

Definición de treinta indicadores de calidad para sistemas locales de Salud Mental en el sector privado

Martín Agrest¹, Martín Nemirovsky²

1. Lic. en Psicología (UBA). Psicólogo Clínico. Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro). Coordinador de Investigaciones de Proyecto Suma, Buenos Aires.
2. Médico Psiquiatra. Master en Administración de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro). Miembro fundador Proyecto Suma.

Autor correspondiente: Martín Nemirovsky, E-mail: mnemirov2@gmail.com

Resumen

El uso de indicadores para evaluar la calidad de la atención en salud mental ha sido por lo general muy escaso. Dada la importancia de poder comprender y mejorar el funcionamiento de la atención en salud mental, se sugieren treinta indicadores que permitan realizar comparaciones entre sistemas.

La propuesta de indicadores parte de definir diez parámetros (equidad, solidaridad, accesibilidad y penetración, intermediación y transparencia, continuidad y adherencia a los tratamientos, gestión de recursos humanos, eficacia, eficiencia, integración de los servicios de salud mental y los servicios de salud en general y, finalmente, inteligencia del sistema y uso de herramientas informáticas apropiadas).

Una serie de indicadores son propuestos en conexión con cada uno de estos diez parámetros a la espera de poder probarlos para su adopción más generalizada o buscar otros más apropiados.

Palabras clave: Evaluación de sistemas y servicios de salud mental – indicadores – salud mental.

DEFINING THIRTY INDICATORS TO ASSESS LOCAL MENTAL HEALTH SYSTEMS IN THE PRIVATE SECTOR

Abstract

The use of indicators to assess the quality of mental health care has generally been very limited. Given the importance of being able to understand and improve the functioning of mental health care, thirty indicators are suggested to allow comparisons between systems.

The proposal of indicators starts from defining ten parameters (equity, solidarity, accessibility and penetration, intermediation and transparency, continuity and treatment adherence, human resources management, effectiveness, efficiency, integration of mental health services and health services in general and, finally, system intelligence and use of appropriate technological tools).

A series of indicators are proposed in connection with each of these ten parameters, waiting to be tested for more general adoption or to find more appropriate ones.

Key words: Mental health services evaluation – indicators – mental health.

Este artículo fue publicado por primera vez en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 2003, XIII (51): 72-77. Se reproduce aquí su versión original revisada por los autores.

1- Existen Sistemas de orden nacional, de orden local y del orden de los pacientes (o grupos de pacientes). Los indicadores deben adaptarse a cada una de estas tres dimensiones geográficas y su selección debe ajustarse a una dimensión específica. A su vez, existen tres fases de evaluación de los sistemas: la estructura, los procesos y los resultados. Las tres dimensiones geográficas y las tres fases configuran una matriz de 3x3, siendo posible enumerar –aunque no lo hacemos en el presente trabajo– los indicadores para cada celda de la matriz (13).

Introducción

Una vez definidos cuáles deben ser los parámetros para diseñar y evaluar el funcionamiento de un Sistema de Salud Mental (SM) (1), una vez que se han especificado las cualidades que deben tener los indicadores –o dimensiones de los parámetros– y que se ha discutido el uso de indicadores en otros países (2, 8, 9, 10), resta explicitar, enumerar y justificar la racionalidad del uso de una serie de indicadores que se podrían elegir para caracterizar, dada la legislación nacional de SM vigente (11), el desempeño de un Sistema local de SM en la Argentina. De esto nos ocupamos en el presente trabajo.

Cabe remarcar que cuando no se cuenta con indicadores, y su uso no está en modo alguno instalado, lo más conveniente es usar un número reducido para cada parámetro planteado. De entre los numerosos indicadores que se podrían usar para evaluar el Sistema, habrá que estar atento a elegir el menor número posible que permita dar cuenta de los parámetros. El desafío es escoger aquellos que brinden la mayor información con el menor esfuerzo posible, y que mejor caractericen cada aspecto del Sistema sin tener que incurrir en una proliferación de números.

Si la intención fuese evaluar únicamente algunos aspectos de un Sistema local en el sector privado (por ejemplo, sus resultados)¹ seguramente sería conveniente utilizar un número mayor de indicadores que evalúen, por ejemplo, la eficiencia. En cualquier caso se sugiere que la lectura del indicador se desprenda con la mayor facilidad posible de los sistemas de información vigentes, que la relación con el parámetro del cual es una dimensión sea lo más directa y evidente posible, que el tiempo que insuma a los clínicos no sea excesivo, que se haya demostrado (o se pueda demostrar) su basamento en evidencia empírica y que permita realizar comparaciones, recomendaciones y transformaciones en el Sistema.

Si bien hay sistemas locales que corresponden a ciudades pequeñas, a sectores definidos de ciudades más grandes o a la población de una Obra Social, los indicadores que definimos pretenden aplicarse primordialmente a una Empresa de Medicina Prepaga (EMP). Esta distinción implica considerar que puede haber diferencias tanto en la población como en los indicadores a utilizar según el tipo de problemas que ésta presenta y el tipo de inconvenientes que suelen tener los sistemas que le dan la cobertura de SM. En las EMP, por ejemplo, es menos habitual encontrar pacientes con internaciones crónicas y la prevalencia de pacientes esquizofrénicos suele ser más baja que en la población general. A la hora de proponer los indicadores específicos, esta particularidad debe ser tenida en cuenta. No tendrá sentido usar los mismos indicadores en una población que tiene un alto porcentaje de pacientes crónicos (por ej., PAMI) que en otra con un bajo porcentaje (por ej., los afiliados a las

EMP). Su selección deberá partir de un análisis preliminar o de la estructura del sistema en cuestión.

En los últimos tiempos se tiende a considerar que la información local es fundamental para realizar una acción transformadora de los Sistemas de Salud (13). Es cierto que la información global debe existir y habrá que elaborarla pero, dada la heterogeneidad de los Sistemas de SM de la Argentina, el punto de partida debe ser la información local. Como reza el lema descentralizador sostenido en un tiempo por la Organización Mundial de la Salud, “es necesario pensar globalmente y actuar localmente”. Sólo con los parámetros y con los indicadores locales la acción tendrá algún sentido.

Pese a esta tendencia, los sistemas locales de SM de la Argentina rara vez producen la información necesaria para una planificación racional o para una mejora continua de su funcionamiento. Es un secreto a voces que las EMP cuentan con alguna información administrativa pero con nulos conocimientos de la salud y enfermedad de su población. En el sector público, a idéntica escala local, la situación no es mejor y las pocas estadísticas que se producen “ocultan más que lo que muestran” y sólo intentan justificar absurdamente los cargos a través del número de prestaciones efectuadas en un período de tiempo. La asignación de recursos en las áreas privadas o semiprivadas también tienen un manto de oscuridad, con sobregistro o subregistro, según las conveniencias derivadas de los contratos y subcontratos de capitación.

En nuestro medio hemos sugerido 10 parámetros para evaluar el funcionamiento de los Sistemas locales de SM (1). En esta oportunidad, desarrollaremos y propondremos 30 indicadores para ser puestos a prueba en sistemas concretos del sector privado y que podrían servir para dimensionarlos.

Análisis preliminar

Antes de emprender cualquier tipo de evaluación de un Sistema local de SM es necesario contar con una información precisa de su composición o estructura. Esto implica considerar:

- Cuáles son las características demográficas. Antes de evaluar el desempeño de un sistema es fundamental partir de cuál es la población servida (el número de personas que cubre), cuál es su distribución por edad (y en particular, qué porcentaje es mayor de 65 años), cómo se distribuyen por sexo, qué concentración urbana tiene o cómo se reparte geográficamente y qué tasa de rotación por el sistema tiene (cuál es el flujo de ingresos y de egresos de afiliados de la organización). Este tipo de datos, aunque no siempre son adecuadamente considerados, suelen existir en todas las organizaciones de SM.
- Cuáles son los aspectos epidemiológicos. La caracterización epidemiológica de la población, la

2- Es necesario señalar que la legislación ampara a las EMP y no les exige dar este tipo de coberturas.

distribución de las enfermedades –según diagnóstico y según su distribución en los grupos familiares y el porcentaje de pacientes con trastornos mentales severos en la población servida– es el punto de partida imprescindible para cualquier evaluación de procesos y resultados de un Sistema. No sólo se debe contar con esta información sino que ésta debe seguir códigos homogéneos de diagnóstico (sin oscilar entre el psicoanálisis, el DSM-IV y el ICD10 e, inclusive, algún otro) y no limitarse a quienes consultan a los especialistas de SM: estos datos deberían ser el producto de monitoreos o programas de vigilancia epidemiológica por fuera de la consulta “*psi*”. Habrá que establecer la zona geográfica donde viven las personas con cada una de las patologías y determinar cómo las patologías se distribuyen en los grupos familiares.

- c. Cuáles son las características de los recursos terapéuticos y/o centros asistenciales disponibles. Habrá que conocer qué recursos se ofrecen (centros asistenciales de día, de internación o ambulatorios, etc.), qué capacidad de responder a la demanda tienen, dónde se encuentran y cómo es su distribución en relación a la ubicación de los pacientes que necesitan la asistencia. Se sabe, por ejemplo, que la consulta a los especialistas de SM está en relación directa a la distancia a la que se encuentra del paciente (15). ¿Cómo tiene en cuenta esta particularidad el Sistema local evaluado? ¿Responde a las necesidades de los usuarios o de los profesionales?
- d. Qué características tienen los profesionales. ¿Cuántos profesionales de cada especialidad hay (tasas interprofesionales, tasas sobre la población servida y sobre la consultante), qué especialidades incluye, qué *curriculum vitae* tienen, cómo se distribuyen por zonas, etc.?
- e. Cuáles son los recursos económicos destinados a la asistencia de los trastornos mentales (expresados como porcentaje del gasto total en salud). Ha de considerarse que en base a esta disponibilidad algunas prácticas podrán cubrirse y otras no. También debe contemplarse que el monto de los recursos debe supeditarse a las necesidades prestacionales (y no únicamente al revés).
- f.Cuál es la modalidad de contratación de los servicios de SM. Esta modalidad puede darse bajo dos grandes formas, incluyendo e integrando las prestaciones específicas en el conjunto de las prestaciones de salud (*carve-in*) o realizando una capitación por separado (*carve-out*) (12). Una y otra forma tienen ventajas y desventajas, oportunidades y riesgos, que es preciso considerar. Los indicadores que se usen será conveniente adaptarlos a uno u otro caso.
- g. Existencia de distintos tipos de planes y coberturas de SM y según cuáles motivos (patología, monto de la prima, etc.). En algunas EMP existen diferentes tipos de planes para los afiliados y las causas de estas diferencias son fundamentales para luego evaluar con indicadores el funcionamiento del sistema. Cuando el Sistema de SM ofrece diferentes planes según las pri-

mas pero no según las patologías será prioritario usar indicadores que evalúen especialmente la equidad.

Estos aspectos son variables de un sistema a otro y, a lo largo del tiempo, en un mismo sistema. Este análisis preliminar debería poder detectar ambas variaciones. El análisis preliminar, mediante el estudio de la estructura del sistema, debería tener la misión fundamental de evaluar el grado de ajuste o desajuste entre lo ofertado (en términos de profesionales, recursos económicos y centros asistenciales) y las necesidades de la demanda (en términos de las características poblacionales y epidemiológicas) para poder hacer más hincapié en el uso de determinados indicadores o de otros.

Una vez que se ha determinado la estructura del sistema, en asociación con los 10 parámetros planteados (Tabla 1), se pueden utilizar los siguientes indicadores.

Tabla 1. Parámetros para un Sistema local de Salud Mental (1)

1. Equidad
2. Solidaridad
3. Accesibilidad y penetración
4. Intermediación y transparencia
5. Continuidad y adherencia a los tratamientos
6. Gestión de recursos humanos
7. Eficacia
8. Eficiencia
9. Integración de los servicios de salud mental y los servicios de salud en general
10. Inteligencia del sistema y uso de herramientas informáticas apropiadas.

Desarrollo de indicadores para 10 parámetros de funcionamiento en un Sistema local de SM

La *equidad*, el no favorecer a uno/s en perjuicio de otro/s, admite múltiples formas de ser evaluada por medio de indicadores. Creemos que el que mejor puede dar cuenta de esta particularidad es:

1. *La proporción formada por el promedio anual del gasto de bolsillo de los pacientes con trastornos mentales severos sobre el promedio anual del gasto de bolsillo del resto de los pacientes que se atienden en el Sistema de SM.*

Esto significa que podremos saber cuán equitativo es nuestro sistema en la medida que el número resultante de esta proporción sea el más bajo posible. Si bien puede ser que lo que gastan de su bolsillo los pacientes más graves sea mayor que lo que gastan los pacientes menos graves, cuanto menor dé este cociente, más equitativo será el sistema.

La *solidaridad*, la ayuda de quienes tiene más salud mental con quienes menos salud mental tienen, el destino de más recursos para los pacientes con trastornos mentales severos aun a expensas de algunas prestaciones

para los menos graves, se puede evaluar mediante los siguientes indicadores:

2. *Proporción entre el gasto promedio efectuado desde la EMP en pacientes con trastornos mentales severos y el gasto promedio desde la EMP en tratamientos ambulatorios de pacientes que no tienen trastornos mentales severos.*
3. *Porcentaje de pacientes con trastornos mentales severos que recibe financiamiento total para su tratamiento ambulatorio y su medicación.*

Es habitual que las EMP destinen muchos recursos a solventar tratamientos ambulatorios de pacientes que, como los definía G. Vidal (16), “sufren por estar metidos en la difícil e ineludible faena de protagonizar la novela de su propia vida personal” (en la literatura especializada, en inglés, se suele usar el término algo peyorativo de *worried-well*) a expensas de la cobertura de recursos terapéuticos más costosos en pacientes graves (como puede ser el caso del acompañamiento terapéutico, cobertura total de medicación en ambulatorio o internaciones por más de 30 días)². Las EMP se verían alentadas a descuidar a los pacientes con trastornos mentales severos (saben que éstos son cautivos del sistema, le significan un alto costo y su salida del sistema podría representarle a la EMP un ahorro económico). Por este motivo, un indicador de la solidaridad presente en un Sistema local como el de una EMP sería en qué medida se está privilegiando la asistencia de los pacientes que “menos conviene” conservar como afiliados.

Un complemento de este indicador es en qué medida se cubre completamente a los más graves, otorgándoles la posibilidad de tener continuidad en sus tratamientos extramuros y en su medicación. Cuando es escaso el porcentaje de los pacientes graves que tiene este tipo de coberturas se está alentando el abandono de los tratamientos y su recaída, invirtiendo la solidaridad (desde los pacientes graves a los *worried-well*).

Para medir la *accesibilidad* y la *penetración* del sistema, la facilidad con la que los pacientes que necesitan tratamiento acceden a él y la capacidad para detectar a los pacientes que pueden necesitar asistencia pero no buscan ayuda, hemos seleccionado los siguientes indicadores:

4. *Tasa de uso del Sistema de SM discriminada por diagnóstico y por servicio.*
5. *Porcentaje de prescripciones de psicotrópicos (discriminadas por grupo farmacológico) extendidas por médicos clínicos y/o de otras especialidades.*
6. *Tiempo de espera para la admisión.*

La tasa de uso es el indicador más frecuente y puede tener gran utilidad, siempre y cuando se la combine con otros indicadores y se sepa que su importancia radica en la evaluación de la accesibilidad. Cuando la tasa de uso es baja, o estamos frente a una población muy saludable, o existen barreras que están impidiendo el acceso a la consulta.

La existencia de un alto porcentaje de prescripciones de psicotrópicos por médicos “no-psiquiatras” daría cuenta de una baja detección del sistema específico de SM para con los pacientes psiquiátricos. Si bien los médicos generalistas, clínicos o de familia, pueden manejar farmacológicamente de manera adecuada algunos tipos de trastornos, y es importante que sepan hacerlo, el hecho de que realicen un alto porcentaje de las prescripciones indicaría que el Sistema de SM no es suficientemente accesible y/o penetrante.

Los tiempos de espera entre la solicitud de una admisión y la admisión misma indican la facilidad con la que se puede acceder al sistema.

La *intermediación* y la *transparencia*, el grado en el que el financiamiento se traduce en servicios para los afiliados y en el que el sistema permite (a los profesionales, a los afiliados o a un tercer interesado) conocer los detalles de su operatoria, son temas a los que se les suele prestar escasa atención. Seguramente las EMP no serán las primeras interesadas en conocer este tipo de datos pero consideramos que son de gran importancia para los afiliados, para la selección de la cobertura y para la regulación estatal. Creemos que esta función puede ser cumplida por los siguientes indicadores:

7. *Proporción entre el valor de la cápita (o de lo asignado a Salud Mental dividido por la cantidad de pacientes) y el honorario profesional por prestación.*
8. *Grado de conocimiento y de satisfacción de los profesionales respecto de la misión de la organización.*
9. *Participación de los profesionales en el establecimiento de los estándares de asistencia de la organización.*

La razón entre la cápita y los honorarios muestra cuánto del recurso asignado llega al efector sin perderse en el camino de las intermediaciones. Si bien esta razón puede tener muchas distorsiones (por ejemplo, si hay restricciones excesivas para el número de sesiones por paciente, o para el acceso de los pacientes a obtener su tratamiento, este valor podría dar “bien” sin que la intermediación sea realmente todo lo escasa o tendiente a cero que debiera ser).

El grado de conocimiento que tienen los profesionales respecto de la misión de la organización y el grado de satisfacción o identificación con la misma es un indicador de la transparencia. Especialmente cuando los terapeutas desconocen la misión de la empresa para la cual trabajan, hay que suponer que la organización está teniendo problemas para hacer transparente qué se propone y cómo piensa lograrlo. En última instancia esta característica redundará en un estilo particular de gestión de recursos humanos y en el nivel de compromiso de los profesionales con la empresa.

Es deseable que los terapeutas tengan injerencia en la preparación de los estándares de calidad. Su participación en esta tarea es un indicador del grado de transparencia de la institución para con los profesionales (y también una medida de la gestión de los recursos humanos).

La *continuidad y la adherencia a los tratamientos* –especialmente en los casos de trastornos mentales severos o para los desórdenes de la personalidad graves– requieren particular atención. Dada su relevancia proponemos que pueden ser medidos a través de:

10. *Porcentaje de pacientes externados que siguen su tratamiento al cabo de un mes y de seis meses luego de la internación.*
11. *Continuidad de tratamientos ambulatorios según diagnóstico y tipo de fin de tratamiento (porcentaje de pacientes en tratamiento al cabo de un mes, seis meses y un año).*
12. *Porcentaje de pacientes que se internan y estaban en tratamiento o en contacto con profesionales de la especialidad en el curso del mes previo a la internación.*
13. *Porcentaje de urgencias psiquiátricas sobre el total de afiliados.*
14. *Abandono precoz (porcentaje de pacientes admitidos que realizan una sola consulta tras la derivación).*

Es conveniente que los pacientes externados sigan su tratamiento en otros dispositivos terapéuticos. Si existe un alto porcentaje que no está en tratamiento al cabo de un mes habrá un fuerte indicio de que la continuidad entre un dispositivo y otro no funciona adecuadamente. Es poco frecuente que un paciente externado resuelva su situación y no requiera más tratamiento al cabo de unas pocas semanas. Su salida del sistema marca una falla en el mismo. A los 6 meses y al año estamos midiendo la capacidad de los dispositivos por fuera de la internación para lograr la adherencia al tratamiento a corto y mediano plazo.

La internación de pacientes en tratamiento o fuera de tratamiento permite investigar tanto el nivel de detección de los pacientes antes de estar tan graves como para necesitar internarse, como la eficacia de esos tratamientos para impedir las internaciones. En los extremos, si todos los pacientes internados estuviesen en tratamiento en el momento de internarse, sabríamos que la detección funciona bien pero puede que haya problemas en los tratamientos ofrecidos para lograr impedir el pasaje a métodos más restrictivos o más complejos de tratamiento. Si ningún paciente que se interna está (ni estuvo) en tratamiento dentro del sistema, es un indicio de que el nivel de detección de los pacientes con problemas importantes es bajo. Probablemente un alto porcentaje de los internados estuvo en tratamiento y no lo está al momento de internarse. Éstos dan cuenta de los problemas en la provisión de tratamientos que tengan continuidad.

En igual sentido, el indicador del porcentaje de urgencias psiquiátricas sobre el total de afiliados mostraría indirectamente que los pacientes no son seguidos adecuadamente.

El abandono precoz de los tratamientos ambulatorios –aquellos pacientes que son admitidos pero que realizan una sola consulta– es una magnitud del fracaso en el logro de la adherencia al tratamiento. Más allá de que

algunas consultas se resuelvan en una sola entrevista, un alto porcentaje debe hacer presumir que existen dificultades en la continuidad y adherencia al tratamiento.

La *gestión de recursos humanos (RR.HH)*, la capacidad para tomar a los profesionales como “socios” y no como “empleados”, puede evaluarse por medio de una serie de indicadores:

15. *Porcentaje del gasto destinado a capacitación de los profesionales.*
16. *Tasa de rotación de los profesionales.*
17. *Grado de satisfacción de los profesionales con el sistema.*

Ninguna EMP puede estar gestionando correctamente sus recursos humanos si no invierte –o lo hace en escasa medida– en capacitar a sus profesionales. Es de particular importancia cotejar esta inversión con el gasto de intermediación y con la proporción del recurso económico que se traduce en servicios a los afiliados y en honorarios para los prestadores. Su proporción da una idea de cuán orientada está la empresa hacia los terapeutas o hacia los empresarios.

La tasa de rotación de profesionales puede ser un complemento de lo anterior. Puede suceder que los profesionales no roten porque no tengan opciones en el mercado laboral y en ese caso su medida no tiene un correlato con la satisfacción con el trabajo sino con el grado de cautividad. Igualmente su observación puede ser ilustrativa de cómo se realiza la gestión de RR.HH.

El indicador más directo –aunque sea posible desconfiar de las respuestas por la dificultad que puedan tener los profesionales para expresar libremente sus opiniones– es la satisfacción de los terapeutas con la organización tal como pueda desprenderse de encuestas anónimas estandarizadas.

La *eficacia*, la capacidad para lograr el efecto que se quiere lograr, es uno de los parámetros más considerados por algunas EMP y uno de los más denostados por los profesionales. Si se pretendiesen evaluar con exhaustividad los resultados podrían utilizarse algunos indicadores más que los aquí propuestos, pero los cinco siguientes pueden servir para comenzar:

18. *Uso de escalas de evaluación de síntomas pre y pos-tratamiento (tales como Hamilton, BPRS, PANSS, etc.), escalas de evaluación de calidad de vida y encuestas a los pacientes sobre los beneficios obtenidos en sus tratamientos.*
19. *Tasa de suicidio en la población servida y en la población con diagnóstico de trastorno mental severo.*
20. *Promedio de días de internación.*
21. *Tasa de reinternación a 30 días, seis meses, un año y tres años.*
22. *Opinión de los pacientes y de los familiares acerca del beneficio obtenido en los tratamientos.*

Si bien el uso de escalas puede tener una utilidad clínica acotada y no estar muy difundido entre los terapeutas de casi ningún lugar del mundo (5, 13), es imprescindible tanto para la organización y la evaluación

de la eficacia del sistema como para cualquier investigación en psiquiatría. Existen múltiples escalas que se pueden utilizar y habrá que seleccionar las más apropiadas para las diferentes patologías, prestando especial atención a la evaluación de la calidad de vida de los pacientes. Un buen ejemplo de la focalización en un grupo de pacientes usando escalas son los trabajos del *Epsilon Group* en Europa (3, 4, 7).

La tasa de suicidio es un indicador habitual de eficacia. Combinada con el resto de los indicadores de eficacia permite tener un panorama de si se están logrando los resultados de bienestar y sobrevida de los pacientes con trastornos mentales.

El promedio de días de internación es una medida bastante empleada. Si bien tiene su razón de ser, algunas veces se abusa de la misma. De cualquier manera, combinado con la tasa de reinternación que controle que los pacientes no salgan rápidamente por una puerta y entren velozmente por otra, es una medida recomendable. Los distintos plazos a los que evaluar la reinternación pueden permitir observar en qué punto de la cadena de tratamientos puede estar el problema. Cuando la reinternación es en el transcurso de los 30 días subsiguientes a una externación, o el alta fue apresurada, o la derivación fracasó. Los siguientes plazos no solo evalúan la eficacia sino también sirven para evaluar la continuidad de los tratamientos.

El contralor de estos datos debe ser la opinión de los pacientes y de sus familiares. Dado que el sistema debe beneficiarlos a éstos, su impresión debe ser una medida imprescindible de la eficacia.

La *eficiencia*, la relación entre la eficacia y los costos para lograrla, es un parámetro imprescindible para considerar los resultados de la organización. Tres indicadores que pueden dimensionarla son:

23. *Gasto total en SM per capita (discriminando lo financiado por el sistema y el gasto de bolsillo).*
24. *Porcentaje del gasto total destinado al gasto administrativo.*
25. *Porcentaje del gasto según servicio (ambulatorio, internación, hospital de día) y subservicio (adultos, niños, adicciones, trastorno de la alimentación, etc.).*

El *gasto per capita* es una de las medidas corrientes, pero consideramos fundamental incluir como indicador de eficiencia la especificación de cuánto es lo financiado por el sistema y cuánto lo que gastan los afiliados de su propio bolsillo. Habitualmente el *gasto per capita* solo incluye lo que le cuesta al sistema. La contabilización de lo que gasta el afiliado, si bien no aporta nada al análisis financiero de la empresa, permite una mejor evaluación de la real eficiencia del sistema. Podría ser el caso que un sistema gastase cada vez menos (incluso mucho menos de \$1 por afiliado por mes) pero que el *gasto de bolsillo* de los afiliados creciera de modo constante. Lo que puede parecer eficiente puede encubrir que los afiliados financian cada vez más sus tratamientos. El *gasto administrativo* representa cuánto cuesta al sistema

operar para dar cobertura a los afiliados.

Cuando este gasto es excesivo no se está trabajando con eficiencia.

El porcentaje del gasto en cada servicio y con cada población es de gran relevancia para saber cómo funciona cada área. Es justo reconocer que muchas veces la imputación de los gastos no es una tarea sencilla de realizar pero éste puede ser un indicador a desarrollar a mediano plazo con la reforma de los sistemas contables de la organización.

La *integración de los servicios de SM y los servicios de salud en general* es uno de los parámetros más difíciles de dimensionar y de evaluar. Tres indicadores, si bien bastante indirectos y/o con cierto grado de dificultad para mensurar, son:

26. *La proporción formada por el número de pacientes derivados por los clínicos y otras especialidades sobre los que concurren a los servicios de SM de manera espontánea.*
27. *La proporción formada por el porcentaje de pacientes en tratamiento o con consultas en SM, que realizan su control ginecológico periódico, sobre el porcentaje que no está en tratamiento en SM que realiza su control ginecológico periódico.*
28. *Porcentaje de pacientes usuarios frecuentes de médicos generalistas que se encuentran en tratamiento en SM.*

Para evaluar la integración es necesario contar con información sobre la manera en que llegan los pacientes a la consulta. La llegada en forma espontánea o por derivación de otros médicos puede dar cuenta del grado de integración o trabajo en equipo entre SM y otras especialidades. La llegada espontánea podría ser un indicador indirecto de una pobre integración.

Otra variante de la integración es la de pacientes con trastornos mentales que no reciben los mismos servicios médicos generales que el resto de las afiliadas. El control ginecológico disminuido en nuestras pacientes puede indicar que la integración no funciona correctamente.

El trabajo en equipo es particularmente importante en pacientes que consultan frecuentemente a otros médicos. Si este grupo de pacientes no realiza consultas en SM es dable conjeturar, una vez más, que la integración de los servicios no es buena.

La *inteligencia del sistema y el uso de herramientas informáticas apropiadas*, la capacidad para aprender de la experiencia y el registro informatizado de los procesos y resultados, puede evaluarse con los siguientes indicadores:

29. *¿Existe un sistema de registro y monitoreo de los cambios en los valores de los indicadores y de las acciones consecuentes emprendidas?*
30. *Porcentaje de Historias Clínicas llenadas según los criterios pautados.*

La existencia y el detalle de los registros por medio de los cuales se monitorea y se emprenden acciones para corregir los problemas de la organización, es un indicador fundamental de la inteligencia. Es altamente im-

probable que un sistema cambie y se perfeccione sin llevar un registro de qué se hacía y qué se hace, con qué resultados y habiendo realizado cuáles acciones.

El tipo de Historias Clínicas y el porcentaje que se completa adecuadamente es un indicador del uso de herramientas informáticas a los fines de contar con un sistema inteligente. Muchos de los indicadores propuestos deben poder derivarse espontáneamente de las Historias Clínicas. Si esto no sucede, nuestra cadena tiene un eslabón faltante y el resto se terminará cayendo irremediablemente.

Conclusiones

El presente trabajo ha propuesto 30 indicadores que permitan evaluar tanto los procesos como los resultados de un Sistema local de SM en una EMP. El siguiente paso debe ser poner a prueba los indicadores escogidos y dotarlos de un rigor científico del que aún carecen. No podemos afirmar con fundamento ni tampoco descartar estos indicadores dado que todavía no se realizaron los estudios correspondientes. Como dicen Herman y Palmer (6) aún no sabemos si, por ejemplo, la visita ambulatoria en el transcurso de los 30 días subsiguientes a una internación por un cuadro de depresión mejora los resultados. Idéntico problema le cabe al resto de los indicadores que hemos propuesto,

lo cual puede –y debe– resolverse poniendo a prueba su validez y su confiabilidad. Su presentación en este trabajo tiene la finalidad de invitar a otros a realizar esta tarea a la par nuestra.

Por otra parte, un nuevo escollo debe ser anticipado para el uso de esta clase de indicadores. Su proliferación podría terminar generando una Torre de Babel en la cual cada sistema solo pueda dialogar con sí mismo. Si unos toman la tasa de reinternación a 7 días y a 6 meses pero otro la toma a 30 días y a un año, los porcentajes arrojados difícilmente puedan ser comparables. Ya que carecemos aún de sistemática alguna sobre el uso de indicadores, ésta podría ser la oportunidad de consensuar su uso y de sacarles el máximo provecho.

Para concluir, la adopción de estos indicadores –o de otros– debe incluir la especificación de su fin último. No será lo mismo buscar: a) el control del curso de un sistema, b) dar a conocer cómo funciona un sistema para así competir (por la preferencia de un potencial afiliado o de una empresa que necesita servicios de SM para sus empleados), o c) satisfacer las exigencias del Estado (cumplimentando sus requisitos regulatorios o los de algún organismo ocupado de la acreditación). La explicitación de esta finalidad podría ser un último punto a considerar en la utilización de los indicadores de calidad y estaría dando cuenta de la transparencia de un Sistema local de SM. ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest M, Nemirovsky, M. Funcionamiento ideal de un Sistema de Salud Mental en el sector privado. Diez parámetros para evaluarlo. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat.* 2002, 13(48): 151-158.
2. Agrest M, Nemirovsky, M. Aspectos conceptuales de los indicadores de calidad para un Sistema de Salud Mental. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat.* 2002, 13(50): 311-318.
3. Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL. The Epsilon Study Group. Aims, outcome measures, study sites and patient sample: Epsilon Study 1. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 1-7.
4. Gaité, L; Vázquez-Barquero, JL; Arrizabalaga, A; Becker, T; Knapp, M; Knudsen, HC; Schene, A; Tansella, M; Thornicroft, G. The Epsilon study of schizophrenia in five European countries: Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *Br J Psychiatry* 1999, 175:514-521.
5. Gilbody, S; House, A y Sheldon, T. Psychiatrists in the UK do not use outcome measures: National survey. *Br J Psychiatry*, 2002, 180: 101-103.
6. Herman, R & Palmer RH. Common Ground: A Framework for Selecting Core Quality Measures for Mental Health and Substance Abuse Care. *Psychiatric Services*, 2002. 55(3): 281-287.
7. Knudsen, HC; Vázquez-Barquero, JL; Welcher, B; Gaité, L; Becker, T; Chisholm, D; Ruggeri, M; Schene, AH; Thornicroft, G; the EPSILON study group. Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurements for schizophrenia: EPSILON Study. *Br J Psychiatry* 2000, 177 (Suppl. 39): 7-14.
8. McEwan, K & Goldner, E. Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports. Ontario: Health Canada Pub. (2001) en <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pdfs/apimhss.pdf>
9. National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Inc. (NASMHPD) Sixteen state pilot study state mental health agency performance measures: draft operational measure definitions. (2001) en <http://www.mental-health.org/funding/pilotstudy/pilotstudy.asp>.
10. Pirkis, J; Burgess, Ph; Dunt, D; Henry, L. Measuring Quality in Australian Mental Health Services. (1999) Consultable en internet en <http://www.mentalhealth.gov.au>
11. Programa Médico Obligatorio. 2002. en http://www.sssa-lud.gov.ar/agentessistemas/norm_pmo.php3 (enero 2003)
12. Sabin, J & Daniels, N. Managed Care: Public-Sector Managed Behavioral Health Care: IV. Integrated Versus "Carve-Out" Care. *Psychiatric Services* 1999, 50:1267-1280.
13. Tansella, M & Thornicroft, G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 1998. 28(3): 503-508.
14. Thornicroft, G & Slide, M. Are routine outcome measures feasible in mental health. *Br J Psychiatry*, 2002. 9(2): 84.
15. Thornicroft, G. & Tansella, M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine* 1999, 29(4): 761-767.
16. Vidal, G. El naufragio de la psicoterapia en el Río de la Plata. *Acta psiquiat psicol Am lat.* 1996, 42(3): 269-270.