejemplo de la tarea 8: utilizando un proyecto piloto en la puesta en marcha del Proyecto de Información sobre Salud Mental de Nueva Zelanda

Antecedentes

“El Proyecto de Información sobre Salud Mental (PISM) surgió de la reconocida necesidad de información a nivel nacional sobre el sector de la salud mental. La recopilación de la información nacional sobre los proveedores de los servicios de salud mental es incompleta, rígida y, en algunos casos, presentan un desfase de hasta tres años. El objetivo del PISM es proporcionar información completa, precisa y actualizada sobre los servicios especializados de salud mental. Esto permitirá el seguimiento adecuado de la puesta en marcha de la estrategia nacional sobre salud mental y proporcionará una base de datos para la investigación sobre la prestación de los servicios de salud mental. También estará disponible la información, de forma anónima, para los proveedores, los grupos de usuarios, el Ministerio de Salud, la Autoridad de Financiación Sanitaria (AFS), la Comisión de Salud Mental y otras partes implicadas en el sector.

Piloto

La fase piloto del PISM, que se produjo entre Marzo y Mayo de 1997, se completó con éxito. Esta fase confirmó que era posible extraer y almacenar datos, así como elaborar informes de forma rentable para los proveedores de servicios de salud mental”.

Fuente: <http://www.nzhis.govt.nz/documentation/mhinc/mhip.html>

Es necesario, no obstante, tener precaución a la hora de interpretar los resultados de un proyecto piloto. Su éxito puede atribuirse, al menos parcialmente, al alto nivel de motivación del personal a menudo asociado a estos proyectos. También hay que tener presente, a la hora de evaluar este éxito, la facilidad con la que se pone en marcha un proyecto a pequeña escala, en comparación con un proyecto a escala nacional.

Siempre será necesario un compromiso entre lo que es deseable y lo que es factible.

Una manera útil de comprobar la viabilidad de un SISM y resolver eventuales dificultades de implementación es realizar un proyecto piloto.

De manera similar, cuando se recurre a experiencias de otros lugares es importante distinguir entre los sistemas a pequeña escala y los nacionales, ya que los sistemas a pequeña escala poseen características particulares y favorables si se comparan con los sistemas nacionales (por ejemplo, el índice de asistencia técnica del SIS al personal sanitario es generalmente más elevado y las líneas de comunicación suelen ser relativamente directas) (Cibulskis & Izard, 1996). La siguiente lista de material de referencia puede agruparse según su relevancia para contextos a pequeña escala y a escala nacional:

Pequeña escala (dispositivo único hasta nivel provincial)	Centre for Health Policy, 1998; Dartnall, Modiba & Lee, 1998; Husein et al., 1993; Lee & Dartnall, 1998.
Escala nacional	Bodart & Shrestha 2000; Cibulskis and Hiawalyer, 2002; De Kadt, 1989; Finau, 1994. Foltz, 1993; Jayasuriya, 1999; Glover, 2000; Robey & Lee, 1990; Taintor & Laska, 2002.

Tarea 11: poner en marcha el SISM

Una vez que el proyecto piloto ha identificado los últimos problemas de implementación se puede iniciar la puesta en marcha del SISM, con la recogida y procesamiento de datos “reales”. El proceso de puesta en marcha para la distribución del SISM deberá estar claramente descrito en un plan operativo. Los detalles específicos dependerán en gran medida de las circunstancias particulares del país. Es esencial disponer de una lista de control (checklist) para la puesta en marcha. Ésta puede servir como herramienta para la exploración de las posibles razones de los fallos que se produzcan al encontrarse con obstáculos. La lista podría incluir:

- > El diseño de formularios de recogida de datos (ver Tarea 6)
- > La formación del personal y el tiempo empleado para aprender a utilizar las aplicaciones (ver Tarea 7)
- > Diseño/adaptación del hardware y del software (ver Tarea 8)
- > Comprobaciones de la calidad (ver Tarea 9)
- > Inserción de datos
- > Mantenimiento de datos
- > Recuperación de datos

De nuevo es necesario prestar especial atención a los incentivos para el personal para así asegurar el éxito continuado del sistema.

Cuadro 17. Ejemplo de la tarea 11: diseñando el SIS para su uso óptimo en Papúa Nueva Guinea

“Se han hecho intentos por incrementar el análisis de la información en todos los niveles del sistema de salud. Se proporcionaron herramientas y formación en el análisis de los datos a los trabajadores de la salud, incluyendo “Registro del centro de salud”, un folleto diseñado para evaluar las tendencias en el tiempo y facilitar un registro permanente de las actividades de un dispositivo sanitario. A nivel provincial se reforzaron las estrategias para el análisis de los datos revisando el software de los ordenadores y formando a los gestores provinciales.

En el nivel nacional el análisis y la difusión se limitaron inicialmente a un folleto anual sobre indicadores de salud familiar. Al limitar el análisis a un área de actividad pequeña en la que los datos estaban fácilmente disponibles y se les concedía la importancia necesaria, la publicación podía prepararse con anterioridad a la reunión anual de los gestores de salud provinciales en la que se revelaba públicamente el rendimiento de cada provincia. Este feedback ayudó a incrementar los índices de elaboración de informes del 73% en 1994 a un 85% en 1995 y hasta el 93% en 2000.

Las mejoras en los sistemas de información permitieron al gobierno afrontar análisis de mayor alcance y utilizar la información para determinar las prioridades en el plan nacional sobre salud. Se establecieron objetivos a partir de las estadísticas sobre el rendimiento anterior y ayudaron a los gestores a determinar qué programas de salud se desarrollaban según lo previsto y cuál era el rendimiento de cada provincia.” (Cibulskis & Hiawalyer, 2002).

Las lecciones aprendidas desde otros contextos deben interpretarse para que se adecuen al contexto local.

El procedimiento de puesta en marcha del SISM debería estar claramente descrito en un plan operativo.

Puntos clave: Paso 3. Implementación

Tarea 1: identificar los subsistemas e indicadores esenciales del SISM

El equipo de trabajo debería poder ahora reunir toda la información obtenida durante la evaluación de necesidades y el análisis de situación para identificar aquellas áreas prioritarias del SISM que sean susceptibles de reformarse y llevar a cabo los cambios pertinentes. El equipo tendrá que analizar exhaustivamente cómo deberá gestionarse la información en cada una de las etapas y en cada uno de los subsistemas seleccionados. A menudo ocurre que durante esta tarea se ve con rapidez qué datos pueden recopilarse, procesarse, analizarse y utilizarse.

Tarea 2: determinar un conjunto mínimo de datos

Una vez descritos los indicadores se puede identificar un conjunto mínimo de datos que tengan viabilidad. Este proceso requiere identificar qué datos mínimos son necesarios para asegurar que los indicadores hallados sean significativos (esto es, operacionalizar los indicadores).

Tarea 3: analizar el flujo de información

La siguiente tarea es analizar el flujo de información dentro del SISM (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización).

Tarea 4: determinar la frecuencia de la recogida de datos

El diagrama de flujo elaborado en la tarea anterior debe tener un cronograma, y por esta razón es importante identificar los momentos en los que la información debería recopilarse y procesarse dentro de un ciclo anual.

Tarea 5: identificar las funciones y responsabilidades

La siguiente tarea es identificar las tareas y responsabilidades de todas las partes implicadas en cada una de las etapas del sistema de información.

Tarea 6: diseñar y distribuir material

Una vez que las funciones y responsabilidades están claras y se ha circunscrito el sistema a un marco temporal puede comenzarse a diseñar y distribuir material. Esto incluye redactar manuales de instrucciones y/o manuales de procedimiento así como formularios de recogida de datos.

Tarea 7: programar la formación de los empleados

Es necesario que los gestores, los administradores y el personal clínico reciban formación para la recogida, el análisis y el empleo de información. El análisis de situación del Paso 2 debería haber revelado cualquier carencia en las competencias actuales del personal. Esta información puede emplearse para tratar las necesidades de formación específicas en un país o región.

Tarea 8: tratar los obstáculos prácticos para obtener la información necesaria

A lo largo de la puesta en práctica del SISM será inevitable encontrarse con varios obstáculos. Dos áreas clave son la oposición de la plantilla y una tecnología inadecuada.

Tarea 9: incorporar el control de calidad

Se pueden incorporar el control de calidad en el SISM para tratar muchos de los obstáculos a los que se enfrenta la implementación del SISM.

Tarea 10: realizar un proyecto piloto

Una manera útil de comprobar la viabilidad de un SISM y resolver eventuales dificultades de implementación es realizar un proyecto piloto.

Tarea 11: puesta en marcha del SISM

Una vez que el proyecto piloto ha identificado los últimos problemas de implementación se puede iniciar la fase de puesta en marcha del SISM, con la recogida y procesamiento de datos “reales”. El proceso de puesta en marcha para la distribución del SISM deberá estar claramente descrito en un plan operativo.

Paso 4. Evaluación: ¿cómo está operando el SISM?

La puesta en marcha de un SISM no estaría completa sin una evaluación. En este último paso el equipo de trabajo debe evaluar el SISM ahora que ya está en funcionamiento. Es importante destacar que la evaluación es parte integral del diseño e implementación de un SISM y por lo tanto no puede añadirse como una idea de última hora. Es necesario considerar los criterios para la evaluación desde el principio, durante la evaluación de necesidades y el análisis de situación (ver más arriba). De hecho, el análisis de situación es en sí mismo una forma de evaluación, y puede proporcionar valiosas lecciones para evaluaciones futuras.

La evaluación es esencial para asegurar la calidad continuada del sistema (Lee & Dartnall, 1998). Se trata, no obstante, de un proceso distinto a la mejora continuada de la calidad, tratada en el Paso 3. Una evaluación es un proceso menos frecuente que aúna a varias partes implicadas para medir hasta qué punto está alcanzando el SISM los objetivos establecidos.

Tarea 1: definir los criterios para evaluar el SISM

La primera tarea es fijar los criterios para evaluar el SISM. Es esencial disponer de unas definiciones claras para cada criterio para que no haya dudas sobre qué aspecto del sistema está tratando de cuantificar dicho criterio. La Tabla 9 proporciona un ejemplo.

Una vez que el SISM esté en marcha, éste debería ser evaluado.

La primera tarea es fijar los criterios para la evaluación.

Tabla 9. Criterios para evaluar el sistema de información de salud mental

Criterios de evaluación	Definiciones
Validez	Medida de hasta qué punto los datos recogidos reflejan la situación verdadera
Fiabilidad	Medida de hasta qué punto los datos proporcionan una medida consistente
Sensibilidad	Medida de hasta qué punto es capaz el sistema de detectar cambios en los servicios prestados así como de hacer un seguimiento de tendencias
Precisión	Medida de la precisión de los datos
Integridad	Medida de hasta qué punto los datos recogidos están completos
Puntualidad	Medida de hasta qué punto está la información disponible para la toma de decisiones en un periodo de tiempo debidamente adecuado para asegurar que las decisiones se toman a partir de los datos
Relevancia	Medida de hasta qué punto es importante el sistema para todos los niveles del servicio de salud (p. e. Feedback para los niveles periféricos y nivel de análisis local)

Utilidad	Medida de hasta qué punto el SISM ayuda a los gestores y los clínicos en su toma de decisiones y actuaciones y hasta qué punto ayuda el SISM en el proceso de planificación
Administración sencilla	Medida de hasta qué punto el sistema es accesible al usuario y puede ejecutarse sin un apoyo logístico excesivo
Aceptabilidad	Medida de hasta qué punto es aceptable para los usuarios finales
Viabilidad	Medida de hasta qué punto el sistema es viable y asequible
Flexibilidad	La capacidad de adaptar el ritmo del avance y las áreas de apoyo a las necesidades y recursos locales manteniendo la estructura general

Fuente: Lee & Dartnall, 1998.

Tarea 2: crear una estructura para la evaluación del SISM

La siguiente tarea consiste en crear un modelo o estructura para la evaluación. En esta estructura es importante plantear preguntas específicas:

1. ¿Qué *aspectos principales* y *aspectos específicos* del SISM es necesario evaluar?
Los aspectos principales incluyen:
 - > Las etapas del SISM (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización).
 - > El funcionamiento del SISM en los diferentes niveles de servicio (atención primaria, servicios comunitarios de salud mental, servicios de psiquiatría en hospitales generales e instituciones especializadas).
 - > Efectividad del SISM: ¿permite la toma de decisiones?
 - > Eficiencia del SISM: ¿superan los beneficios a los costes?

Los aspectos específicos se refieren a los métodos de operativización de estos aspectos principales (consultar Tabla 10, a continuación).

2. ¿Qué *perspectiva* es la necesaria, o la más útil? Por ejemplo, obtener información sobre si se produce un feedback de información a nivel de dispositivo es mejor desde el punto de vista de los médicos, no de los administradores.
3. ¿Qué herramienta de investigación es la más adecuada? Por ejemplo, al evaluar las dificultades en la recogida y procesamiento de datos puede ser más adecuado distribuir cuestionarios entre una muestra representativa de dispositivos en lugar de efectuar entrevistas que llevan mucho tiempo.

La Tabla 10 muestra un ejemplo de una estructura integral desarrollada para evaluar el SISM de Gauteng, en Sudáfrica.

Debería crearse una estructura para la evaluación del SISM.

Tabla 10. Estructura para la evaluación del sistema de información de salud mental en Gauteng, Sudáfrica

		Herramientas de investigación y perspectivas					
Aspectos principales del SISM	Aspectos específicos	Ent	Ent	Ent	Obs	RA	CU
		Médico	Funcionarios SIS	Administración			
Etapas							
Recogida	Actitud hacia la recogida	+	+	+			
	Disponibilidad de formularios	+	+	+	+		+
Procesamiento	Transmisión	+	+	+			+
	Cotejo	+	+	+			+
Análisis	Preparación de datos		+				
	¿Se analizan todos los datos?	+	+	+			+
	Agregación de los datos de los diferentes niveles	+	+	+			+
Difusión	Constructiva	+		+		+	
	Pertinente	+		+			
	Inmediata	+		+			
	Selectiva	+		+			
	Presentable	+		+			
	Adecuada	+					
	Precisa					+	
	Fiable					+	
	Completa					+	
	Puntual (actual)	+		+			
	Estandarizada	+	+			+	+
	Accesible al usuario	+					+
	Participación local	+					+
	Utilización	En los diferentes niveles del SISM	+	+	+		
Funcionamiento en los diferentes niveles del servicio							
Dispositivo	Integrado y coordinado	+	+	+	+	+	+
Distrito	Suma y análisis en cada nivel						
Regional	Personal formado						
Provincial							
Nacional							
Efectividad: permite la toma de decisiones en diferentes etapas del ciclo de planificación							
Evaluación		+		+			
Objetivos de la planificación	Específicos	+		+			
	Medibles						
	Adecuados						
	Realistas						
	Limitados temporalmente						
Implementación		+		+			
Revisión		+		+			
Eficiencia del SISM: utilizando un enfoque sistémico							
Recursos	Presupuesto, personal			+			+
Proceso	(Ver "Procesamiento" más arriba)						
Resultados	Informes	+			+		+

Clave: Ent = entrevista; Obs = observación; RA = revisión de archivo; CU = cuestionario autoadministrado; + = herramienta y perspectiva adecuada para recoger datos sobre aspectos específicos del SISM

Fuente: adaptado de Lee & Dartnall, 1998.

Cuadro 18. Ejemplo de la tarea 2: creando una estructura para evaluar el SISM

Un año después del proyecto piloto del SISM, el equipo de trabajo inicia una evaluación de como está funcionando. Existe la preocupación de que algunos dispositivos están enviando los formularios de forma errática o incompleta. Es más, los formularios recolectados se van apilando en la oficina central y no han sido totalmente analizados. Algunos de los criterios para la evaluación se habían discutido durante las fases de evaluación de las necesidades y en las etapas del análisis de situación, y esto proporciona una base de sustento para la evaluación.

A continuación se enumeran una serie de pasos propuestos:

1. Formular los términos de referencia para la evaluación. Esto incluye clarificar los objetivos específicos de la evaluación (incluyendo las preocupaciones más acuciantes), quiénes son los responsables, cuáles son los marcos temporales, el presupuesto y las limitaciones.
2. A continuación se implementa la evaluación (después de la prueba piloto de las nuevas herramientas creadas, ya que no se identificaron herramientas estandarizadas):
 - > Se envían cuestionarios a una muestra representativa de dispositivos urbanos y rurales para que los completen todos los clínicos. Las preguntas incluyen la cantidad de tiempo que lleva completar los formularios de SISM, la actitud ante la necesidad de rellenar los formularios y la disponibilidad de éstos.
 - > Se mantienen entrevistas semi-estructuradas con médicos en tres centros rurales y tres centros urbanos para analizar en mayor profundidad los asuntos obtenidos a partir de los resultados del cuestionario.
 - > También se realizan entrevistas semi-estructuradas con funcionarios del SIS en el nivel regional y en las oficinas centrales acerca de la recogida, el procesamiento, el análisis y la difusión de los datos.
 - > Observación: a los funcionarios SIS se les da un formulario para completar, independientemente de la disponibilidad de formularios SISM, en sus visitas semanales rutinarias a los dispositivos.

Hallazgos de la evaluación:

- > Los clínicos dicen invertir un 10% de su tiempo completando los formularios si pretenden completarlos con precisión. Quieren dedicar menos tiempo a ello. También dicen que el informe de feedback recibido tras los primeros tres meses del proyecto piloto fue de utilidad y sintieron que rellenar los formularios merecía el esfuerzo (esto es, que la información que recibieron les ayudó en la atención rutinaria de salud mental). Están decepcionados por no haber recibido más feedback tras ese informe inicial. Muchos más centros rurales que urbanos informan de que los formularios no siempre están disponibles en esos dispositivos. Un tercio de los clínicos comenta que no están seguros de a quién tienen que entregar los formularios una vez completados.
- > Los funcionarios del SIS se muestran desmoralizados por la falta de claridad en la descripción de su trabajo. Afirman que el suministro de formularios SISM desde el almacén central es informal y que no disponen de suficiente tiempo para introducir los datos. También sienten que su formación en análisis de datos fue demasiado corta y que necesitarían formación adicional.

Recomendaciones a partir de la evaluación:

- > Simplificar aún más los formularios y los procedimientos de procesamiento.
- > Reducir los requisitos de los datos para la recogida rutinaria.
- > Incrementar el apoyo a los funcionarios del SIS en términos de condiciones laborales y de formación.
- > Revisar el suministro de formularios en blanco y la transmisión de los formularios completados en los dos próximos meses.
- > Planificar para proporcionar un feedback trimestral a los clínicos. Planificar para enviar un informe regular de dos páginas.

Tarea 3: comparar con la evaluación inicial o de referencia

El progreso del SISM puede evaluarse repitiendo mediciones tomadas con valores de referencia iniciales (baseline). Por ejemplo, pueden evaluarse las etapas de recogida de datos, procesamiento, análisis, difusión y utilización de cada subsistema y compararlas con las mediciones de referencia. El propósito es comparar el desarrollo en cada una de las etapas del SISM a lo largo del tiempo (ver el ejemplo de la tarea 2, más arriba).

Deben repetirse las mediciones tomadas con valores iniciales o de referencia para permitir la comparación.

Tarea 4: establecer la frecuencia de las evaluaciones

Como norma general es esencial llevar a cabo evaluaciones periódicas del SISM. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de aspectos tales como la disponibilidad de recursos, las dificultades halladas durante el diseño y puesta en marcha del sistema, y la complejidad y magnitud del mismo. Véase también la tabla 7 para ejemplos sobre la frecuencia de recogida de diferentes indicadores.

Para maximizar los recursos puede ser útil llevar a cabo evaluaciones rutinarias del SISM al mismo tiempo que se efectúan las del sistema de salud mental a mayor escala, por ejemplo, como parte de las evaluaciones rutinarias de la planificación del servicio (ver los módulos *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental y Mejora de la calidad de la salud mental*).

Puede ser útil llevar a cabo evaluaciones rutinarias del SISM al mismo tiempo que se efectúan las del sistema de salud mental a mayor escala.

Cuadro 19. Caso de ejemplo: evaluando el SISM en la provincia de Gauteng, Sudáfrica: La perspectiva de un gestor de servicios

Para la evaluación del SISM en la provincia de Gauteng (Sudáfrica) durante los últimos 10 años ha sido necesario comprender el contexto de los acontecimientos que tuvieron lugar en este tiempo. Cuando Sudáfrica alcanzó un gobierno democrático en 1984, el país estaba dividido en nueve provincias. Los servicios de salud que con anterioridad estaban segregados racialmente se integraron en nueve departamentos provinciales de salud. El Departamento Nacional de Salud proporciona apoyo y supervisa el trabajo que se realiza en las provincias, pero son éstas las responsables de la prestación de los servicios. Desde 1984 se ha llevado a cabo un gran esfuerzo en desarrollar los servicios de salud de distrito para poner en marcha la política de un acceso equitativo a unos servicios integrales de atención primaria para todos los ciudadanos de Sudáfrica. Al mismo tiempo fue necesario crear servicios secundarios y terciarios en algunas áreas, mientras que se racionalizaban en otras. También hubo que crear sistemas para la monitorización y evaluación de los servicios, y fue necesario desarrollar y coordinar sistemas de información tanto dentro de las provincias como para todo el país. Así, las experiencias sobre la creación de sistemas de información en Gauteng deben evaluarse dentro de este contexto.

El trabajo preliminar en el SISM dentro de la provincia de Gauteng lo llevó a cabo la Dirección de Salud Mental del Departamento de Salud de Gauteng, en colaboración con el Centro para la Política Sanitaria de la Universidad de la Witwatersrand. La primera área de atención fue desarrollar un sistema de información para el servicio ambulatorio de salud mental de Gauteng (SSM) dentro del Servicio Sanitario de Salud. Este sistema se puso en marcha con la intención de que se produjese un análisis regular de los datos y se enviaran informes de retroalimentación a todos los niveles de partes implicadas (personal clínico, coordinadores regionales y administradores provinciales de salud mental). A pesar de todo el sistema no funcionó debido a que el departamento del SIS no disponía de la capacidad para capturar datos con eficacia y analizarlos, ni para elaborar informes de retroalimentación.

A continuación, la provincia creó un Conjunto Mínimo de datos (CMD) integral para el Servicio de Salud del Distrito (SSD). El actual CMD ambulatorio para el SSM se incorporó al SSD. Se incluyeron además dos indicadores en el CMD del servicio de atención primaria (SAP). El principal problema con el CMD del SSD es ¡que se trataba de un conjunto de datos máximos! Todo el mundo (incluyendo los gestores de los servicios de salud mental, los gestores de los servicios de salud general y los clínicos) quería que se incluyera tal o cual ítem. El resultado fue una enorme cantidad de datos de dudosa calidad y la incapacidad del departamento del SIS para procesarlos debidamente.

Para evaluar cómo estaban funcionando los sistemas de información se llevó a cabo la revisión de algunos indicadores. Se estudiaron los dos indicadores de SAP obtenidos durante el primer año de funcionamiento del CMD del SSD. Éstos eran: enfermedad mental aguda (número de nuevos pacientes detectados con una enfermedad mental/número total de pacientes del SAP) y enfermedad mental crónica (derivación al SAP = número de pacientes atendidos en el centro SAP con enfermedad mental crónica/número total de pacientes SAP). Ambos indicadores estaban muy por debajo de los objetivos establecidos (<1% y 1,6%, respectivamente). Esto puede deberse al bajo nivel de detección de los trastornos mentales en el nivel de atención primaria así como a una pobre derivación de pacientes crónicos al SAP, aunque también puede reflejar una cumplimentación inadecuada de los formularios diarios y mensuales a nivel de dispositivo.

Se realizó además una revisión del “índice de incumplimiento” en el servicio ambulatorio de salud mental del SSD. Este dato se situó en el 7%, comparable a las comprobaciones de control hechas en el servicio. No obstante, cuando se comprobaron los datos en bruto del sistema de información se encontraron muchas lagunas e imprecisiones extremas (¡los índices de incumplimiento oscilaban entre un 0 y un 100%!).

Como resultado de esta experiencia de aprendizaje, la provincia inició una revisión del CMD del Sistema de Salud del Distrito, y se redujo el número de datos del SISM ambulatorio, pasando de más de 100 a sólo 22. Los dos indicadores del sistema de salud mental incluidos en el SAP se conservaron. Actualmente se está probando el nuevo CMD.

Como resultado de la falta de información útil obtenida del CMD, se llevó a cabo una encuesta de los servicios de salud mental en 2001. Se crearon formularios para los servicios hospitalarios y ambulatorios, los cuales fueron recopilados en un informe que se distribuyó ampliamente entre los clínicos y los gestores (en el Anexo 3 se incluye más información sobre este informe). La información de este informe se ha empleado para otros informes y presentaciones, buscando mejorar los servicios e incrementar la moral de la plantilla. Éste es el tipo de encuesta que puede llevarse a cabo cada cierto tiempo, entre 2 y 5 años, para hacer un seguimiento de los cambios. También puede emplearse en el proceso de creación/revisión de un CMD. Aunque es preferible un SISM rutinario, esta clase de encuesta no rutinaria puede ser una alternativa útil para los gestores inmersos en las primeras etapas de creación de un SISM.

Lecciones aprendidas:

1. La creación de un SISM se produce a menudo en el contexto de otros cambios importantes dentro de los sistemas de salud. Los interesados deben entender el impacto y las limitaciones que entrañan semejantes cambios para tratar de trabajar con sistemas de información sanitaria genéricos en la medida de lo posible. También tienen que ser pacientes, pensar creativamente y utilizar otros métodos de recogida de información cuando sea necesario.
2. Comenzar poco a poco y excluir la información no necesaria para los sistemas de información.
3. Los proveedores de servicios o los clínicos pueden prestar una contribución valiosa a la creación de los sistemas de información, ya que ellos son los trabajadores que están en primera línea y tienen experiencia en la cumplimentación de innumerables formularios diariamente. Es necesario por tanto implicarles en este trabajo.
4. Todos los interesados deben tener claros los objetivos de la recogida de datos y su utilidad (o carencia de ésta) en todos los niveles.

Fuente: Rita Thom, comunicación personal. (Nota: ésta es una opinión/revisión personal, y no se trata de la visión oficial del Departamento de Salud de Gauteng).

Puntos clave: Paso 4. Evaluación

La puesta en marcha de un SISM no estaría completa sin una evaluación. En este último paso el equipo de trabajo debe evaluar el SISM ahora que ya está en funcionamiento. Es importante destacar que la evaluación es parte integral del diseño e implementación de un SISM y por lo tanto no puede añadirse como una idea de última hora.

Tarea 1: definir los criterios para evaluar el SISM

A la hora de determinar los criterios para evaluar el SISM es esencial disponer de unas definiciones claras para cada criterio para que no haya dudas sobre qué aspecto del sistema está tratando de cuantificar dicho criterio.

Tarea 2: crear una estructura para la evaluación

A la hora de crear una estructura para la evaluación es importante plantear cuestiones específicas:

- > ¿qué aspectos generales y particulares del SISM es necesario evaluar?
- > ¿qué perspectiva se necesita o cuál es más útil?
- > ¿qué instrumento de investigación es el más adecuado?

Tarea 3: comparar con la evaluación de referencia

El progreso del SISM puede evaluarse comparando los datos más recientes con aquellos valores de referencia iniciales. El propósito es comparar el desarrollo de cada una de las etapas del SISM a lo largo del tiempo.

Tarea 4: establecer la frecuencia de las evaluaciones

Como norma general es esencial llevar a cabo evaluaciones periódicas del SISM. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de aspectos tales como la disponibilidad de recursos, las dificultades halladas durante el diseño y puesta en marcha del sistema, y la complejidad y escala del mismo. Con el fin de maximizar los recursos puede ser útil llevar a cabo evaluaciones rutinarias al mismo tiempo que se produzcan otras más generales del sistema de salud mental (por ejemplo, como parte de las evaluaciones rutinarias de la planificación del servicio).

4. Obstáculos y soluciones en el SISM

Obstáculos

Etapas del SISM

Recogida:

Los datos recogidos son de poca calidad y están duplicados. Las razones más frecuentes son que los trabajadores de la salud :

- (i) están saturados con la recogida de datos.
- (ii) no ven la utilidad de la recogida de datos.
- (iii) no disponen de los formularios de recogida de datos.

Procesamiento:

Una elevada proporción de los datos recogidos pasa al nivel nacional sin ser utilizados localmente.

Análisis:

- (i) Los datos quedan sin analizar.
- (ii) El análisis consiste a menudo en una simple suma de datos que carecen de denominadores o que son imprecisos.
- (iii) La agrupación de datos en niveles más altos a menudo impide que sean lo suficientemente específicos como para permitir las actuaciones locales adecuadas.

Soluciones

- (i) Mejorar la política y las normativas para permitir una recogida sencilla de datos cuidadosamente seleccionados, poniendo énfasis en la facilidad de la recogida.
 - (ii) Las normativas y la legislación deberían asegurar la recogida de datos mediante un enfoque “de palo y zanahoria”.
 - (iii) Identificar áreas de duplicación.
 - (iv) Priorizar la recogida y procesamiento de datos de la manera más eficiente.
 - (v) Excluir todos los datos que no sean absolutamente necesarios.
 - (vi) Asegurar que los datos a nivel de caso son útiles para la práctica médica.
 - (vii) Llevar a cabo sesiones de formación sobre cómo recopilar datos y sobre cómo se utilizarán éstos.
 - (viii) Proporcionar menos formularios y que éstos sean más breves, asegurando su disponibilidad.
 - (ix) Crear un identificador de salud nacional: un identificador único que permite “contar” a cada usuario sólo una vez, incluso cuando accede a diversos servicios de salud mental, alcoholismo y otras sustancias.
-
- (i) Permitir más procesamiento y análisis de los datos a nivel local mediante la formación local y la asignación local de recursos.
 - (ii) Para problemas de gestión de datos más amplios, efectuar un análisis de situación del sistema (un análisis a modo de “ensayo general”, si fuera necesario) para examinar las causas de la pobre gestión de los datos e identificar soluciones.
-
- (i) Asegurar la racionalización del análisis poniendo el énfasis en un conjunto mínimo de datos y seleccionando únicamente los indicadores más esenciales.
 - (ii) Asegurar unos recursos adecuados para el análisis en términos de: personal (que requiere planificar la formación de la plantilla para asegurar que tengan habilidades analíticas, unas descripciones de trabajo claras y sistemas de soporte) y equipo (software y hardware con los sistemas de soporte pertinentes).
 - (iii) Proporcionar información local específica desagregando los datos recibidos del nivel central o mediante el análisis local.

Difusión:

- (i) Los servicios periféricos rara vez reciben feedback sobre los datos enviados a los niveles superiores.
- (ii) Sobresaturación de datos inadecuados y pobremente presentados.

Utilización:

- (i) Puede que la información esté disponible, pero que no se use.
- (ii) No se comparte, ni se coordina la información dentro del sector sanitario.
- (iii) No se comparte, ni se coordina la información entre diferentes sectores.

Recursos:

- (i) Los sistemas de información suelen estar excesivamente centralizados.
- (ii) A menudo se asignan recursos insuficientes a los sistemas de información.

Reglas:

Los trabajadores de la salud raramente reciben instrucciones estandarizadas sobre cómo recopilar datos y disponen de poca formación sobre recogida de datos (si es que tienen alguna).

- (i) Planificar los recursos del SISM para permitir un feedback regular en intervalos mensuales, cuatrimestrales y anuales.
- (ii) Seleccionar cuidadosamente sólo los indicadores esenciales y poner énfasis sobre un conjunto mínimo de datos.
- (iii) Enfatizar la necesidad de unos datos bien presentados.
- (iv) Los resultados deberían difundirse para permitir a las partes implicadas discutir las implicaciones de los resultados en relación con las mejoras de la prestación de servicios y su planificación.

- (i) Presentar la información de manera simple y atractiva (por ejemplo, pensando en la facilidad de colocarla en las paredes de los centros más periféricos).
- (ii) Debería proporcionarse formación en todos los niveles (sobre todo a nivel de gestión) sobre cómo utilizar la información.
- (iii) Crear y reformar el SISM junto con el SIS general y otros sectores.

Equilibrar la centralización de recursos (para satisfacer las necesidades de eficiencia y de coordinación general) con la descentralización (para permitir parte del análisis de los datos a nivel local).

Planificar la provisión estandarizada de instrucciones y formación.

(1) Se puede ver un ejemplo útil en la experiencia de Papúa Nueva Guinea. Cibulskis & Hiawalyer (2002) afirman que: "Una iniciativa prometedora ha sido resumir las estadísticas de salud según las circunscripciones parlamentarias y asegurar su amplia difusión. Esto no sólo es interesante para los gestores sanitarios sino también para una audiencia más amplia que desea ver la rendición de cuentas entre los funcionarios públicos y los políticos".

Aspectos generales del SISM

En general, la información suele ser más a menudo sobre los contactos hospitalarios que sobre los contactos con servicios comunitarios, incluso aunque los servicios de salud mental se van volviendo cada vez más comunitarios. A menudo esta es la causa de un retraso histórico en la creación de sistemas de información (Thornicroft & Tansella, 1999).

La información suele ser más a menudo sobre los acontecimientos que sobre los casos (p. e.; el número de ingresos por año en lugar de las características de los usuarios ingresados) (Thornicroft & Tansella, 1999).

El SISM no proporcionar información que indique si se ha puesto en práctica la política.

El monitoreo de los servicios de salud mental en un servicio sanitario integrado es problemático. Concretamente, es a menudo difícil separar los indicadores de salud mental y pedir a los trabajadores de la salud que dediquen tiempo a la recogida de datos sobre salud mental. Por ejemplo, puede ser difícil monitorizar la actividad relativa a la salud mental entre las enfermeras de medicina general en el nivel de atención primaria.

- (i) Crear indicadores sobre servicios comunitarios.
- (ii) Asegurar la compatibilidad entre los sistemas de información hospitalarios y los comunitarios; por ejemplo, en Alemania se ha desarrollado un sistema de información sobre servicios de salud mental no hospitalarios (BADO-K) para los servicios locales que es compatible con el que se utiliza dentro de los hospitales (BADO) (Kluge et al., 1999).

Crear sistemas de información a nivel de caso que hagan disponible la información sobre las características de los usuarios, el diagnóstico y la(s) intervención(es) utilizada(s).

Diseñar cuidadosamente el SISM para que incluya indicadores que midan la implementación de la política (p. e.; si la desinstitucionalización y el desarrollo de los servicios comunitarios son objetivos de la política, hay que incluir indicadores que midan el número de camas, los ingresos, las altas y la utilización de los servicios comunitarios.)

- (i) Seleccionar únicamente los indicadores sobre salud mental más esenciales para el conjunto mínimo de datos, coordinándose con el SIS general (p. e.; número de contactos de salud mental diarios, o número de enfermeras formadas en salud mental en centros de atención primaria). La especificación de estos datos vendrá seguida de comprobaciones de calidad sobre la recogida, procesamiento, análisis, utilización y difusión de datos sobre salud mental.
- (ii) La formación de enfermeras generales en la atención a la salud mental debería incluir la formación en la recogida y la monitorización de datos.

5. Conclusión

La información es esencial para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud mental. Los gestores políticos la emplean para ayudarles a hacer el mejor uso posible de los escasos recursos, los planificadores, para el diseño de unos servicios más eficaces y eficientes, los gestores para el seguimiento y evaluación de los servicios, y los clínicos la emplean para proporcionar unos cuidados adecuados, de buena calidad y basados en la evidencia. En un contexto de recursos limitados con una descentralización cada vez mayor y con cambios en la financiación de la salud mental, la calidad de estos datos se está volviendo cada vez más importante.

Este módulo proporciona una estructura o modelo en cuatro pasos para un SISM: evaluación de necesidades, análisis de la situación del SISM actual, implementación o puesta en marcha del nuevo sistema y evaluación. Aunque se proporcionan consejos paso a paso es importante que los países adapten esta guía a sus circunstancias particulares. También deberán ajustar sus expectativas según sus recursos actuales, sin poner en peligro la calidad del sistema o los datos esenciales necesarios. Existen pocas soluciones rápidas, y será necesaria una inversión a largo plazo. Para ayudar a los países con estas decisiones, el Anexo 1 dirige a los lectores a un conjunto de indicadores de salud mental desarrollado recientemente por la OMS.

La siguiente cita resume algunas de las recomendaciones clave que se han tratado en este módulo:

“Aunque los sistemas de información implican a menudo un esfuerzo tal que cualquier idea de volver a repetirlo es desmoralizante, es importante pensar en el sistema como un ser vivo que crecerá y cambiará, o que también puede morir. Cuando el sistema está en sus inicios es mejor comenzar con un conjunto de datos pequeño, teniendo presente que todos esos conjuntos de datos y los formularios para recogerlos son acuerdos entre los que hacen el trabajo. Es inevitable que haya quienes muestren más interés por recopilar los datos, mientras que otros lo encuentren agobiante. Es más fácil llegar a un acuerdo si uno admite que “lo perfecto es enemigo de lo bueno”. El sistema debe ser flexible, y los usuarios deberían prever que habrá que añadir otros ítems según vaya aumentando su capacidad. En una planificación de arriba abajo o de abajo a arriba, el subgrupo que monitorizará la puesta en marcha del sistema debería reunirse con regularidad para evaluar cómo va el sistema. Sus miembros deberían cambiar dependiendo de si hay problemas o beneficios particulares, anotando qué informes son útiles o cuáles deberían crearse. Si el sistema no está informatizado, lo acabará estando con el tiempo a medida que los costes de informatización sigan descendiendo mientras que su disponibilidad aumenta. Ningún sistema de información llega a estar acabado nunca.” (Zebulon Taintor, comunicación personal).

La información es crucial para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud mental.

Este módulo proporciona una estructura en cuatro pasos para un SISM: evaluación de necesidades, análisis de situación, implementación y evaluación.

Anexo 1. Una herramienta de la OMS para evaluar los sistemas y los servicios de salud mental a nivel de país

Las autoridades sanitarias de los países necesitan información que les ayude a decidir qué actuaciones emprender para mejorar áreas específicas de los servicios de salud mental. Para facilitar la toma de decisiones se ha desarrollado una herramienta, el World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS 2.1) (Herramienta de Evaluación de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud), que proporciona información esencial sobre el sistema de salud mental del país o región (OMS, 2005). El WHO-AIMS 2.1 se basa en las diez recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 (OMS, 2001). Estas recomendaciones son las siguientes:

1. Proporcionar tratamientos para trastornos mentales en atención primaria.
2. Asegurar una amplia accesibilidad a la medicación psicotrópica esencial.
3. Aumentar el número de individuos que están siendo tratados con enfermedades mentales graves en los servicios psiquiátricos comunitarios.
4. Proporcionar educación sanitaria sobre salud mental.
5. Implicar a las comunidades, familias y usuarios en la atención a la salud mental.
6. Crear políticas nacionales.
7. Crear programas y una legislación sobre salud mental.
8. Desarrollar los recursos humanos necesarios.
9. Vincular el sistema de salud mental a los otros sectores, tanto sanitarios como no sanitarios.
10. Elaborar mecanismos de información y seguimiento, y apoyar las investigaciones relevantes.

Por cada una de las recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo (secciones de interés), se generaron una serie de ítems que se agruparon en distintas facetas (sub-secciones). Una serie de expertos y puntos focales de países con pocos recursos proporcionaron aportaciones para asegurar la claridad, validez y viabilidad de los mismos. Una versión anterior de la herramienta ya había sido implementada y probada en 12 países con pocos recursos. Estos países fueron seleccionados según su diversidad regional y tamaño, y pertenecían a todas las Regiones OMS. La herramienta se revisó y acortó según el feedback del estudio piloto y las valoraciones expertas acerca de la importancia de cada ítem en la planificación de actuaciones públicas de salud mental en países con rentas bajas o medias. Además, cada ítem recibió una puntuación que indicaba hasta qué punto era significativo y viable. A continuación se presentó la herramienta revisada en una reunión de la OMS a 14 representantes de los países y personas de recursos clave. Se recomendaron varios añadidos menores y revisiones que se incorporaron a la versión actual del WHO-AIMS 2.1. Esta versión consta de seis secciones (que cubren las diez recomendaciones del Informe sobre la Salud Mental en el Mundo 2001, con 28 facetas y 156 ítems). Las seis secciones son: estructura política y legislativa, servicios de salud mental, salud mental en atención primaria, recursos humanos, educación sanitaria y vínculos con otros sectores, y monitoreo e investigación. Estas secciones son interdependientes, están entrelazados conceptualmente y existe cierto solapamiento entre ellos. Los seis deben evaluarse para obtener una idea relativamente completa de un sistema de salud mental.

La OMS emplea la herramienta para realizar evaluaciones a partir de datos básicos y así ayudar a los países a llevar a cabo planes basados en la información con objetivos alcanzables que refuercen sus sistemas de salud mental.

Anexo 2. Ejemplos de países

Ejemplo 1. Conjunto mínimo de datos recomendado para los servicios de internamiento en Gauteng, Sudáfrica

Categoría	Ítems
Identificadores organizativos	
Identificadores de pacientes e información demográfica	Nombre, fecha de nacimiento o edad, estado civil, situación laboral, vivienda, educación, nacionalidad, lenguaje, religión
Datos administrativos	Fechas de ingreso y alta, domicilio habitual, forma de pago
Fundamento legal para el ingreso	
Datos clínicos	Cuidados previos recibidos, historial médico, problemas presentes, diagnóstico de alta
Datos al alta	Lugar a referir, persona o tutor a notificar
Datos del acontecimiento	Fecha y hora del acontecimiento, tipo de acontecimiento, lugar del servicio y médico responsable, trabajador a cargo del informe, paciente(s) implicado(s), programa del evento e identificador del evento
Recursos humanos/personal	Nombre, sexo, fecha de nacimiento, especialidad, datos académicos y certificados

Fuente: Lee & Dartnall, 1998.

Ejemplo 2. Ejemplo de formulario de captura de datos – Formulario de ingreso hospitalario, provincia de Gauteng, Sudáfrica

Hospital <input type="checkbox"/> Consultar códigos en el reverso del impreso	Unidad <input type="text"/>
Información identificativa	
Número de archivo <input type="text"/>	Número de ID <input type="text"/>
Nombre del paciente <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>	
Código postal <input type="text"/> Distrito sanitario <input type="checkbox"/> Consultar códigos en el reverso del impreso	
Teléfono <input type="text"/> (casa) <input type="text"/> (trabajo)	
Nombre del familiar más cercano <input type="text"/>	
Por favor indique la naturaleza de su relación _____	
Dirección <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>	
Código postal <input type="text"/> Distrito sanitario <input type="checkbox"/> Consultar códigos en el reverso del impreso	
Teléfono <input type="text"/> (casa) <input type="text"/> (trabajo)	
Nacional de Sudáfrica <input type="checkbox"/> 1= sí 2= no Si la respuesta es no, indique su nacionalidad: _____	
Perfil demográfico/historial	
Sexo <input type="checkbox"/> 1= masculino 2= femenino Fecha de nacimiento (ddmmaaaa) <input type="text"/>	
Estado civil <input type="checkbox"/> 1= soltero, 2= casado/viviendo con la pareja, 3=separado/divorciado, 4= viudo, 9= otro	
Primera lengua <input type="checkbox"/> 1=Inglés, 2=Zulú, 3= Sotho, 4= Africaans, 5= Tawana, 6= Tsonga, 7= Venda, 8= Xhosa, 9= Pedi, 10= Shangaan, 11= Swazi, 12= otro	
Religión: (por favor especifique) _____	
Características personales	
Situación laboral <input type="checkbox"/> 1=activo (incluyendo SHELTERED WORKSHOP), 2= activo (incluyendo PROTECTED WORKSHOP), 3 =sin trabajo	
Vivienda <input type="checkbox"/> 1=sólo en la vivienda, 2= en vivienda con familiares u otros, 3= en institución para enfermos crónicos, 4= Hostal, 5= hogar protegido, 6= sin residencia conocida, 9= otro	
Educación <input type="text"/> 00= no formal, 02= inferior a std 6, 03= std 6/7, 04= std 8/9, 05= matric., 06= educación terciaria, 07= escuela para personas con minusvalías, 08= formación técnica, 09= otro	
Información sobre el episodio actual	
Información de ingreso	
Fecha de ingreso (ddmmaaaa) <input type="text"/>	
Estatus legal <input type="checkbox"/> 1= vol. (con consentimiento C3/C4), 2= invol. (9, 12), 3= estatal, 4= obs., 9= otro	
Fuente de pago <input type="checkbox"/> 1= personal/familia, 2= seguro sanitario, 3= ninguno, 9= otro	
GAUTENG	
Fuente de derivación <input type="text"/> 01= él mismo/familia/amigo, 02= hosp. gen., 03= médico de cabecera/clínica, 04= escuela, 05= organización de beneficencia, 06= sector privado, 07= justicia crim., 08= Lifecare, 99= otro	
FUERA DE LA PROVINCIA	
Fuente de derivación <input type="text"/> 01= él mismo/familia/amigo, 02= hosp. gen., 03= médico de cabecera/clínica, 04= escuela, 05= organización de beneficencia, 06= sector privado, 07= justicia crim., 08= Lifecare, 99= otro	
Indique por favor qué provincia _____	

Ejemplo 3. Ejemplo de formulario de captura de datos – Formulario de alta hospitalaria, provincia de Gauteng, Sudáfrica

Hospital <input type="checkbox"/>	Consultar códigos en el reverso del impreso	Unidad <input type="checkbox"/>
Información identificativa		
Número de archivo <input type="text"/>	Número de ID <input type="text"/>	
Nombre del paciente <input type="text"/>		
Dirección de alta <input type="text"/>		
Dirección <input type="text"/>		
Teléfono <input type="text"/> (casa)		<input type="text"/> (trabajo)
Fecha de alta (ddmmaaa) <input type="text"/>		
Tipo de alta <input type="checkbox"/> 1= alta, tratamiento completo, 2= alta, en contra de la recomendación médica, 3= muerte, 4= traslado, 5= permiso temporal para ausentarse, 9= otro		
Fecha de ingreso (ddmmaaaa) <input type="text"/>		Duración de la estancia (días) _____
Detalles sobre la continuidad de la atención		
Paciente dado de alta para/hasta: <input type="text"/> 01= centro comunitario de SM 02= atención primaria 03= atención sector privado 04= Lifecare 99= otro	Por favor indique TODOS los datos de contacto del lugar donde el paciente haya sido dado de alta: Persona de contacto: _____ Nombre de la organización: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Diagnóstico/medicación		
Diagnóstico de alta (DSM-IV)	Medicamentos a evitar (p. e. Alergias, efectos secundarios, tratamientos fallidos)	
Eje I		
Eje II		
Eje III		
Eje IV		
Eje V		
Tratamiento para el alta		
MEDICAMENTO	DOSIS	

Anexo 3. Utilización de métodos de recogida de datos rutinarios y no rutinarios

Utilizando métodos de recogida de datos no rutinarios junto con algunos métodos de recogida de datos rutinarios para la planificación de los servicios de salud mental en la provincia de Gauteng, Sudáfrica.

(Este informe fue preparado por la Dra. Rita Thom, una psiquiatra de la oficina central provincial del Departamento de Salud de Gauteng.)

El siguiente ejemplo extraído de Sudáfrica ilustra el uso de métodos de recogida de datos no rutinarios en conjunción con algunas fuentes de datos rutinarios en aquellos casos en los que el SIS rutinario no fue capaz de proporcionar la información requerida para la planificación del servicio de salud mental.

Se cubrieron cuatro aspectos:

- > Instrucciones para la cumplimentación de los formularios de informe.
- > Formulario de informe para los Servicios Comunitarios de Salud Mental.
- > Formulario de informe para los Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes.
- > Sumario de los hallazgos del informe.

Instrucciones para cumplimentar los formularios de informe

Servicios Comunitarios de Salud Mental:

Número de fichas de pacientes activos en el registro clínico: periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre de 2001.

Índice de incumplimiento:

Número de pacientes que no acuden a sus citas en un mes/número de pacientes atendidos en el centro en un mes x 100.

Por ejemplo, 15 pacientes no asistieron a su cita en el mes de abril, 88 pacientes fueron atendidos en el mes de Abril: $15/88 \times 100 = 17,04\%$

Para una mayor claridad, sírvase completar los centros de niños y adolescentes independientemente de los centros para adultos.

Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes:

(TMI, CH Bara, Tara-Alex CAFU, Servicios ambulatorios para niños y adolescentes del Hospital Weskoppies)

Número de fichas de pacientes activos en el registro clínico: periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre de 2001.

Número de contactos de pacientes cada mes: a partir del conteo total diario.

**INFORME SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN GAUTENG
OCTUBRE 2001
SERVICIOS SANITARIOS DE DISTRITO: SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL**

NOMBRE DEL CENTRO:		Enfermera profesional responsable del servicio:									
Número de fichas de pacientes activos en el registro clínico		Adultos					Niños				
Personal: número por profesión/categoría (en equivalentes a jornada completa) NB: sólo personal clínico											
Psiquiatras		Médicos de cabecera		Doctores (Medical Officers)		Enfermeras profesionales		Psicólogos			
Terapeutas ocupacionales (TO)		Trabajadores sociales		Auxiliar de enfermería		Trabajadores intermedios (p.ej. TO Auxiliares)		Intérpretes			
Índice de incumplimiento:	Abril		Mayo		Junio	Julio	Agosto	Septiembre			
Índice de derivación desde atención primaria:	Abril		Mayo		Junio	Julio	Agosto	Septiembre			
Logros en los últimos 6 meses (Abril – Septiembre 2001)											
Problemas encontrados en los últimos 6 meses (Abril – Septiembre 2001) (y las acciones emprendidas para solucionar los problemas)											

**INFORME SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN GAUTENG
OCTUBRE 2001
SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

NOMBRE DE LA UNIDAD:											
Personal: número por profesión/categoría (en equivalentes a jornada completa) NB: sólo personal clínico											
Psiquiatras	Médicos de cabecera	Doctores (Medical Officers)	Enfermeras profesionales	Psicólogos							
Terapeutas ocupacionales (TO)	Trabajadores sociales	Auxiliar de enfermería	Trabajadores intermedios (p.ej. TO Auxiliares)	Intérpretes							
Número de fichas de pacientes activos, Abril – Septiembre 2001			Número de nuevos pacientes atendidos, Abril – Septiembre 2001								
Número de contactos de los pacientes:	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre					
Logros en los últimos 6 meses (Abril – Septiembre 2001)											
Problemas encontrados en los últimos 6 meses (Abril – Septiembre 2001) (y las acciones emprendidas para solucionar los problemas)											

Sumario del Informe sobre los Servicios de Salud Mental proporcionados por el Departamento de Salud de Gauteng

Introducción

El siguiente informe es una compilación de varias fuentes de información sobre los servicios de salud mental en Gauteng durante el año 2001 (población: 8.030.406).

- > Parte de la información se ha obtenido a partir del Conjunto mínimo de datos (CMD) del Servicio de Salud de Distrito.
- > Además, en Noviembre de 2001 se enviaron cuestionarios a todos los servicios de salud mental para intentar capturar información importante y útil para la planificación y el seguimiento de estos servicios.
- > Durante el año 2001 también se llevó a cabo una revisión de los servicios de salud mental para niños y adolescentes en el Servicio de Salud de Distrito.

Nota: este sumario del informe sólo incluye los servicios comunitarios de salud mental y los servicios de salud mental para niños y adolescentes, y no se refiere a los hospitales psiquiátricos especializados, ni a los hospitales generales.

1. Servicios comunitarios de salud mental

1.1 La salud mental en atención primaria

No existe información disponible sobre hasta qué punto se está prestando atención de salud mental en atención primaria en Gauteng. La única información de la que disponemos es la que ofrece el Conjunto mínimo de datos, que indica lo siguiente (Abril 2000 – Marzo 2001):

- > Porcentaje de nuevos pacientes diagnosticados con una enfermedad mental: 0,16%
- > Porcentaje de pacientes crónicos estables con enfermedad mental derivados desde el nivel secundario al nivel primario: 1,3%

Los estudios nacionales e internacionales sobre prevalencia indican que la prevalencia de enfermedades mentales en atención primaria es del orden de un 10% de todos los pacientes que acuden a ese nivel de atención. La política nacional indica que el 80% de todas las personas con problemas de salud mental debería tratarse en atención primaria. Estas cifras muestran lo lejos que estamos de esta meta en la Provincia de Gauteng.

1.2 Servicios comunitarios de salud mental de nivel secundario

Distrito	Central Wits	West Rand	Ekurhuleni	Sedibeng	Pretoria/Tshoane Cullinan/ Bronkhorstspuit	Total/ Normativas Nacionales
Centros de salud mental en el nivel secundario	20	13	11	7	22	73
Servicios infantiles	3	4	2	4	5	18
Número de fichas de pacientes activos en el registro clínico	11684(1)	4461	3503	2787	4752	24400
Visitas diarias de pacientes (VDP) (n° de pacientes que visitan los centros de promedio por día)	584	223	175	139,4	237,6	1359
Enfermeras profesionales: VDP	0,06	0,035	No hay información disponible	0,07	0,075	0,2 a 0,54
Médicos: VDP	0,01	0,018	0,02	0,03	0,02(2)	0,04 a 0,08
Personal médico de apoyo: VDP	0,008	0,008	0,03	0,01	0,008(3)	0,06 a 0,31
Índice de incumplimiento (%)	6,40	8	7,65	10,9	3,78	8 a 11
Índice de derivación desde atención primaria (%)	0,56	0,70	No hay información disponible	No hay información disponible	3,42	No existen normativas nacionales

Notas: las cifras que se salen del rango de las normativas nacionales están marcadas en negrita.

(1) La información es incompleta. Sólo se obtuvo de 13 centros, de un total de 20.

(2) La mayoría del personal médico viene de Weskoppies (la región no paga).

(3) El personal médico de apoyo proporciona servicios para personas con minusvalías físicas y psíquicas (85% y 15%, respectivamente).

La información del Conjunto mínimo de datos del Servicio de Salud de Distrito muestra un total anual de 189.143 en todos los centros de salud mental del nivel secundario. Esto arroja suma mensual de 15.761. La mayoría de los pacientes asiste al centro una vez al mes, y por lo tanto este dato puede también ser un indicador del número de fichas de pacientes activos. Existe una gran discrepancia entre las cifras del conteo en el CMD (15.761) y las fichas de pacientes activos desde la información obtenida directamente de los centros (24.400). Algunas posibles razones incluyen: cumplimentación incorrecta de los formularios CMD, índices de incumplimiento mayores e información incorrecta acerca de las fichas activas.

1.3 Índice de derivaciones desde atención primaria

Éste es un indicador útil para determinar hasta qué punto se está produciendo la integración de la salud en atención primaria. Estos datos se añaden a los indicadores mencionados anteriormente, obtenidos del CMD del SAP (número de nuevos pacientes diagnosticados con una enfermedad mental y número de pacientes crónicos estables derivados al SAP para su seguimiento). Sólo hay datos de dos regiones.

1. REGIÓN A		2. REGIÓN C	
Central Wits	West Rand	Pretoria/Bronkhorstspuit	
0,56%	0,70%	3,42%	

Es interesante destacar la discrepancia entre los índices de derivación de las regiones A y C.

1.4 Logros

Los servicios comunitarios de salud mental muestran:

- > Leves mejoras en el personal médico de apoyo en ciertas áreas.
- > Una mayor utilización de los servicios de salud mental por parte de diferentes partes implicadas, incluyendo otros sectores.
- > Un aumento en el número de actividades de promoción de la salud mental.
- > Un descenso en los índices de incumplimiento y recaída.
- > En algunos centros se han formado grupos de apoyo, que son organizados por voluntarios, que reciben aportaciones y ayuda de las enfermeras psiquiátricas comunitarias.
- > Mejora de la relación entre el personal de farmacia, el comunitario y el hospitalario.
- > La apertura de una nueva ONG de salud mental para pacientes psiquiátricos adultos con 12 camas en Vereeniging.

1.5 Problemas

- > Falta de personal en la salud mental. Además de la continuada falta de personal, en especial de personal médico y de apoyo, un importante número de enfermeras psiquiátricas experimentadas han abandonado el servicio (muchas han sido contratadas para trabajar en el Reino Unido). Esto ha dejado al Distrito de Sedibeng con 10 enfermeras profesionales recién nombradas y sin experiencia para que dirijan la mayoría de los centros del Distrito. Otros distritos no se han visto tan negativamente afectados, pero se trata de un problema serio, e influye sobre la moral del personal existente.
- > Problemas continuados con el suministro de medicación a las clínicas. Existe un complicado proceso para pedir y suministrar medicinas, y los retrasos en la farmacia y el transporte de suministros son habituales.
- > Falta de acceso a los servicios de salud mental en algunas áreas. Los pacientes deben cubrir largas distancias para llegar a los centros y esto contribuye al incumplimiento y al abandono.
- > Problemas de recursos. Problemas continuados con el alojamiento, la comunicación (falta de teléfonos) y el transporte (de los pacientes al hospital y para las visitas a domicilio).
- > Derivaciones inadecuadas a los servicios de salud mental para niños efectuadas por el Departamento de Educación.
- > Dificultades para conseguir que los pacientes sean ingresados en servicios de cuidados intensivos.
- > Dificultades para reubicar la clínica Vereeniging, lo que lleva a un pobre cumplimiento terapéutico y a un mayor índice de abandonos.
- > La carencia de una lista de medicamentos esenciales en los SAP hace difícil derivar pacientes.
- > Problemas con los Servicios de Emergencia: falta de colaboración.
- > Dificultades para asistir a las sesiones internas de formación y a las conferencias debido a la falta de personal y al hecho de que los administradores del dispositivo no permiten a los trabajadores que asistan.

2. Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes

2.1 Servicios de nivel terciario

Unidades infantiles y familiares: existen unidades infantiles y familiares en Tara/Alex, en el Hospital Chris Hani Baragwanath y en el Hospital de Weskoppies. Éste último también dispone de una unidad de ingreso para niños y adolescentes. Estos dispositivos realizaron 8.815 contactos durante el periodo de seis meses comprendido entre Mayo y Octubre de 2001. Esto equivale a 35,26 visitas de pacientes al día (incluyendo pacientes ingresados en la unidad de ingreso del Hospital de Weskoppies, pero excluyendo datos de Garankuwa). La unidad del Hospital de Weskoppies dispone del personal adecuado.

Para los otros tres servicios (VDP=33,75):

- > Médico: VDP=0,19
- > Enfermera profesional: VDP=0,32
- > Personal médico de apoyo: VDP=0,31 (incluyendo psicólogos internos)
(sin internos=0,19)

No existen normativas nacionales para servicios de niños y adolescentes. Estos servicios requieren un contacto mucho más intensivo entre profesional y paciente, sobre todo con enfermería y el personal médico de apoyo. El índice de Médico de VDP está por debajo de la norma de los servicios ambulatorios para adultos. Es probable que estos servicios estén operando con una plantilla inferior a la necesaria.

También existen unidades de internamiento para adolescentes en los hospitales de Tara y Sterkfontein. Las estadísticas sobre personal y pacientes de estas unidades están incluidas en las estadísticas generales de estos hospitales.

2.2 Servicios de nivel secundario

Existen también servicios de salud mental comunitarios para niños y adolescentes en el nivel secundario en los Servicios de Salud del Distrito. El número de centros de tratamiento ha aumentado en los últimos años. Hay dos psiquiatras especializados, formados como psiquiatras infantiles, que proveen a la mayoría de los centros de Gauteng del sur. Consúltese no obstante el informe que figura a continuación sobre la revisión de servicios comunitarios de salud mental para niños y adolescentes.

2.3 Logros

- > Se han creado grupos de apoyo para huérfanos con SIDA y familias afectadas por el VIH/SIDA en la clínica para niños Alexandra.
- > El psiquiatra de Weskoppies se ha registrado como psiquiatra infantil, y por lo tanto puede prestar formación en la sub-especialidad de psiquiatría infantil en la Universidad de Pretoria/Hospital de Weskoppies.
- > Ha planes para expandir los servicios comunitarios de salud mental para niños y adolescentes en la región de Pretoria.

2.4 Problemas

- > Problemas continuados debido a la escasez de personal.
- > Problemas continuados con otros sectores.
- > Falta de contacto y de una comunicación efectiva entre sectores.
- > Carencia de camas de ingreso para niños en Gauteng del sur. Se construyó una unidad de 24 camas en el Hospital CF Baragwanath, pero acabó convirtiéndose en un pabellón psiquiátrico para adultos. Hay planes para la conversión de otro pabellón para niños.

Logros generales

El mayor logro de los servicios de salud mental es que han podido sobrevivir a pesar de las grandes pérdidas de personal, en especial de enfermeras experimentadas. Algunos servicios se han expandido (servicios comunitarios de salud mental para niños y adolescentes). Se ha conseguido una mejor comunicación entre los servicios comunitarios de nivel primario y secundario, así como entre los servicios de salud mental hospitalarios y los comunitarios. Se ha abierto una nueva unidad en el Hospital Natalspruit. Se ha creado un sistema de información sanitario informatizado en el hospital de Weskoppies.

Problemas generales que necesitan atención urgente

- > Falta de personal de enfermería psiquiátrica experimentado, especialmente en el Distrito Sedibeng.
- > Falta de camas psiquiátricas para niños en Gauteng del sur.
- > Es necesaria una mejor recogida de datos y un mejor feedback de todos los servicios de salud mental.

Nota: se puede encontrar una lista exhaustiva de indicadores de salud mental, junto con sus definiciones y fórmulas, en la herramienta de la OMS para evaluar sistemas y servicios de salud mental a nivel de país (Anexo 1).

Capturar:	Almacenar datos en un ordenador (Pearsall, 1999).
Datos:	Hechos en bruto en forma de números, letras y códigos que no tienen apenas significado por sí mismos (Smith, 2000).
Evaluación:	Proceso que trata de determinar el impacto de una intervención basándose en sus objetivos (Sandiford, Annet & Cibulskis, 1992).
Indicador:	Medida que (i) resume información relevante para un fenómeno particular; (ii) puede usarse para indicar o mostrar una situación dada; y que por tanto (iii) puede emplearse para medir el cambio (Green, 1999).
Información:	Datos procesados que aparecen en un contexto y comunican un significado (Smith, 2000).
Input:	Los recursos que se asignan al sistema de atención a la salud mental (Thornicroft & Tansella, 1999). Los inputs incluyen recursos humanos, inversiones, medicinas, dispositivos y equipo.
Fiabilidad:	El grado en el que una herramienta mide con consistencia una variable (Bodart & Shrestha, 2000).
Monitorización:	La medición continua o rutinaria del rendimiento de una intervención en marcha (Sandiford, Annet & Cibulskis, 1992).
Necesidad:	La capacidad de beneficiarse de la atención (Thornicroft, 2001).
Proceso:	Actividades del servicio, incluyendo la forma en que se dispensan los cuidados.
Resultado:	El efecto que tiene un servicio sobre la salud mental de la población a la que atiende.
SAP:	Servicios de Atención Primaria.
Sitios centinela:	Localizaciones donde se recoge la información con más detalle de lo que se hace rutinariamente en un SISM ya creado.
Validez:	El grado en el que una herramienta mide lo que se supone que tiene que medir (Bodart & Shrestha, 2000).
Validez aparente:	El juicio subjetivo que el usuario de la herramienta hace sobre si los ítems individuales cubren un rango adecuado de los problemas relevantes para ser medidos como un todo. No se trata tanto de un criterio de validez estadística como de una impresión inicial acerca del grado en el que la escala incluye ítems relevantes (Thornicroft & Tansella, 1999).
Vigilancia:	La recolección sistemática y continuada, el análisis y la interpretación de los datos sanitarios en el proceso de descripción y monitorización de un acontecimiento de salud (Klaucke et al., 1998).

- Andrews G, Henderson S (2000). *Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bank R, Goodman AB, Wanderling JA (1989). *Recording Admissions to Psychiatric Hospitals*. Geneva, World Health Organization (MNH/NAT 89.2).
- Bilsker D, Goldner EM (2002). Routine outcome measurement by mental health-care providers: is it worth doing? *Lancet*, 360: 1689-1690.
- Bodart C, Shrestha L (2000). Identifying information needs and indicators. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 49-72.
- Callaly T, Coombs T, Berk M (2003). Routine outcome measurement by mental healthcare providers. *Lancet*, 361:1137-1138.
- Centre for Health Policy (1998). Department of Health, Gauteng provincial government mental health information system. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand.
- Chambers R (1983). *Rural development: putting the last first*. London, Longman.
- Cibulskis R, Hiawalyer G (2002). Information systems for health sector monitoring in Papua New Guinea. *Bulletin of the World Health Organization*, 80: 752-758.
- Cibulskis R, Izard J (1996). Monitoring systems. In: Janovsky K, ed., *Health policy and systems development: an agenda for research*. Geneva, World Health Organization: 191-206.
- Dartnall E, Modiba P, Lee T (1998). An analysis of mental health information systems in three Gauteng hospitals. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand.
- De Kadt E (1989). Making health policy management intersectoral: issues of information analysis and use in less developed countries. *Social Science and Medicine*, 29: 503-514.
- Department of Health (1997). White paper for the transformation of the health system in South Africa. Pretoria, *Government Gazette*.
- Finau SA (1994). National health information systems in the Pacific Islands: in search of a future. *Health Policy and Planning*, 9: 165.
- Foltz A (1993). Modelling technology transfer in health information systems – learning from the experience of Chad. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 9: 345-361.
- Glover G (2000). A comprehensive clinical database for mental health care in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 523-529.
- Green A (1999). *An introduction to health planning in developing countries*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Husein K, et al. (1993). Developing a primary health care management information system that supports the pursuit of equity, effectiveness and affordability. *Social Science and Medicine*, 36: 585-596.
- Jayasuriya R (1999). Managing information systems for health services in a developing country: a case study using a contextualist framework. *International Journal of Information Management*, 19: 335-349.
- Klaucke DN et al. (1998). Guidelines for evaluating surveillance systems. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37: 1-18.

- Kluge H et al. (1999). Development of a standardized documentation system for outpatient non-hospital based psychiatric care. *Gesundheitswesen*, 61: 323-330.
- Lee T, Dartnall E (1998). *Gauteng mental health services information system for hospitals: General principles and preliminary guidelines*. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand.
- Leginski WA et al. (1989). *Data standards for mental health decision support systems*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services. United States Government Printing Office #ADM 89.1589, Series FN No. 10.
- Lippeveld T (2000a). The context of health information system reform. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 225-242.
- Lippeveld T (2000b). Routine data collection methods. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 88-113.
- Lippeveld T, Sapirie S (2000). Approaches to strengthening health information systems. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 243-252.
- Lippeveld T, Sauerborn R (2000). A framework for designing health information systems. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 15-32.
- Opit L (1987). How should information on health care be generated and used? *World Health Forum*, 8: 409-417.
- Pearsall JE (1999). *The concise Oxford dictionary*. New York, Oxford University Press.
- Robey JM, Lee SH (1990). Information system development in support of national health programme monitoring and evaluation: the case of the Philippines. *World Health Statistics Quarterly* 43: 37-46.
- Sandiford P, Annet H, Cibulskis R (1992). What can information systems do for primary health care? An international perspective. *Social Science and Medicine*, 34: 1077-1087.
- Sapirie S (2000). Assessing health information systems. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 73-87.
- Sauerborn R, Karam M (2000). Geographic information systems. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 213-224.
- Smith J (2000). *Health management information systems: a handbook for decision makers*. Buckingham, Open University Press.
- Taintor Z, Laska E (2002). Mental health information systems for the needs of developing countries. Unpublished background paper prepared for the WHO meeting, Research for Change, Cape Town, South Africa, 3-6 December (cited with permission of the authors).
- Thornicroft G (2001). *Measuring mental health needs*, 2nd ed. London, Gaskell, Royal College of Psychiatrists.
- Thornicroft G, Tansella M (1999). *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Trauer T (2003). Routine outcome measurement by mental health-care providers. *Lancet*, 361: 1137.

Ustun B et al. (1994). *Computers in mental health*. Geneva, World Health Organization and London, Churchill Livingston.

WHO (1990). The introduction of a mental health component into primary health care. Geneva, World Health Organization.

WHO (2000). Design and implementation of health information systems. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001). *World health report 2001, Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). *Mental health policy and service guidance package: Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003b). *Mental health policy and service guidance package: Quality Improvement for mental health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). WHO assessment instrument for mental health systems (AIMS) Version 2.1. Geneva, World Health Organization.

Wilson R (2000). Using computers in health information systems. In: WHO, *Design and implementation of health information systems*. Geneva, World Health Organization: 198-212.

Wilson R, Smith DL (1991). Microcomputer applications for primary health care in developing countries. *Infectious Disease Clinics of North America*, 5: 247-264.

