

TESIS DOCTORAL

***DESCRIPCION Y CLASIFICACION
ESTANDARIZADA DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL EN ESPAÑA.
EL EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE***

CRISTINA ROMERO LÓPEZ-ALBERCA

UNIVERSIDAD DE CADIZ

DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS

CADIZ

Mayo, 2000

*A Carlos,
por mis ausencias*



*A mis padres,
por su herencia*

AGRADECIMIENTOS

Afortunadamente, para la elaboración de este trabajo he contado con la colaboración directa e indirecta de muchas personas.

Mi agradecimiento al Dr. Luis Salvador Carulla, por su dedicación y rigor científico en la dirección de este trabajo.

A todos mis compañeros y compañeras del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial por su paciencia y apoyo tanto a nivel científico como personal. A Carmen Rodríguez-Blázquez por haber *sufrido* conmigo, a la Dra. Reyes Velázquez por su apoyo y orientación, a Carlos Atienza por su optimismo, a David Salas y Teresa Magallanes por su colaboración, al Dr. Francisco González Sáiz por su asesoramiento y a la Dra. Carmen Hidalgo por su apoyo en la distancia. También a Sonia Rubio y a Carmen Pérez, por su ayuda.

A los miembros del Grupo Psicost, en cuyo trabajo se enmarca este estudio. En especial, a los miembros que han participado activamente en la recogida de datos, a Genoveva Bustillo, J.M. Haro, Alfredo Martínez, Ana Ferreira, M^aJesús del Yerro, Susana Nadal y María Beperet. A la Fundación Argibide (Dr. Madoz), a Sant Joan de Deu S.S.M. Gavà (Dr. Haro), a la Unidad de Epidemiología y Evaluación de Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Drs. Muñoz y Reneses), a la Unidad de Psiquiatría Social de la Universidad de Cantabria (Drs. Vázquez-Barquero y Gaité), al Dpto. de Economía de la Universidad Pública de Navarra (Prof. Cabasés) y a la Unidad de Investigación en Salud Mental Granada-Sur (Prof. Torres), por su inestimable colaboración en este trabajo.

A todos los profesionales de la salud mental que han colaborado en el estudio, mi agradecimiento por su disponibilidad.

Mi gratitud a la Fundación PROMI, en especial al Dr. Juan Pérez Marín, Dr. Federico Alonso Trujillo y Manuel Arroyo Perfumo, por su apoyo y colaboración en la realización de este trabajo.

A la Dra. Sonia Johnson, autora del instrumento, por su interés en el desarrollo de este estudio y su colaboración prestada a tantas dudas planteadas.

A mis padres, por su ejemplo de dedicación. A mi marido por su confianza. A mi hermana y a mis amigos, por apoyarme y animarme durante todos estos años.

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el Ministerio de Educación y Ciencia y la Fundación PROMI a través del programa de "Ayudas al Intercambio de Personal Investigador entre Industrias y Centros Públicos de Investigación" y por la subvención concedida por el Fondo de Investigaciones Sanitarias para el desarrollo del proyecto FIS97/1298.

*El sabio no es el hombre que da respuestas verdaderas;
es el que plantea las verdaderas preguntas*
Claude Levi-Strauss

RESUMEN

Introducción

La OMS ha señalado la necesidad de establecer comparaciones nacionales e internacionales de la Reforma Sanitaria. Para ello, es necesario contar con sistemas estandarizados de descripción y clasificación de servicios de salud mental. Esto es especialmente relevante en salud mental por la disparidad de dispositivos, su constante transformación y las notables reformas acaecidas en los últimos 20 años.

Objetivos

Se analiza la utilidad de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS) para descripción y clasificación de servicios de salud mental.

Método

Se efectuó una traducción conceptual del instrumento. Se describieron 77 servicios pertenecientes a cuatro áreas socio-sanitarias en España. Se analizó la viabilidad (aplicabilidad, aceptabilidad y practicabilidad), validez descriptiva y fiabilidad (porcentaje de acuerdo).

Resultados

La viabilidad del ESMS fue considerada adecuada. El sistema de árboles del ESMS facilita la información y comparación de los datos. La cumplimentación de la sección de utilización de servicios requiere de una supervisión de expertos. La validez discriminante y de contenido fue adecuada excepto para un limitado número de servicios. Se obtienen datos elevados de acuerdo interexaminadores. El ESMS mostró una disponibilidad y utilización de servicios dispar en las cuatro áreas socio-sanitarias seleccionadas.

Conclusión

El ESMS se ha mostrado un instrumento útil y viable para la descripción y clasificación de los servicios de salud mental en España y facilita comparaciones nacionales.

INDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	<i>Página</i>
1. BASES PARA LA DESCRIPCION Y CLASIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	31
1.1. Problemas en el desarrollo de instrumentos para la clasificacion de servicios	33
1.2. Operativización de conceptos clave	36
1.3. Instrumentos para la descripcion y clasificacion de servicios de salud mental	40
2. PARAMETROS DE CALIDAD EN EVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	61
2.1. Construcción	64
2.2. Objetivos	67
2.3. Propiedades psicométricas	67
2.4. Otros parámetros de calidad para evaluación de un instrumento	85
2.5. Transferabilidad y generalización de resultados	86
2.6. Criterios de utilizacion transcultural	86
3. MARCO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACION DE SERVICIOS	91
3.1. Modelos de sistematización de los servicios socio-sanitarios (Modelos de Servicios)	92
3.2. Modelos aplicados a la evaluación de servicios	103
4. EL MODELO EPCAT PARA EVALUACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	111
4.1. Paso 1. Creación de un modelo de atención y de un marco conceptual para la evaluación de servicios	112
4.2. Paso 2. Definición y descripción estandarizada de las áreas de referencia	118
4.3. Paso 3. Definición de los conceptos clave y creación de un glosario	118

4.4. Paso 4. Identificación de la población diana	118
4.5. Paso 5. Establecimiento de criterios básicos para el diseño y selección de instrumentos	119
4.6. Paso 6. Selección de instrumentos de la batería EPCAT para la evaluación de la atención de la salud mental	120
4.7. Paso 7. Estandarización internacional de la batería EPCAT para la evaluación de la atención de la salud mental	120
5. "EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE" (ESMS)	121
5.1. Origen y desarrollo	121
5.2. Descripción	123
5.3. Estructura	124
 II. FINALIDAD Y OBJETIVOS	
 1. FINALIDAD	129
2. OBJETIVOS	129
2.1. Objetivos generales	129
2.2. Objetivos específicos	130
 3. HIPOTESIS DE TRABAJO	131
 III. MATERIAL Y METODO	
 1. MARCO DEL ESTUDIO	135
1.1. Selección de áreas sanitarias pequeñas	136
1.2. Descripción de áreas sanitarias pequeñas. Características generales	137
 2. MATERIAL	140
2.1. Descripción de servicios	140
2.2. Evaluación de características sociodemográficas	140

3. METODO	142
3.1. Objetivo 1. Estandarización del ESMS	142
3.2. Objetivo 2. Descripción ecológica de áreas sanitarias pequeñas	152
3.3. Análisis de los datos	153
3.4. Limitaciones metodologicas	153
 IV. RESULTADOS	
 1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO	 159
 2. RESULTADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO	 161
2.1. Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS) en servicios sanitarios de salud mental de áreas pequeñas	161
2.2. Objetivo 2. Estudio ecológico de servicios asistenciales para esquizofrenia en 5 áreas con provisión y características dispares	174
 V. DISCUSION	
 1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	 188
 2. DISCUSION EN FUNCION DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO	 190
2.1. Comentarios sobre la muestra del estudio y las areas sociosanitarias	190
2.2. Adaptación española de la escala	190
2.3. Adecuación de la escala	191
2.4. Estudio de viabilidad	191
2.5. Estudio de fiabilidad	194
2.6. Estudio de validez	194
2.7. Comentario sobre las características sociodemográficas de las areas seleccionadas	204
2.8. Comentario sobre el estudio comparativo de la provisión y utilización de servicios	205

3. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES SOBRE LA ESCALA ESMS	208
4. CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL EN LA EVALUACION DE SERVICIOS	211
5. LINEAS FUTURAS	220
VI. CONCLUSIONES	225
VII. BIBLIOGRAFIA	231
VIII. ANEXOS	
I. DISEMINACION DE RESULTADOS	AI
II. EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE	AII
III. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA UTILIDAD DEL EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE	AIII

INDICE AMPLIADO

I. INTRODUCCION	<i>Página</i>
1. BASES PARA LA DESCRIPCION Y CLASIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	31
1.1. Problemas en el desarrollo de instrumentos para la clasificacion de servicios	33
1.1.1. Diversidad de servicios disponibles	34
1.1.2. Cambios continuos e incremento en la variabilidad de servicios	34
1.1.3. Límites confusos	34
1.1.4. Distinciones tradicionales inapropiadas	34
1.1.5. Falta de descripción estandarizada de áreas	35
1.1.6. Escasez de publicaciones	35
1.1.7. Multidisciplinariedad	35
1.2. Operativizacion de conceptos clave	36
1.2.1. Identificación de poblaciones diana	36
1.2.2. Definición y descripción de áreas	37
1.2.3. Definición de servicios de salud mental	38
1.3. Instrumentos para la descripcion y clasificacion de servicios de salud mental	40
1.3.1. Taxonomías de servicios	41
1.3.1.1. Estudios efectuados en Gran Bretaña	43
1.3.1.2. Estudios efectuados en Europa Continental	49
1.3.1.3. Estudio desarrollados en EEUU	52
1.3.2. Filosofía de servicios	54
1.3.3. Contenido de los servicios de salud mental	55
1.3.4. Análisis de los sistemas de salud mental	57
 2. PARAMETROS DE CALIDAD EN EVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	 61
2.1. Construcción	64
2.1.1. Comprensión	65
2.1.2. Aceptabilidad social	65
2.1.3. Prevención de sesgos en la cumplimentación	65

2.2. Objetivos	67
2.3. Propiedades psicométricas	67
2.3.1. Viabilidad (factibilidad)	68
2.3.2. Consistencia (validez interna)	72
2.3.3. Fiabilidad (fiabilidad externa)	73
2.3.4. Validez	73
2.4. Otros parámetros de calidad para evaluación de un instrumento	85
2.4.1. Redundancia externa	85
2.4.2. Sensibilidad al cambio	85
2.5. Transferabilidad y generalización de resultados	86
2.6. Criterios de utilización transcultural	86
2.6.1. Equivalencia Transcultural	86
2.6.2. Sistemas de traducción	88
 3. MARCO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACION DE SERVICIOS	 91
3.1. Modelos de sistematización de los servicios socio-sanitarios	
(Modelos de Servicios)	92
3.1.1. Modelos basados en el proceso de atención	92
3.1.1.1. Modelo de Donabedian	93
3.1.1.2. Modelo de Holland	94
3.1.1.3. Modelo de producción de bienestar	94
3.1.2. Modelos basados en la perspectiva de la atención	96
3.1.3. Modelos basados en el contexto de la atención	96
3.1.3.1. Consideración del contexto	96
3.1.3.2. Niveles de análisis	98
3.1.4. Modelos de atención integrados o compuestos	99
3.1.4.1. Modelo de Matriz de Thornicroft y Tansella	99
3.1.4.2. El Modelo EPCAT	103
3.1.4.3. Modelo organizacional de Weisbrod	103
3.2. Modelos aplicados a la evaluación de servicios	103
3.2.1. Tipos de evaluación	103
3.2.1.1. Formulación de Pineault y Daveluy	103
3.2.1.2. Marco conceptual integrado de Battista y cols.	104

3.2.2. Metodología de evaluación	105
3.2.2.1. Método epidemiológico de Rumau-Rouquette y cols.	105
3.2.2.2. Evaluación de la efectividad de programas de MacKinnon	106
3.2.2.3. Principios éticos de Thornicroft y Tansella	107
3.2.3. Evaluación de programas	107
3.2.3.1. Planteamiento de Vuori	107
3.2.3.2. Modelo de C. Nohr	107
3.2.3.3. El Modelo EPCAT	108
 4. EL MODELO EPCAT PARA EVALUACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	 111
4.1. Paso 1. Creación de un modelo de atención y de un marco conceptual para la evaluación de servicios	112
4.2. Paso 2. Definición y descripción estandarizada de las áreas de referencia	118
4.3. Paso 3. Definición de los conceptos clave y creación de un glosario	118
4.4. Paso 4. Identificación de la población diana	118
4.5. Paso 5. Establecimiento de criterios básicos para el diseño y selección de instrumentos	119
4.6. Paso 6. Selección de instrumentos de la batería EPCAT para la evaluación de la atención de la salud mental	120
4.7. Paso 7. Estandarización internacional de la batería EPCAT para la evaluación de la atención de la salud mental	120
 5. "EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE" (ESMS)	 121
5.1. Origen y desarrollo	121
5.2. Descripción	123
5.3. Estructura	124

II. FINALIDAD Y OBJETIVOS

1. FINALIDAD	129
2. OBJETIVOS	129
2.1. Objetivos generales	129
Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	129
Objetivo 2. Estudio ecológico de áreas sanitarias pequeñas en 4 áreas con provisión y características dispares	129
2.2. Objetivos específicos	130
Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule	130
1.1. Adaptación conceptual de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	130
1.1.1. Identificación de ítems críticos	130
1.1.2. Elaboración de una versión española definitiva	130
1.2. Análisis de contenido/estructura de la versión española del European Service Mapping Schedule	130
1.3. Estudio de viabilidad de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	130
1.4. Validez descriptiva de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	130
1.5. Estudio de fiabilidad inter-evaluador de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	130
Objetivo 2. Estudio ecológico de áreas sanitarias pequeñas en 4 áreas con provisión y características dispares	130
2.1. Descripción de características sociodemográficas	130
2.2. Comparación de la provisión y utilización de servicios	130
3. HIPOTESIS DE TRABAJO	131

III. MATERIAL Y METODO

1. MARCO DEL ESTUDIO	135
1.1. Selección de áreas sanitarias pequeñas	136
1.2. Descripción de áreas sanitarias pequeñas. Características generales	137
2. MATERIAL	140
2.1. Descripción de servicios	140
2.2. Evaluación de características sociodemográficas	140
3. METODO	142
3.1. Objetivo 1. Estandarización del ESMS	142
3.1.1. Selección de la muestra	142
3.1.1.1. Justificación del tamaño muestral	143
3.1.1.2. Criterios de inclusión de servicios de salud mental	143
3.1.1.3. Criterios de exclusión de servicios de salud mental	143
3.1.2. Diseño	144
3.1.2.1. Traducción conceptual	145
3.1.2.2. Curso de entrenamiento	148
3.1.2.3. Estudio de viabilidad	149
3.1.2.4. Estudio de validez	150
3.1.2.5. Estudio de fiabilidad	151
3.2. Objetivo 2. Descripción ecológica de áreas sanitarias pequeñas	152
3.2.1. Selección de la muestra	152
3.2.2. Diseño	152
3.3. Análisis de los datos	153
3.4. Limitaciones metodológicas	153

IV. RESULTADOS

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO	159
2. RESULTADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO	161
2.1. Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS) en servicios de salud mental de áreas pequeñas	161
2.1.1. Adaptación conceptual de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	161
2.1.1.1. Identificación de ítems críticos	161
2.1.1.2. Elaboración de una versión española definitiva	163
2.1.2. Análisis de contenido/estructura de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	163
2.1.3. Estudio de la adecuación de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	164
2.1.4. Estudio de viabilidad de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	164
2.1.5. Validez descriptiva de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)	168
2.1.6. Estudio de fiabilidad inter-evaluador de la versión española del European Service Mapping Schedule	174
2.2. Objetivo 2. Estudio ecológico de servicios asistenciales para esquizofrenia en 5 áreas con provisión y características dispares	176
2.2.1. Descripción de características sociodemográficas	176
2.2.2. Descripción comparativa de la provisión de servicios	178
2.2.3. Descripción comparativa de la utilización de servicios	179

V. DISCUSION

1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	188
-----------------------------	-----

2. DISCUSION EN FUNCION DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO	190
2.1. Comentarios sobre la muestra del estudio y las areas socio sanitarias	190
2.2. Adaptación española de la escala	190
2.3. Adecuación de la escala	191
2.4. Estudio de viabilidad	191
2.5. Estudio de fiabilidad	194
2.6. Estudio de validez	194
2.7. Comentario sobre las características sociodemográficas de las areas seleccionadas	204
2.8. Comentario sobre el estudio comparativo de la provisión y utilización de servicios	205
 3. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES SOBRE LA ESCALA ESMS	 208
 4. CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL EN LA EVALUACION DE SERVICIOS	 211
 5. LINEAS FUTURAS	 220
 VI. CONCLUSIONES	
 1.	 225
2. Estructura y diseño	225
3. Viabilidad	226
4. Validez	226
5. Fiabilidad	227
6. Utilidad	227
7. Aspectos relacionados con el Modelo EPCAT para evaluación de servicios	227

VII. BIBLIOGRAFIA

231

VIII. ANEXOS

I. DISEMINACION DE RESULTADOS

AI

II. EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE

AII

**III. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA UTILIDAD DEL EUROPEAN
SERVICE MAPPING SCHEDULE**

AIII

INDICE DE TABLAS

I. INTRODUCCION	<i>Página</i>
Tabla I.1. Clasificación de servicios residenciales en el Reino Unido	44
Tabla I.2. Categorización de servicios no-residenciales en Reino Unido	46
Tabla I.3. Espectro de Atención (Departamento de Salud de Gran Bretaña, 1996)	48
Tabla I.4. El Perfil de Servicios Básicos (Thornicroft y Tansella, 1999)	51
Tabla I.5. Categorías de servicios del Estudio piloto europeo de áreas de la OMS (OMS, 1987) y de los inventarios NIMH	53
Tabla I.6. Revisión de las principales clasificaciones de servicios	60
Tabla I.7. Propuesta de directrices para la descripción e interpretación de un cuestionario específico (Marquis P., 1997)	63
Tabla I.8. Correspondencia de valores kappa con nivel de acuerdo (Feinstein, 1985)	75
Tabla I.9. Análisis de Bayes y parámetros de validez predictiva (Baldezarini y cols, 1988)	82
Tabla I.10. Pasos de la traducción transcultural del CIDI y el SCAN en el proyecto conjunto WHO/NIH (Room et al,1996)	89
Tabla I.11. Figuras clave en la atención a la salud (Felton, 1997)	96
Tabla I.12. Índice de Jarman sobre áreas desfavorecidas (1983)	99
 III. MATERIAL Y METODO	
Tabla III.1. Perfil de los evaluadores para el estudio de viabilidad y validez	144
 IV. RESULTADOS	
Tabla IV.1. Listado de servicios identificados en 5 áreas sanitarias en España	160
Tabla IV.2. Valoración de la aplicabilidad del ESMS por profesionales del sector de salud mental	165
Tabla IV.3. Valoración de la aceptabilidad del ESMS por profesionales del sector de salud mental	166

Tabla IV.4. Valoración de la practicabilidad del ESMS por profesionales	
del sector de salud mental	168
Tabla IV.5. Valoración de la validez simple del ESMS por profesionales	
del sector de salud mental	169
Tabla IV.6. Valoración de la validez de contenido del ESMS por profesionales	
del sector de salud mental	170
Tabla IV.7. Valoración de la validez discriminante del ESMS por profesionales	
del sector de salud mental	173
Tabla IV.8. Acuerdo entre códigos ESMS en cinco áreas sanitarias	175
Tabla IV.9. Características sociodemográficas en cinco áreas	
socio-sanitarias	177
Tabla IV.10. Número de servicios codificados en cada rama del ESMS	
en cinco áreas sanitarias en España	178

INDICE DE FIGURAS

I. INTRODUCCION

	<i>Página</i>
Figura I.1. Fiabilidad y escalas de evaluación (Salvador y Romero, mimeo)	74
Figura I.2. Tipos de validez (Salvador y Romero, mimeo)	77
Figura I.3. Modelo de Donabedian (1980)	93
Figura I.4. Modelo de producción de bienestar (Knapp, 1995)	95
Figura I.5. Esquema sobre los niveles de la evaluación (Aparicio, 1993)	97
Figura I.6. Visión general del "Modelo de Matriz" (Tansella y Thornicroft, 1998)	102
Figura I.7. Relaciones entre los tres grandes ejes de la epidemiología (Rumeau-Rouquette y cols. 1981)	106
Figura I.8. Modelo de C Nohr (1995)	108
Figura I.9. Representación del marco conceptual EPCAT para la descripción del sistema socio-sanitario en Salud Mental	114
Figura I.10. Perspectivas y dominios implicados en sistemas de atención socio-sanitaria	116

II. FINALIDAD Y OBJETIVOS

III. MATERIAL Y METODO

Figura III.1. Proceso de Traducción Conceptual del ESMS	146
--	-----

IV. RESULTADOS

Figura IV.1. Mapa de contabilización de servicios– servicios residenciales en cinco áreas en España	181
Figura IV.2. Mapa de contabilizacion de servicios.– Servicios de día y actividades estructuradas en cinco areas en España	182
Figura IV.3. Mapa de contabilizacion de servicios – servicios ambulatorios y comunitarios en cinco areas en España	183

V. DISCUSION

Figura V.1. Dimensionalidad de las unidades de análisis en la clasificación y descripción de la atención socio-sanitaria en salud mental	210
--	-----

Figura V.2. Modelo de Salud (Romero y Salvador, Universidad de Cádiz, mimeo)	216
Figura V.3. Modelo de Atencion Socio-sanitaria (Romero y Salvador, Universidad de Cádiz, mimeo)	219

I

INTRODUCCION

1. BASES PARA LA DESCRIPCION Y CLASIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

“...existe una gran diversidad de servicios de salud mental en Europa con las consecuentes dificultades en el desarrollo de cualquier metodología de descripción, clasificación y comparación de tales servicios” (OMS, 1987).

El desarrollo de estudios basados en comparaciones de sistemas y reformas de la atención sanitaria nacionales e internacionales constituye un punto clave para plantear directrices internacionales en atención sanitaria (Jenkins y cols., 1997). Las comparaciones nacionales y, sobre todo, las internacionales, son muy complejas ya que cualquier sistema de atención sanitaria funciona en respuesta a numerosas influencias de índole político, filosófico, cultural y geográfico. Todo ello determina una creciente demanda de métodos de descripción y clasificación de servicios estandarizados internacionalmente (Kovess, 1997).

La OMS, en el Informe para la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana (1996), destaca la necesidad de promover comparaciones nacionales e internacionales de los programas de salud y de las reformas sanitarias. En este documento se señala que “estos estudios deben plantearse sobre la base de un conocimiento adecuado de las reformas sanitarias, incluyendo el análisis de apropiadamente las diferencias transculturales en la atención sanitaria”.

Desde los años 50 se han producido importantes cambios en los servicios de salud mental en Europa y Norteamérica (Thornicroft and Tansella, 1999). El cierre de los hospitales psiquiátricos ha supuesto la creación de un abanico mucho más amplio de servicios de salud mental con numerosas innovaciones tanto en asistencia sanitaria residencial como de día (García y Vázquez-Barquero, 1999). Todo ello ha ido acompañado de un aumento en el interés en la investigación sobre evaluación de servicios de salud mental. Sin embargo, esto no ha supuesto una mejora en la estandarización y uso de la metodología para la descripción y clasificación de la estructura y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Una metodología estandarizada y válida a nivel internacional para la descripción de servicios centrada en áreas de salud mental permitiría cubrir varias funciones importantes (Johnson y cols., 1998):

- Comparar los patrones habituales de servicios en diferentes áreas, regiones y países. También permitiría estudiar los cambios que se producen con el paso del tiempo en la configuración de la atención.
- Efectuar comparaciones entre áreas con respecto a los tipos de provisión y los niveles de los mismos.
- Establecer predictores de las formas específicas de provisión en un amplio rango de áreas: por ejemplo, sería posible analizar si las tasas de desempleo o la disponibilidad de cuidados informales predicen los niveles

de provisión de camas de agudos en un grado similar en cada área estudiada.

- Investigar los efectos en otros servicios de las variaciones en un tipo de provisión determinada: por ejemplo, se podría estudiar si el alto nivel en la provisión de servicios de agudos de día va asociado a niveles relativamente bajos de provisión de camas para agudos.
- Evaluar la implantación de programas.
- Estimar los estándares mínimos en la provisión de atención/servicios.

La utilidad potencial de una tecnología estandarizada para descripción de servicios ha sido discutida por varios autores (Aparicio, 1993; Jerrell y Hargreaves, 1991; Hargreaves, 1994; Goldsmith y cols., 1994; de Jong, 1996; Freeman y Hebderon, 1991, Thornicroft y cols., 1992; Battista y cols., 1989). En este contexto, diversos grupos de trabajo han desarrollado instrumentos para evaluación de servicios (por ejemplo en el estudio piloto europeo de áreas -OMS, 1987- y en varias investigaciones llevadas a cabo por el National Institute of Mental Health -Leaf, 1986-).

Las aportaciones al desarrollo de una metodología estandarizada son escasas y ninguna de las metodologías propuestas parece haber logrado una amplia aceptación internacional. Una serie de obstáculos, que subrayamos a continuación, han impedido el desarrollo de estos instrumentos.

1.1. PROBLEMAS EN EL DESARROLLO DE INSTRUMENTOS PARA LA CLASIFICACION DE SERVICIOS

Autores como George (1989), Aparicio (1993) y Jerrell y Hargreaves (1991) afirman que la dificultad para alcanzar un acuerdo internacional sobre la evaluación de los servicios de salud mental se fundamenta en varios puntos:

1.1.1. Diversidad de servicios disponibles.

Existe una mayor variedad de servicios en Salud Mental que en otras disciplinas médicas, especialmente si las áreas de retraso mental, demencia y abuso de sustancias se incluyen en este constructo.

1.1.2. Cambios continuos e incremento en la variabilidad de servicios.

El cambio experimentado en los últimos cincuenta años por la salud mental se refleja en el aumento en la variabilidad de servicios. Además, es probable que en el futuro esta variabilidad se incremente aún más.

1.1.3. Límites confusos.

Existen dificultades para establecer un criterio claro sobre qué tipos de servicios podrían ser clasificados como servicios de salud mental y qué población debería incluirse:

¿Servicios de asesoramiento dirigidos fundamentalmente a población general pueden incluirse en un inventario completo de servicios de salud mental local?

Así, un servicio dirigido a la gestión de la vivienda que atiende a personas con problemas de salud mental a la vez que al resto de la población general, ¿debería clasificarse como servicio de salud mental?

Estas cuestiones se relacionan con la vieja polémica sobre el solapamiento entre competencias de Servicios Sociales y Atención Sanitaria, y cuya solución aún parece lejana.

1.1.4. Distinciones tradicionales inapropiadas

Las distinciones tradicionales como la de atención hospitalaria frente a atención ambulatoria han perdido su utilidad con el desarrollo de los servicios integrados. Una definición operativa de "cama hospitalaria" es cada vez más difícil. Por ejemplo, ¿podrían clasificarse como cama hospitalaria las camas de un centro comunitario de salud mental atendido por personal de enfermería y que permite hacer ingresos de urgencia?

1.1.5. Falta de descripción estandarizada de áreas

No existe un sistema de descripción estandarizada del área en cuanto a sus características sociodemográficas y económicas, provisión de servicios y funcionamiento de los mismos. Los estudios realizados hasta la fecha han subestimado la importancia de estos datos, dificultando así la generalización de resultados de programas comunitarios como el ACT (Stein y Test, 1980), o la explicación de las diferencias regionales encontradas en la efectividad de los mismos (Hoult, 1984; Burns, 1991; Marks y cols., 1994).

1.1.6. Escasez de publicaciones

Contamos con pocas publicaciones de trabajos comparativos de servicios de salud mental. Diversos trabajos recientes nos aportan ejemplos de comparaciones internacionales de los servicios de salud mental (Sytema y cols., 1996, Moreno Küstner y cols., 1997i; Thornicroft y Tansella, 1999) y de servicios para el retraso mental (Carnaby, 1997). Sin embargo estos ejemplos rara vez incluyen más de dos países y las comparaciones están frecuentemente limitadas a dos áreas.

1.1.7. Multidisciplinariedad

Como afirma Battista (1989), *“La investigación sanitaria presenta actualmente tal laberinto de teorías, métodos estrategias de análisis derivadas de disciplinas tan dispares que hace que la comunicación entre ellas se convierta en un diálogo de sordos”*.

En el campo de la evaluación de servicios de salud mental confluyen profesionales con diferente formación y marcos teóricos. Ello aumenta la dificultad para llegar a un acuerdo en todos estos temas y en otros aspectos de clasificación (como p.e. si se pueden distinguir las intervenciones clínicas de las sociales).

1.2. OPERATIVIZACION DE CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave deben ser definidos de forma operativa estableciendo criterios de inclusión adecuados para servicios y poblaciones e identificando las áreas a las que pertenecen los sistemas de servicios descritos. Así, es necesario *“dirigir la atención hacia el contenido de cada una de las áreas más que al desarrollo de un léxico estándar que sustituya la jerga específica de cada una de las disciplinas que convergen en el estudio de servicios”* (Battista y cols., 1989).

Revisaremos algunos de los temas más relevantes en el establecimiento del marco conceptual para la clasificación de servicios.

1.2.1. Identificación de poblaciones diana

La identificación de la población de usuarios es fundamental a la hora de comparar servicios entre áreas. Una posible alternativa es incluir todos aquellos usuarios que están recibiendo ayuda por algún tipo de trastorno mental en un área determinada. Sin embargo, la utilización de un criterio tan amplio implica considerar un rango muy heterogéneo de necesidades y servicios. Además, existe una gran variabilidad entre áreas y países en cuanto al grado de contacto con los servicios de salud mental de aquellas personas con problemas leves o con dificultades generales en la vida diaria. Otra alternativa es centrarse en el grupo que parece más obviamente necesitado de intervención especializada y que es probable que tenga varios contactos con servicios especializados en todas las áreas. Los conceptos relacionados con enfermedad mental grave, persistente o crónica han alcanzado recientemente una amplia difusión en el intento de identificar grupos con altos niveles de necesidad. Thornicroft y cols. (1992), Thornicroft y Tansella (1999) y Slade y Powell (en prensa) han revisado los intentos de definir estos grupos aunque hasta ahora no se ha llegado a un consenso. En nuestro país, Aparicio (1993) ha planteado la definición de las características de los 'usuarios de servicios de alta intensidad'.

1.2.2. Definición y descripción de áreas

Desde los años 60, los servicios de salud mental en Europa se han organizado de forma sectorial. Cada sector está constituido por un equipo especialista en salud mental responsable de la provisión de servicios para todos los residentes de un área geográfica definida (Thornicroft y cols., 1995). Así, consideramos a estos sectores geográficos de salud mental como unidad básica para el estudio comparativo de sistemas de salud mental. Sin embargo, esto implica una serie de dificultades:

- La asistencia sectorizada de salud mental, no es universal. Además, en aquellos casos donde se ha hecho efectiva, existe una importante variación con relación a la rigidez con la que se establecen los límites de las áreas.
- Los servicios relacionados con la salud mental pública (servicios sociales y sectores privados y voluntarios) pueden no estar incluidos en las áreas o pueden emplear límites diferentes.
- Resulta difícil contabilizar el número de plazas disponibles en cada área cuando no están bien delimitadas sus fronteras.

Por lo tanto, para realizar comparaciones significativas entre los servicios disponibles en diferentes áreas, necesitamos datos, no sólo de los propios servicios de salud mental, sino también de aquellos servicios relacionados indirectamente con salud mental que proveen atención a los sujetos del área.

Los autores que han abordado el problema de la comparación de áreas difieren sustancialmente en sus planteamientos (Goldsmith, 1988; Wagenfeld, 1988; Jarman y Hirsch, 1992; Johnson y cols., 1996). Sin embargo, queda clara la necesidad de utilizar una serie de indicadores que proporcionen una descripción estandarizada de servicios de salud mental en un área. Entre los factores que pueden considerarse importantes se encuentran el tamaño del área, la estructura de la población asistida en dicha área por edad-sexo,

indicadores de aislamiento, privación social, urbanización y presencia de minorías étnicas o personas sin hogar (Beecham y Johnson, en prensa).

1.2.3. Definición de servicios de salud mental

La cuestión de qué servicios van a incluirse en la clasificación puede resolverse identificando la población diana relacionada con los servicios que se van a evaluar. Sin embargo, una vez identificado y definido un grupo de usuarios (p.e. la población local con problemas mentales graves), es probable que nos encontremos con un amplio abanico de servicios relevantes para este grupo aunque no proporcionen una atención específica para el mismo (p.e. gestión de vivienda, asesoramiento y servicios ocupacionales). Este tema continua siendo problemático y es necesario contar con una definición operativa de servicios de salud mental.

Para George (1989), "los servicios de salud mental se definen como todos los servicios proporcionados para identificación, diagnóstico y tratamiento de problemas" e indica explícitamente que se excluyen servicios de apoyo como "asistencia financiera, casas albergue, y talleres protegidos". Estos servicios son a menudo la clave en la rehabilitación de las discapacidades crónicas experimentadas por muchas personas con enfermedad psicótica, y su exclusión puede ser especialmente inaceptable para aquellos programas que tienen un propósito integrador de la atención a la enfermedad mental.

Thornicroft y Tansella (1999) realizan una revisión sobre la definición de servicios de salud mental comunitarios en los últimos 35 años. Desde Rehin y Martin (1963) hasta Strathdee y Thornicroft (1997) vemos la evolución de este concepto:

- Para Rehin y Martin (1963), un servicio es "cualquier planteamiento dirigido a proporcionar tratamiento fuera de instituciones...facilitar la detección temprana o recaídas de enfermedades relacionadas con la salud mental y

su tratamiento de manera informal, y proporcionar algún servicio socio-laboral en la comunidad para el apoyo o el seguimiento" (ver Bennet y Freeman, 1991)

- "la utilización de técnicas, métodos, y teorías de psiquiatría social, así como de otras ciencias del comportamiento, para investigar y detectar las necesidades de una población definida funcional o geográficamente por un periodo significativo de tiempo, y la obtención de información para modificar el marco conceptual de la salud mental social y otras ciencias del comportamiento" (Sabshin, 1966)
- "la psiquiatría comunitaria asume que las personas con problemas de salud mental pueden ser ayudadas de forma más efectiva cuando los lazos con la familia, amigos, compañeros de trabajo y la sociedad en general se mantienen, y pretenden proporcionar prevención, tratamiento, y servicios de rehabilitación para un distrito que intenta que las medidas terapéuticas vayan dirigidas a pacientes individuales" (Freudenberg, 1967):
- "la psiquiatría comunitaria tiene tres aspectos: primero, es un movimiento social; segundo, un servicio desarrolla estrategias, incide en la accesibilidad a los servicios y en la aceptación de responsabilidad sobre las necesidades de salud mental de una población; y tercero, la provisión de la mejor atención clínica posible, con énfasis en los principales trastornos de salud mental y en el tratamiento fuera de las instituciones" (Serban, 1977).
- "la psiquiatría comunitaria hace referencia a las necesidades de salud mental no sólo de pacientes individuales sino a la población del distrito, no sólo a aquellos definidos como enfermos sino a aquellos que pueden contribuir a esa enfermedad y a aquellos cuya salud o bienestar puede estar en riesgo" (Bennett, 1978).
- "un sistema de atención dirigido a una población definida y basado en un servicio global e integrado de salud mental, que incluye recursos de

ingreso, de día y centros de entrenamiento residencial, alojamiento residencial en hogares residenciales, talleres protegidos y unidades de ingreso en hospitales generales, y que aseguren, con un equipo de trabajo multidisciplinario, diagnóstico temprano, tratamiento inmediato, atención continuada, apoyo social y un enlace sencillo con otros servicios comunitarios sociales y médicos y, en particular, con atención primaria" (Tansella, 1986).

- Strathdee y Thornicroft (1997) definen el servicio de salud mental como "la red de servicios que ofrece tratamiento continuado, alojamiento, apoyo social y ocupacional y que ayuda a las personas con problemas de salud mental a alcanzar sus roles social normales"

Tras esta revisión, Thornicroft y Tansella (1999), plantean una definición operativa en los siguientes términos: "Un servicio de salud mental basado en la comunidad es aquél que proporciona un rango completo de atención efectiva de salud mental a una población definida, y que se dedica a tratar y ayudar a personas con problemas mentales, de forma proporcional a su sufrimiento y distrés, y en colaboración con otros servicios locales"

1.3. INSTRUMENTOS PARA LA DESCRIPCION Y CLASIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Existen cuatro grandes grupos de instrumentos para clasificar y describir servicios de salud mental de forma estandarizada:

- Taxonomías de servicios-

Se han desarrollado inventarios con el propósito de crear una taxonomía de servicios de salud mental que asigne todos los servicios locales en tipos específicos de servicios de acuerdo con su función principal (p.e. salas de pacientes ingresados, centros de día, etc.).

- *Filosofía de servicios* -

Los instrumentos intentan principalmente definir el estilo de funcionamiento en los programas de salud mental.

- *Contenido de los servicios* desarrollados en el contexto de un programa específico.

Se centran en el contenido de los servicios más que en su estructura.

- *Análisis de los sistemas de salud mental*

Se centran fundamentalmente en la naturaleza y funcionamiento de la coordinación de los servicios y sus relaciones con los demás servicios.

Algunas medidas incorporan elementos de más de uno de los sistemas mencionados arriba. Sin embargo, esta amplia categorización puede ser útil como punto de partida en la comprensión de los objetivos de los diferentes métodos de descripción de servicios. Johnson y cols. (1998) examinan la metodología utilizada en cada una de las cuatro categorías.

1.3.1. Taxonomías de servicios

La clasificación de los recursos asistenciales a través de categorías amplias constituye el marco básico para la comparación de servicios entre áreas. Una vía es la clasificación de acuerdo con la función (por ejemplo, unidad de pacientes ingresados o unidad de rehabilitación). En la comparación de servicios entre áreas, la clasificación general de servicios de un área concreta es un paso importante previo a la investigación detallada de patrones de utilización de servicios, de su filosofía o de su contenido. Es muy difícil comparar la filosofía de los programas y el uso de servicios de un taller protegido y una unidad de vigilancia hospitalaria si no tenemos en cuenta previamente que estos dispositivos tienen funciones muy diferentes y que serían consideradas por la mayoría de investigadores como dos tipos distintos de recursos, por lo que la comparación directa de su organización tiene un valor limitado. Una vez clasificados los servicios de un área se puede

contabilizar el número de plazas o de contactos del servicio en cada categoría, y a partir de aquí puede realizarse una recogida de datos más amplia en cada servicio (p.e. personal, financiación y localización).

A priori, la tarea de clasificación de servicios en categorías amplias puede parecer simple, ya que la mayoría de los profesionales de la salud mental tienen una idea clara de lo que es una unidad de agudos hospitalaria o un hospital de día. Sin embargo, Hargreaves (1994) ha subrayado las dificultades encontradas al llevar a cabo tal categorización de forma precisa y válida:

"Estamos acostumbrados a pensar en la variedad de servicios para personas con esquizofrenia en función de los nombres de los principales tipos de programas (internos, ambulatorios, tratamiento de día, media pensión, etc.) ...la variación en cualquier programa puede ser enorme y a veces mayor que las típicas diferencias entre tipos de programas....la tipología de programas a este nivel no es lo suficientemente específica como para realizar estudios sobre el coste-efectividad de los mismos"

Hargreaves se refiere a la clasificación de servicios en un solo país (EEUU). Las diferencias en el uso de términos tales como 'ambulatorio' o 'tratamiento de día', así como la diversidad de servicios, son mayores a nivel internacional que dentro de cada país. Así, el primer paso en la construcción de una clasificación válida de servicios de salud mental será asegurarse de que disponemos de definiciones precisas de los términos empleados. La utilidad potencial de la metodología de clasificación de servicios, puede evaluarse a través de un listado que incluya las siguientes cuestiones:

- *¿Se ha elaborado un glosario que proporcione definiciones operativas de los términos principales usados en la clasificación?*
- *¿Las definiciones son precisas y no ambiguas?*
- *¿Se ha revisado si cada definición puede aplicarse al sistema de salud mental de cada país?*

- *Cuando estas definiciones operativas se aplican a un gran número de servicios de salud mental en varios países, ¿es posible clasificar todos los servicios de forma clara y sin ambigüedades?*
- *Cuando se usan los términos para clasificar un gran número de servicios de salud mental, ¿se clasifican en la misma categoría, aquellos servicios de salud mental que el personal sanitario considera similares y se clasifican en diferentes categorías los servicios que para estos profesionales tienen diferentes funciones?*

Resulta paradójica la escasez de definiciones de conceptos relativos a la atención en salud mental. Es frecuente que los autores confíen en que quienes usen sus clasificaciones comprenderán el significado de términos como 'cama de agudos' u 'hospital de día'. Este sistema de trabajo tal vez sea razonable dentro de un mismo país pero constituye un impedimento serio en la aplicación internacional de clasificaciones de servicios.

Realizaremos una revisión de las clasificaciones de tipos de servicios propuestas hasta la actualidad.

1.3.1.1. Estudios efectuados en Gran Bretaña

Algunos de los estudios de evaluación de servicios publicados hasta la fecha en UK, no presentan la clasificación como primer objetivo. Más bien, la clasificación de servicios se ha desarrollado en el contexto de discusiones del rango de recursos o cantidad de plazas necesarias para responder a las necesidades de la población (tablas 1.1 y 1.2).

Tabla I.1. Clasificación de servicios residenciales en el Reino Unido

STAFF (DEE THORNICROFT (1992))	SERVICES (WING (1992))	COMISION AUDITORA (1991)
Residencias con personal 24 horas	Servicios residenciales con personal durante la noche	Atención de urgencia/agudos
Residencias con personal durante el día	Atención en crisis/agudos	Alojamiento
Atención psiquiátrica de agudos	- Unidades de atención intensiva	- Unidades de agudos
Hogares sin personal	- Unidades de seguridad regionales/Hospitales Especiales	- Unidades de seguridad locales
Programas de alojamiento para adultos	- Salas de residencia	Atención continuada/rehabilitación
Unidades de seguridad locales	Otros servicios residenciales con personal	- Vivienda ordinaria
Dispositivos de respiro	- Residencias con alto nivel de personal (donde el personal duerme)	- Hogares para grupos sin personal permanente
Unidades de seguridad regionales	- Residencias con personal de día	- Programas de alojamiento para agudos
	- Hogares asistidos para grupos	- Hogares de atención residencial
	- Servicios residenciales sin personal	- Hogares con enfermería psiquiátrica
	- Alojamiento protegido	- Alojamiento de 24 horas (público)
	- Alojamiento con acceso directo	- Unidades de media seguridad
		- Unidades de alta seguridad

En la tabla I.1, vemos la lista de servicios residenciales elaborada por Strathdee y Thornicroft (1992) que aporta una guía de los niveles requeridos para cada tipo de provisión residencial en función de las necesidades de la población del área.

La segunda columna revisa las categorías utilizadas en un informe de Wing (1992) que, partiendo de datos epidemiológicos, realiza estimaciones de los niveles requeridos de varias formas de provisión residencial. Estos dos métodos de categorización de servicios y sus estimaciones de provisión requieren en cada categoría la ayuda de un programa informático desarrollado al efecto que utiliza los indicadores de privación social y los datos del tamaño muestral y estructura para estimar las plazas residenciales requeridas para cada distrito electoral en Inglaterra y Gales. La última columna de la tabla I.1 muestra el conjunto de categorías de provisión residencial usada por la Comisión Auditadora de Reino Unido (1994), en una encuesta de estructura de servicios y práctica en Inglaterra y Gales (los servicios identificados son aquellos considerados necesarios para la provisión de una atención comunitaria integrada de salud mental).

En la tabla I.2 podemos observar algunas de las formas de clasificación de servicios no-residenciales usados en el Reino Unido. La primera columna procede del informe de la Audit Commission (1994), que también aparece en la tabla I.1, donde figuran los tipos de atención no-residencial para la atención comunitaria. El listado de Strathdee y Thornicroft (1993) detalla los componentes considerados necesarios en un plan de servicios de salud mental comunitaria. La columna final de la tabla I.2 procede de un protocolo para evaluación de servicios para personas con enfermedad mental grave desarrollado por un comité independiente sobre estándares de atención clínica para el Ministerio de Sanidad de Gran Bretaña y el Servicio Nacional de Salud (Clinical Standards Advisory Group Committee –CSAGC-, 1995).

Tabla I.2. Categorización de servicios no-residenciales en el Reino Unido

Atención urgencia/agudos en el hogar	Atención de agudos y respuesta en crisis	Servicios comunitarios
Equipos de urgencia	Consultas domiciliarias por psiquiatra	Hospitales de día
Rehabilitación/ atención continua en el hogar	Línea de ayuda telefónica 24 horas	Talleres de rehabilitación
Profesional de referencia	Servicio de agudos en centro de salud mental comunitario	Plazas en empresas locales
Atención de día de agudos/urgencias	Atención continuada y búsqueda de casos	Servicios dirigidos a contactar con personas con enfermedad mental grave que no han contactado con la red
Atención de día en rehabilitación/ atención continuada	Atención continuada/gestión de casos en el hogar	Servicios terapéuticos y con atención de apoyo
Grupos de apoyo	Atención de día	
Atención de día	Hospitales día (servicios que incluyen alternativas a hospital, apoyo tras alta hospitalaria, apoyo de larga duración para enfermedad crónica, terapia intensiva para neurosis, información y entrenamiento)	
	Atención a la salud física	
	Servicios "de representación"	
	Familia/educación comunitaria/apoyo	
	Tratamiento basado en la familia	
	Rehabilitación/reinserción	
	Entrenamiento en habilidades prácticas	
	Ayuda con desarrollo del ocio/actividades sociales	
	Oportunidades de empleo	
	Entrenamiento en empleo/apoyo en mantenimiento empleo	
	Apoyo a iguales: Grupos de apoyo a usuarios	

Estos listados no cumplen los criterios mencionados anteriormente para desarrollar una clasificación y descripción de servicios válida a nivel internacional. En general, las categorías no están operacionalizadas de forma precisa y existen problemas de tipo conceptual. Por ejemplo, términos tales como 'Unidades de seguridad' tienen un significado concreto en Inglaterra y Gales que no tiene por qué coincidir con el resto de Europa. No es sorprendente que estos listados no sigan un criterio de clasificación válido internacionalmente, ya que el objetivo principal del autor es la discusión de los planes de servicio en Gran Bretaña, más que el desarrollo de tales criterios. Sin embargo, Strathdee y Thornicroft (1992 y 1993) han desarrollado categorías que parecen cubrir los servicios para enfermedad mental de forma concisa y global. Analizando la tabla, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Los listados de servicios residenciales son similares entre sí. En cada listado, se usan dos criterios de clasificación principales: la dedicación del personal y si el servicio tiene una función de urgencia.
- Existen mayores diferencias entre los listados de servicios no-residenciales de la tabla 1.2. Esto sugiere que probablemente es más difícil crear un conjunto consensuado de categorías para atención no-residencial que para atención residencial. Sin embargo, las clasificaciones de la tabla 1.2 coinciden en usar categorías basadas en dos criterios: función y localización del servicio.
- En tercer lugar, no se han incluido en estas clasificaciones algunas distinciones de servicios importantes (servicios intermedios). Lo fundamental no es hacer una distinción entre servicios hospitalarios o no hospitalarios ya que esto puede reflejar una tendencia hacia recursos comunitarios considerados como sustitutos potenciales de los recursos hospitalarios. También falta en los listados una distinción entre atención médica y social.

Sin embargo, encontramos también en UK algunos estudios cuyo objetivo principal es precisamente la clasificación, descripción y comparación de servicios.

Con este objetivo, destaca la clasificación propuesta por el Departamento de Salud de Gran Bretaña (Department of Health, 1996) llamada Espectro de Atención (Spectrum of Care) (tabla I.3).

Tabla I.3. Espectro de Atención (Departamento de Salud de Gran Bretaña, 1996)

	Agudos/urgencia	Larga duración/atención continuada
Servicios basados en el hogar	- Intervención en crisis para evaluación y tratamiento - Apoyo intensivo en el hogar	- Gestión de casos - Servicios de apoyo a domicilio
Servicios ambulatorios y de día	- Hospitales de día de agudos - Departamentos hospitalarios de bajas - Servicios de asesoramiento/enlace - Consultas no programadas/agudos	- Consultas ambulatorias programadas - Centros de "paso" - Grupos de apoyo - Talleres de rehabilitación/empleo - Centros de día
Servicios residenciales (hospitalarios)	Unidades de ingreso para agudos	- Salas hospitalarias de larga duración - Unidades de seguridad media - Hospitales de alta seguridad
Servicios residenciales (no hospitalarios)	Alojamiento en crisis	- Alojamiento normalizado - Hogares sin persona - Programas de alojamiento para adultos - Programas de atención residencial - Hogares con enfermería 24h

Esta clasificación (tabla I.3) utiliza tres categorías principales de tipos de servicios de acuerdo con sus funciones: atención basada en el hogar, atención comunitaria y de día y servicios residenciales. Cada una de estas categorías permite una subclasificación en subtipos específicos: agudos, larga duración.

Como afirman Thomicroft y Tansella (1999), esta clasificación resulta de gran utilidad al ofrecer una estructura clara y simple para objetivos clínicos y de planificación. Sin embargo, este sistema pone en duda su aplicación en estudios internacionales al no tener en cuenta la variedad de recursos en diferentes áreas, a la vez que no refleja suficientemente el punto de vista del servicio como parte de una red de atención más amplia.

1.3.1.2. Estudios efectuados en Europa Continental

Resultan de gran interés los estudios llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud en el Estudio Piloto de áreas sobre servicios de Salud Mental (Mental health services in pilot study areas) (OMS, 1987). Este programa comenzó en 1970 para obtener datos de la administración general de servicios de salud mental, tipos de recursos proporcionados y personal implicado en varios países europeos. En 1977, este objetivo se modificó pasando a ser un estudio centrado en áreas piloto específicas en cada país. En el curso de este estudio, efectuado en la década de los 80, se desarrollaron métodos de investigación de la estructura y funcionamiento de servicios de salud mental. Se realizaron reuniones anuales para revisar el diseño y el informe de la recogida de datos en las áreas piloto. El informe final de 1987 consiste, en gran parte, en datos sobre la organización de servicios de salud mental en áreas de diferentes países aunque sin partir de ningún marco estandarizado para comparar los servicios. Este informe no pasa de la mera descripción de áreas, subrayando la gran diversidad de servicios de salud mental en Europa y las consiguientes dificultades en el desarrollo de cualquier metodología estandarizada de descripción, clasificación y comparación de servicios.

La encuesta de la OMS, sin embargo, incluye una hoja de datos útil para la categorización de servicios en cada área.

Dos aspectos son importantes en esta clasificación: primero, se aportan definiciones operativas de los términos usados en el estudio; segundo,

los términos pueden ser aplicables a los servicios de salud mental tanto en la comparación de países como dentro de un solo país. Por ejemplo, los “centros comunitarios integrados de salud mental” se pueden definir operativamente como “recursos que constituyen una red de servicios integrados de atención a pacientes con enfermedad mental. Como mínimo, el centro debe proporcionar atención de ingreso, servicio de tratamiento de día, servicio de urgencias, y educación y apoyo comunitario”. Mientras las clasificaciones mostradas en las tablas I.1 y I.2 hacen poco hincapié en la distinción entre servicios basados en la comunidad o en el hospital, uno de los puntos fundamentales en la clasificación de la OMS es la distinción entre varios tipos de recursos hospitalarios. Sin embargo, en algunos aspectos es también una clasificación limitada.

Esta clasificación concede especial importancia a los servicios médicos, prestando poca atención a la clasificación de otros servicios como residencias y centros de día. La filosofía que subyace a este planteamiento corresponde a un punto de vista ya superado (modelo biomédico). Actualmente, en la mayoría de países europeos, los dispositivos de tipo “médico”, tales como clínicas ambulatorias y centros de salud mental comunitaria, forman parte de una gama más amplia de servicios socio-sanitarios destinados a responder a las necesidades de la población.

Por otro lado, Thornicroft y Tansella (1999) proponen el Perfil de Servicios Básicos (BSP) incluyendo los servicios básicos considerados elementos esenciales en cualquier sistema de atención (tabla I.4). Además, añaden ejemplos de los diferentes tipos de atención que pueden complementar o sustituir a cada componente básico de acuerdo con la evaluación de necesidades, preferencia de servicios y recursos disponibles a nivel local. Estos autores afirman la utilidad del BSP en un amplio rango de tipos de servicios con diferente nivel de desarrollo.

Tabla I.4. El Perfil de Servicios Básicos (Thornicroft y Tansella, 1999)

Componente básico	Variaciones
Servicios comunitarios y ambulatorios - Visitas a domicilio - Servicios ambulatorios - Consulta en hospitales generales	- Servicios móviles para evaluación y tratamiento en crisis (incluyendo servicios de tarde y fin de semana) - Servicios ambulatorios para trastornos específicos o tratamientos especializados
Servicio de día (incluyendo rehabilitación ocupacional/vocacional)	- Hogares protegidos - Empleo supervisado - Programas de trabajo en cooperativa - Grupos de usuarios y auto-ayuda - Servicios de asesoramiento - Cursos de entrenamiento - Grupos/programas de empleo transitorio
Servicios de Ingreso agudos	- Unidades especializadas para trastornos específicos (p.e. cuidado intensivo y forense) - Hospitales de día de agudos - Hogares de crisis
Servicios residenciales de larga duración	- Hogares no supervisados con protección administrativa - Hogares supervisados (programas) - Hogares sin personal de día - Hogares con personal durante el día y la noche - Hogares con personal enfermería 24 horas
Relaciones con otros servicios (p.e. servicios de salud, sociales y no gubernamentales)	Servicios de salud - Servicios forense - Servicios tercera edad - Servicios para Retraso Mental - Psicoterapia especializada - Salud física y dental general - Consulta a atención primaria - Servicios Sociales/Beneficios bienestar - Atención domiciliaria (p.e. limpieza) - Vacaciones/ atención respiro
	Agencias vivienda Hogares/apartamentos sin supervisión
	Otras agencias públicas - Policía - Prisión - Libertad condicional
	Agencias no gubernamentales - Organizaciones religiosas - Grupos de voluntariado - Organizaciones privadas con ánimo de lucro

Resulta de gran interés la introducción del contexto de la atención socio-sanitaria en la clasificación de servicios. Una operativización adecuada de los conceptos utilizados, unida a una descripción clara de la población diana a la que va dirigidos estos servicios permitiría una utilización viable, válida y fiable de esta clasificación (Thornicroft y Tansella, 1999).

Siguiendo esta misma línea se producen en Europa desarrollos posteriores de sistemas de descripción y clasificación de servicios. Algunos de ellos se han planteado dentro del marco de programas europeos como es el caso del Grupo EPCAT que se constituye a partir de un programa BIOMED (CT94-1304) "Psychiatric Rehabilitation – Standardization of Procedures for the Assessment of Activities and Costs/Benefits"(ver Material y Método -Marco del estudio). Este grupo desarrolla un instrumento de clasificación y descripción de servicios de salud mental, el European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson y Kuhlmann, en prensa). El estudio de estandarización de esta escala constituye el propósito de este estudio por lo que se comentan con detalle sus características en el capítulo 5 de Introducción.

Otro proyecto europeo, el EPSILON, dirigido por el grupo del Dr. Klaus Martiny, ha aplicado esta clasificación en Dinamarca.

1.3.1.3. Estudio desarrollados en EEUU

En EEUU, los intentos de clasificación de servicios de salud mental han sido efectuados por el National Institute of Mental Health (NIMH), junto con el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) y el National Institute on Drug Abuse (NIDA). Leaf (1986) ha resumido las encuestas llevadas a cabo por dichos organismos. La tabla I.5 muestra los Inventarios usados en las escalas de la NIMH en comparación con las de la OMS. Las limitaciones son similares a las de la lista de la OMS. Una de las mayores diferencias es que la lista de la NIMH ha sido diseñada para los estados de EEUU que tienen una legislación común a nivel federal. Para poder ajustarse a la legislación, la definición de los términos es más simple, pero a la vez

también supone que dichas definiciones no sean completamente válidas a nivel internacional (por ejemplo, la definición de centros comunitarios de salud mental establece que éstos deberían recibir fondos federales bajo leyes específicas de EEUU).

Tabla I.5. Categorías de servicios del Estudio piloto europeo de áreas de la OMS (OMS, 1987) y de los inventarios NIMH

CATEGORÍAS EN ESTUDIO OMS	CATEGORÍAS EN INVENTARIOS NIMH
Hospital psiquiátrico	Hospital Psiquiátrico
Hospital general con servicios psiquiátricos: a. con unidad psiquiátrica independiente b. con servicio psiquiátrico general	Centro de tratamiento residencial para niños con trastornos afectivos
Centros de tratamiento residencial para niños con trastornos afectivos	Clínica psiquiátrica ambulatoria
Clínica psiquiátrica ambulatoria	Recurso de salud mental de día/noche
Recurso de salud mental día/noche	Recurso de salud mental multiservicio
Centro integrado de salud mental comunitaria	Hospital general con servicios psiquiátricos independientes
	Centro integrado de salud mental comunitaria público

George, en su estudio sobre clasificación, descripción y medida de servicios (Duke University Medical Center)(1989), plantea una clasificación en 5 tipos de los servicios genéricos orientados a la salud mental:

- *Servicios de ingreso*, en los que se proporciona atención 24 horas en un emplazamiento hospitalario.
- *Servicios de tratamiento residencial*, que consisten en atención durante la noche junto con un programa de tratamiento intensivo.
- *Servicios de apoyo residencial*, donde la atención durante la noche se combina supervisión de la vida diaria y otros servicios de apoyo. Las casas de transición y los hogares asistidos por personal de enfermería se

incluirían en esta categoría. Es importante destacar que dependiendo de los tipos específicos de atención proporcionada, la atención de apoyo residencial puede o no cumplir los criterios de servicios de salud mental definidos.

- *Atención parcial*, que consiste en servicios que generalmente proporcionan atención durante 3 horas o más a grupos. Ejemplos de esta categoría son los tratamientos de día y los talleres protegidos. Una vez más, dependiendo del servicio específico proporcionado, la atención parcial cumplirá o no los criterios establecidos de servicios de salud mental.
- *Servicios ambulatorios*, dirigidos a pacientes ambulatorios que normalmente son atendidos en una clínica. La atención ambulatoria normalmente dura menos de tres horas por sesión y puede prestarse tanto de forma individual como grupal.

1.3.2. Filosofía de servicios

Los primeros intentos de evaluación de servicios en EEUU corresponden al informe de Flexner de 1910 y la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, cuya labor empezó en 1951, haciéndose evidente la necesidad de algún método estandarizado para decidir la naturaleza de los programas y para medir hasta dónde se ajustaba la filosofía de dichos programas a los objetivos establecidos (Aparicio, 1993). Un enfoque sencillo para evaluar la implantación de programas es desarrollar un inventario que permita al personal de los servicios describir el estilo del programa en un conjunto de dimensiones relevantes. Uno de los primeros intentos lo constituye el desarrollo de la Community Mental Health Ideology Scale (Escala Ideológica de Salud Mental Comunitaria) (Baker y Schulberg, 1967). Posteriormente, aparecieron otros instrumentos como el Multiphasic Environmental Assessment Procedure (Procedimiento Multifásico de Evaluación Ambiental) (Moos y Lemke, 1984) y la Community-Oriented Programs Environment Scale (Escala Ambiental de Programas Orientados a la Comunidad) (Moos, 1988).

La Community Program Philosophy Scale -CPPS- (Escala de Filosofía de Programas Comunitarios) (Jerrell y Hargreaves, 1991), uno de los instrumentos más utilizados, usa el método de encuesta al personal para identificar la filosofía de los servicios. Parece discriminar con éxito tres modelos principales de servicios comunitarios para enfermedad mental grave: (i) servicios basados en la psicoterapia clínica y en la medicación; (ii) servicios de gestión de casos; y (iii) modelo de 'tratamiento asertivo comunitario' (Programa PACT) desarrollado por Stein y Test (1980) en Madison (Wisconsin).

1.3.3. Contenido de los servicios de salud mental

Centrar la evaluación en el contenido de los servicios más que en su estructura, permite solventar algunas de las dificultades debidas a la carencia de una terminología consensuada a nivel internacional. Este enfoque es atractivo por su validez simple. La naturaleza y el rango de las intervenciones dirigidas a pacientes son, sin duda, más importantes que la localización y la organización de los servicios dirigidos a ellos. El contenido se solapa con la filosofía del servicio ya que los puntos de vista teóricos en los que se fundamentan los servicios informan necesariamente de los tipos de intervención utilizados.

La International Classification on Mental Health Care (Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental) tiene como objetivo principal la descripción del contenido de los servicios. Esta clasificación ha sido objeto de varios estudios piloto y pretende la comparación entre áreas y países de módulos y modalidades de atención disponibles en servicios específicos. El fundamento y la forma de aplicación de este instrumento se discuten en De Jong (1996 y en prensa) y Torres y cols. (1997). Ruud y cols. (1996) presentan los datos del estudio de fiabilidad de este instrumento.

Los 80 ítems de la CPPS (Jerrell y Hargreaves, 1991) cubren, además de la filosofía del servicio (comentado en el punto anterior), el contenido del servicio y de las actividades del personal.

El instrumento desarrollado por Kovess y Lafleche en su trabajo citado en Johnson et al (1998), tiene como objetivo principal evaluar las actividades del personal de los servicios de salud mental. En el estudio de estos autores, un panel multidisciplinario de profesionales de salud mental identifica un rango de tareas llevadas a cabo por miembros del equipo, tales como contactos con pacientes externos, contactos con familiares, amigos u otros de la comunidad y reuniones y comités. El cuestionario informa del modo de organización de cada una de estas tareas y de la satisfacción del personal acerca del mismo, lo que resulta de utilidad para examinar la perspectiva y las actividades del equipo, comparando por ejemplo la proporción de tiempo empleado en actividades comunitarias (relativamente bajo) con el tiempo empleado en reuniones (alto). Aunque el instrumento de Kovess y Lafleche parece útil al considerar la organización y gestión del personal, es limitado tanto en la evaluación del contenido global de los servicios como en la descripción del contenido y objetivos de las interacciones con pacientes.

El 'Daily Contact Log' (Brekke y Wolkon, 1988; Brekke y Test, 1987) también se centra en la actividad de la plantilla pero ha sido diseñado para monitorizar la implantación de programas: no sólo recoge la cantidad de tiempo que el personal pasa con cada paciente sino que también clasifica estos contactos de acuerdo con el contenido, aplicando categorías tales como 'orientación ocupacional', 'rehabilitación física', 'medicación', 'actividades recreativas', y 'actividades de la vida diaria'. Las propiedades psicométricas del 'Daily Contact Log' han sido comentadas por Brekke (1987).

La "Mannheim Service Recording Sheet" (Rössler y cols., 1993) constituye el resultado de otro estudio, desarrollado recientemente, que se centra en el contenido de los servicios. Esta ficha recoge cualquier intervención dirigida a los pacientes en un periodo de tiempo determinado. Las intervenciones incluyen evaluación, psicoterapia, intervenciones psicofarmacológicas, provisión de alojamiento, actividades sociales u ocupacionales y entrenamiento en habilidades de la vida diaria (Moreno

Küstner y cols., 1997ii). La "Mannheim Service Recording Sheet" es un instrumento breve que promete ser útil también en la investigación sobre contenidos de programas.

En una investigación detallada de la organización y la forma de trabajo de seis de centros de salud mental, Patmore y Weaver (1991) analizaron tanto la actividad del personal como el contenido de los servicios recibidos por los pacientes. El personal registró el tiempo empleado en diversas actividades. Al mismo tiempo, los investigadores realizaron una revisión detallada de los contactos con un determinado número de pacientes, registrando todos los servicios recibidos durante un periodo de cuatro meses. La recogida de los contactos con los clientes incluye el objetivo de las visitas (por ejemplo monitorización de síntomas o ayuda en el manejo de las tareas del hogar). Esta información se usó para examinar en qué grado la asistencia llevada a cabo por los equipos cubre una gama amplia de necesidades de sus pacientes. Se observó que los tratamientos comportamentales parecían restringirse a clientes no-psicóticos y que algunos de los equipos no proporcionan intervenciones en actividades de la vida diaria, tales como el manejo del dinero, funcionamiento en el hogar y auto-cuidado.

La descripción del contenido y filosofía de los servicios y las actividades del personal es una importante tarea. Sin embargo, no podemos pensar que la evaluación del contenido sea un sustituto adecuado para la medida de la estructura y el funcionamiento del servicio. Es necesario determinar la comparabilidad de los servicios en cuanto a sus objetivos antes de proceder a la comparación de su contenido. Por ejemplo, no tendría sentido comparar las intervenciones llevadas a cabo en un taller protegido con aquellas dirigidas a pacientes de una sala hospitalaria de agudos.

1.3.4. Análisis de los sistemas de salud mental

La comprensión global del funcionamiento de los servicios de salud mental en un área requiere tener en cuenta las relaciones entre los recursos

existentes. El grado en que se coordinan los diferentes componentes de la red local de servicios, condiciona la opinión que los pacientes tienen de los servicios locales, así como la continuidad de la asistencia que éstos reciben.

Tausig (1987) describe la aplicación de procedimientos analíticos de redes para examinar el flujo de clientes, fondos e información entre organizaciones de servicios de salud mental. Este autor ilustra cómo los mapas de redes organizacionales contruidos de esta forma pueden usarse para identificar lagunas en el sistema, fallos de coordinación o en la fluidez entre servicios. Kates y Humphrey (1993) sugieren examinar algunos aspectos más detallados de la coordinación entre organizaciones tales como la existencia de un plan conjunto de asistencia, el desarrollo conjunto del personal, la protección de recursos, el establecimiento de relaciones de trabajo y el establecimiento de una filosofía de atención consistente. Sin embargo, estos autores no proporcionan una operacionalización completa del método de evaluación de estos aspectos.

COROLARIO

En las últimas tres décadas se han desarrollado una gran variedad de enfoques para medir la estructura y funcionamiento de servicios, incluyendo medidas útiles para evaluar determinados aspectos de los servicios, tales como la filosofía de los programas, la actividad del personal y la naturaleza y el alcance de las conexiones entre recursos de salud mental. Sin embargo, estamos lejos de alcanzar un consenso internacional para clasificar y describir recursos de salud mental. Aunque se ha llevado a cabo un trabajo interesante en varios aspectos de la evaluación de servicios, no se han desarrollado tendencias de investigación que se hayan traducido en la creación de instrumentos. Esto contrasta con la situación de la investigación sobre medidas de resultados clínicos, donde actualmente están emergiendo metodologías de evaluación bien establecidas en áreas como calidad de vida, satisfacción del paciente, síntomas y redes sociales.

Tampoco se ha prestado la necesaria atención, hasta ahora, a la valoración de la validez y fiabilidad de métodos de evaluación de servicios, un requisito importante especialmente en estudios internacionales. La ausencia de una tipología de servicios estandarizada, válida e internacionalmente consensuada constituye un factor limitador significativo en la investigación de servicios comparativos de salud mental (Johnson y cols., 1998). Como ya se ha discutido, crear un simple conjunto de categorías que pueda abarcar la gama de modelos de servicios de uso internacional es una tarea difícil. Sin embargo, las clasificaciones de servicios que se han desarrollado en varios países sugieren que no sería imposible si se prestara la atención precisa para desarrollar una operativización clara de todos los conceptos.

Tabla I.6. Revisión de las principales clasificaciones de servicios

Clasificación de servicios	Tipología de servicios
George (1989)	Tipología de servicios
WHO-Ethiopia Inventory of Mental Health Services (1987)	Inventario de todo tipo de servicios (Etiopía)
Strathdee & Thomicroft (1992)	Inventario de servicios residenciales (UK)
Wing (1992)	Inventario de servicios residenciales (UK)
Audit Commission (1994)	Inventario de todo tipo de servicios (UK)
CSAGG (1995)	Inventario de todo tipo de servicios (UK)
Spectrum of Care (Department of Health, 1996)	Inventario de todo tipo de servicios
Thomicroft & Tansella (1999) Perfil de Servicios Básicos	Inventario de todo tipo de servicios
NIMH Inventory of Mental Health Facilities	Inventario de servicios hospitalarios
NIMH Inventory of General Hospital Psychiatric Services	Inventario de servicios hospitalarios
NIMH Inventory of Federally Funded Community Mental Health Centres	Inventario de servicios comunitarios
Community Mental Health Ideology Scale (Baker y Schulberg, 1967)	Evaluación del estilo del servicio
Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP) (Moos y Lemke, 1984)	Evaluación del estilo del servicio
Community Oriented Programs Environment Scale (Moos, 1988)	Evaluación del estilo del servicio
Community Program Philosophy Scale (CPPS) (Jerrell y Hargreaves, 1991)	Evaluación del estilo y contenido del servicio
Kovess and Lalechie (1988)	Evaluación de contenido del servicio
Daily Contact Log (Brekke y Wolkon)	Evaluación del contenido del servicio
Mannheim Service Recording Sheet (Rossie y cols., 1993)	Evaluación del contenido del servicio
International Classification of Mental Health Care (De Jong, 1996)	Evaluación del contenido del servicio
Tausig (1987)	Sistemas de localización ("mapas") de SMI

2. PARAMETROS DE CALIDAD EN EVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Paralelamente a la creciente demanda de servicios de salud mental, el número de instrumentos para evaluación de servicios ha aumentado de forma espectacular en los últimos años. Ello incluye instrumentos para evaluación de demandas y necesidades, descripción y clasificación de servicios y/o intervenciones, filosofía de servicios, modalidades de cuidado, auditorías, y descripciones de organización tanto a nivel tanto micro como macro. Los datos sobre las propiedades psicométricas de tales instrumentos son desiguales e incompletos en gran medida. Esto puede atribuirse a diversos factores. Primero, muchos investigadores piensan que la evaluación de servicios no precisa el desarrollo de técnicas sofisticadas para la evaluación clínica. Según este punto de vista, puede considerarse que estos instrumentos no requieren procedimientos de estandarización y que su validación supondría una pérdida de tiempo. Segundo, los procedimientos de validación se ven obstaculizados por la falta de recomendaciones estándar o líneas guía sobre el tema. Tercero,

no existe consenso en la definición de términos como consistencia, fiabilidad y validez. Su significado difiere del uso común y varía de acuerdo con el área de estudio e incluso entre diferentes autores de la misma área.

Cualquier investigador experimentado en este campo conoce las disparidades que aparecen en la interpretación de tales términos comunes como "hospital", "unidad de asistencia de día", o "rehabilitación"; la sorprendente falta de acuerdo encontrada en ítems aparentemente simples; o los problemas de la estandarización transcultural.

La selección apropiada de un instrumento de evaluación es esencial para efectuar investigaciones sobre sistemas de atención a la salud mental. A la luz de esto, sorprende que el número de revisiones metodológicas efectuadas sobre esta área específica sea tan escaso. Marquis (1998), plantea una serie de directrices a tener en cuenta en la construcción de un cuestionario específico (tabla 1.7).

Bech y cols. (1993) mencionan una serie de aspectos clave en la utilización de escalas en ensayos clínicos que pueden ser igualmente aplicables en esta área:

1. Identificar el motivo:

¿Por qué es necesario usar una escala de evaluación en el estudio?

2. Identificar el problema:

¿Qué se va a evaluar?

3. Identificar su importancia:

¿Qué relevancia tienen las escalas en relación a la hipótesis de investigación?

4. Evaluación del coste-utilidad:

¿Cuál es la utilidad de la información obtenida a partir del instrumento en relación al coste de su uso?

Tabla I.7. Propuesta de directrices para la descripción e interpretación de un cuestionario específico (Marquis P, 1998)

Resumen de los contenidos del cuestionario
 Formato estandarizado (nombre, autor, objetivos, población diana, conceptos medidos (descripción de dimensiones), características de aplicación (ítems, período de test, tipo de escalas usadas, tiempo de ejecución), validez, formas de administración, idiomas, disponibilidad).

***Informe del desarrollo y validación del cuestionario**

- modelos conceptuales y de medida
- fiabilidad
- validez
- sensibilidad

Datos específicos de interpretación, recopilando la información existente y nuevos datos.
 Una guía incluiría los siguientes puntos:

- Información sobre contenidos y constructos.
- Datos estadísticos utilizados para evaluar diferencias y cambios.
- Estandares.
- Niveles de referencia obtenidos a través de niveles de gravedad reconocidos y adecuados tamaños muestrales.
- Criterios dependientes tales como la puntuación global de las condiciones y cambios.
- Criterios independientes tales como los recursos utilizados en diferentes rangos de puntuación.
- Criterios predictivos incluyendo valores de diagnóstico y pronóstico.

***Informe de resultados incluyendo:**

- descripción de la muestra
- línea base y distribución de puntuaciones de seguimiento incluyendo los valores perdidos
- distribución de cambios en las puntuaciones
- tipo de análisis y test usados
- inclusión de valores perdidos
- valores p si son relevantes
- interpretación de los datos.

El último aspecto se pasa por alto con excesiva frecuencia en investigación de servicios. La evaluación del coste-utilidad incluye factores tales como el entrenamiento y la preparación necesaria antes de usar el instrumento, el tiempo de administración y los requerimientos del análisis estadístico. Es importante considerar si la información adicional que se obtiene mediante el uso del instrumento justifica los costes y el tiempo al utilizar los mismos. Debe considerarse también la posibilidad de aumento de sesgos por

la inclusión de un instrumento adicional en una batería de evaluación, ya sea por fatiga del entrevistado y por el incremento en los errores de medida o de sesgos atribuibles a la redundancia (Salvador-Carulla, 1996).

La evaluación de servicios puede no diferir de muchas de las evaluaciones clínicas, y algunos de los parámetros de calidad usados en otras áreas podrían ser aplicables a este campo. Se pueden establecer varias reglas básicas teniendo en cuenta la construcción del cuestionario, sus objetivos, propiedades psicométricas, generalización y adecuación transcultural.

2.1. CONSTRUCCIÓN

El objetivo específico del instrumento debe explicarse con claridad en las instrucciones del manual. En muchas ocasiones es conveniente incluir un glosario de términos críticos que proporcionen definiciones operativas de forma clara y precisa. Esto evitará variaciones en la terminología (atribución de significados diferentes al mismo término). Es también importante que el manual del instrumento proporcione instrucciones claras acerca del tipo de administración (autoadministrada u otras), las características del informante (p.e. personal de enfermería, médicos, director, pacientes o familiares, población general), y el acuerdo en la cualificación y grado de experiencia requerido para el entrevistador.

El instrumento debe ser de fácil manejo, es decir, debe ser breve, simple, comprensible y aceptable a los informantes y evaluadores. Debe incluir también un adecuado sistema de codificación de respuestas (Salvador-Carulla, 1996).

La definición de cada ítem debe ser exhaustiva y mutuamente excluyente (criterios de Guilford) (Cfr. Bech y cols., 1993). Por otro lado, deben tenerse en cuenta una serie de factores tanto al formular las preguntas

y las alternativas de respuesta, como al ordenar el conjunto de ítems que componen la escala:

2.1.1. Comprensión

Es necesario adaptar el lenguaje y el tipo de formulación de las preguntas y respuestas al entorno sociocultural del área que se evalúa. Por otro lado, la traducción y adaptación de una escala previamente desarrollada en otro idioma y entorno cultural debe seguir una metodología específica (traducción conceptual).

2.1.2. Aceptabilidad social

Es fundamental que la información solicitada sea aceptable socialmente para el contexto en que se desenvuelve el evaluado. En el caso de evaluación de servicios, la desideratividad social es un tipo de sesgo potencial que puede alterar la validez de los resultados en las respuestas (Wittchen y Essau, 1990), y que debe tenerse en cuenta al formular las preguntas de determinados ítems. Así, el personal de un servicio determinado puede sesgar la información sobre el mismo en función de las atribuciones que efectúe sobre la ulterior utilización de dicha información por los gestores.

2.1.3. Prevención de sesgos en la cumplimentación

- La *aquiescencia* es la tendencia a responder afirmativamente a la pregunta. Se plantea la necesidad de alternar preguntas formuladas “en negativo” aunque este tipo de formulación puede disminuir la comprensión del entrevistado. Por ejemplo, ítems del tipo: “No he utilizado el servicio de urgencias en el periodo de referencia” = (V/F).
- El *error de tendencia central* se refiere a la reticencia a responder las alternativas extremas en un ítem, dando preferencia a las centrales.

Este problema afecta principalmente a las escalas analógico-verbales de tres o cinco alternativas (ej: Nada, Algo, Mucho).

- *Sesgo de lateralidad* que se relaciona con la tendencia a responder más a las alternativas situadas a la derecha o a la izquierda, lo que se incrementa cuando uno de los dos extremos contiene siempre las alternativas “deseables”, y puede evitarse alternando primero ítems con alternativas positivas a la izquierda y después ítems con alternativas positivas a la derecha.

Cuando se diseña una escala heteroadministrada (cumplimentada por el evaluador), deben tenerse en cuenta algunos sesgos específicos:

- El *efecto halo* se refiere a la tendencia a efectuar un juicio al inicio de la entrevista que condiciona la cumplimentación de los ítems siguientes.
- El *error lógico* se produce al juzgar que todos los ítems aparentemente relacionados deben puntuarse de forma similar.
- El *error de proximidad* conduce a puntuar de forma similar los ítems adyacentes.
- Otra fuente de error es la *varianza terminológica* que se relaciona con la atribución de un significado diferente a un mismo término. Este problema afecta a escalas de evaluación de servicios de ámbito internacional donde no existe un consenso con relación a determinados conceptos relacionados con los servicios (p.e. definición de hospital). Este sesgo puede obviarse incluyendo un glosario terminológico anexo a la escala de evaluación.

2.2. OBJETIVOS

El grado en que la información aportada por un instrumento se corresponda con los objetivos formulados en un estudio concreto, indicará el nivel de adecuación del instrumento. Su complejidad debe ser también adecuada a las hipótesis que van a estudiarse. El instrumento debería cubrir todas las dimensiones y dominios que van a ser evaluados o, en cualquier caso, ser lo suficientemente flexible para permitir el uso combinado con otros instrumentos en una batería compuesta. Por último, pero no menos importante, los beneficios de un instrumento dado deben compensar sus costes de utilización con relación a los objetivos de estudio.

2.3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Es importante revisar si el proceso de estandarización cumple un mínimo de requisitos. Como paso previo, debemos tener en cuenta el tamaño muestral utilizado en el estudio. No existe un acuerdo generalizado en el “tamaño de la muestra” requerida para validación de estudios (Bech y cols., 1993), y existe una gran variabilidad dependiendo de las características del instrumento y de las técnicas estadísticas requeridas. De hecho, cada parámetro de calidad psicométrica puede requerir muestras diferentes en cuanto a su composición y tamaño. Así, para evaluar la viabilidad, es necesario considerar no sólo a los sujetos del estudio, sino a un amplio abanico de usuarios, incluyendo clínicos, gestores, familiares y asociaciones de pacientes. En el caso del estudio de la fiabilidad es necesario contar con una muestra que incluya un nivel de variabilidad suficiente de la dimensión evaluada como para estimar los coeficientes de acuerdo. Por otro lado, para efectuar una estimación de la validez interna o consistencia a través de un análisis factorial exploratorio, o de la validez externa a través de un análisis factorial confirmatorio, se requieren tamaños muestrales más amplios que, por ejemplo, para la estimación de la fiabilidad test-retest. Así, el estudio de estandarización de una prueba puede requerir 200 unidades muestrales,

mientras algunas partes del mismo pueden efectuarse sobre muestras más reducidas.

Como regla general, a la hora de estudiar las propiedades psicométricas de una escala (donde los ítems se suman para lograr una puntuación total), deben incluirse en el instrumento 6 casos por cada ítem. En un inventario o listado, cada ítem puede considerarse como una entidad separada.

Por convención, en la estandarización de instrumentos se suelen utilizar muestras entre 60 y 110 sujetos. Esta estimación es difícilmente aplicable cuando las unidades de evaluación no son pacientes sino modalidades de atención, servicios, emplazamientos de salud, etc. ya que puede ser extremadamente difícil obtener una muestra suficiente en un entorno sociocultural similar (p.e. 30 hospitales de día) para efectuar el estudio de estandarización.

2.3.1. Viabilidad (factibilidad)

El estudio de la viabilidad de las escalas de evaluación se ha realizado hasta ahora de forma muy dispar. Se han utilizado medidas de evaluación de la viabilidad como el número de casos perdidos por ítem, la valoración del paciente sobre la relevancia y aceptabilidad del instrumento, índices de comprensión, tiempo de administración, deseabilidad social, facilidad en el uso y acuerdo con el juicio clínico por parte del personal (Ellis y cols., 1990; Zahner 1991; Wittchen y cols., 1991; Hollen 1994; Selai y Rosser, 1995; Augustin 1997; Essink-Bot 1997; Brugha y cols., 1999; Sutherby y cols., 1999). Sin embargo, hasta muy recientemente, no se ha abordado el estudio de la viabilidad de los cuestionarios de una forma sistemática. Ello determina una carencia de consenso en cuanto a los componentes a evaluar dentro de este parámetro y en cuanto a la propia definición de viabilidad. Según Slade y cols. (1999) *"La viabilidad de una evaluación indica en qué medida su uso es*

adecuado en la práctica de rutina y significativo en situaciones clínicas típicas, cuando se utiliza de forma específica y para un objetivo específico”.

Estos autores consideran una serie de parámetros clave que para la evaluación de la viabilidad: brevedad, simplicidad, relevancia, aceptabilidad, disponibilidad y el valor para el personal a que va dirigido.

Sin embargo, esta definición de viabilidad es restrictiva y se limita a instrumentos para evaluación de rutina clínica. La viabilidad es una dimensión importante también la evaluación de cuestionarios para investigación dirigida (Driven Outcome Assessment) (Salvador-Carulla, 1999).

Andrews y cols. (1994) aportan una definición de la viabilidad que permite una aplicación más operativa dentro del marco de la evaluación de servicios. El estudio de viabilidad de un instrumento se basa, según estos autores, en tres dimensiones que se definen de la siguiente forma:

a. Aplicabilidad

La aplicabilidad de una medida hace referencia al grado en que esa medida se orienta hacia las dimensiones de importancia para el consumidor, que es útil para los proveedores de servicios en la formulación y toma de decisiones y que permite la agregación de datos de forma significativa para llegar a los objetivos de la gestión de servicios.

b. Aceptabilidad

La aceptabilidad describe la facilidad con la que un usuario o un clínico puede utilizar una medida específica (user-friendliness-).

c. Practicabilidad

La practicabilidad se relaciona con el coste de implementación, entrenamiento requerido y complejidad de la puntuación a la hora de recoger e interpretar los datos (Andrews y cols., 1994).

En nuestro criterio, la viabilidad se puede definir como "aquello que tiene probabilidades de llevarse a cabo" (DRAE, 1992) y debe coincidir con las siguientes dimensiones adaptadas en parte de Andrews y cols. (1994) y Slade y cols. (1999):

a. Aplicabilidad

La aplicabilidad de una medida hace referencia al grado en que dicha medida aborda las dimensiones de importancia para el usuario o al grado en que es útil para la toma de decisiones sanitarias y que permite la agregación de datos de forma significativa para llegar a la planificación o la gestión de servicios.

Debe diferenciarse entre la aplicabilidad y la validez simple. La aplicabilidad se refiere a la opinión que, sobre la utilidad de la medida, tienen los usuarios de la misma y los receptores finales de la información. En este grupo se incluyen, desde los clínicos que puedan utilizarla en su actividad asistencial diaria, hasta los gestores pasando por familiares, asociaciones de usuarios, etc. La validez simple, sin embargo, se refiere a la opinión que sobre la veracidad de la medida tienen los expertos en el campo concreto de su aplicación.

La fuente más relevante en la evaluación de la aplicabilidad es el receptor final (p.e. en un cuestionario de evaluación de servicios, el gestor del área).

Este aspecto puede definirse como sigue:

¿La descripción es significativa para los receptores (p.e. autoridades locales, personal, pacientes/familia)?

b. Aceptabilidad

La aceptabilidad describe la facilidad con la que un usuario o un clínico puede utilizar una medida específica (user-friendliness-) ya sea en lo que respecta a la cumplimentación, codificación, manejo o interpretación de datos. De esta forma, el instrumento deberá permitir un uso claro y sencillo. La aceptabilidad puede mejorar en la medida que el instrumento cuente con un manual de instrucciones y un glosario de términos.

La aceptabilidad depende en gran medida de características de la construcción del cuestionario (lenguaje, simplicidad o complejidad, brevedad, etc.) y de los apoyos que faciliten su uso (manual de instrucciones, glosario). La cumplimentación puede depender también de la "aceptabilidad social".

Podemos diferenciar una serie de componentes de la aceptabilidad:

- Cumplimentación*, que debe valorarse con el entrevistado.
- Codificación*, a valorar por el entrevistador.
- Manejo de datos*, que se evaluará por el gestor de la base de datos.
- Interpretación de los datos*, a juzgar por el experto o el técnico encargado del estudio.

Cada uno de ellos puede evaluarse en función del tiempo empleado, el grado de dificultad y la resistencia. La valoración de la interpretación por parte del receptor de la información formaría parte de la aplicabilidad.

c. Practicabilidad

La practicabilidad puede definirse como el grado en que el instrumento puede aplicarse en la práctica. También se relaciona con el nivel de entrenamiento requerido para poder utilizar el instrumento. Andrews y cols. (1994) incluyen en este concepto aspectos abordados por nosotros bajo el epígrafe de "aceptabilidad"; de hecho, ambos conceptos pueden solaparse. Por otro lado, los autores también incluyen una valoración del coste-beneficio que nosotros consideramos bajo el epígrafe de "eficiencia".

d. Eficiencia

La eficiencia hace referencia a la utilidad del instrumento en función de su coste de implementación. Podría definirse como el coste de la utilización del cuestionario en entrenamiento, tipo de personal requerido, tiempo de pasación (o aplicabilidad mas practicabilidad) en función de los beneficios obtenidos para el propósito del estudio (adecuación y aplicabilidad).

2.3.2. Consistencia (validez interna)

La consistencia analiza la solidez psicométrica de una escala, su estructura interna y el nivel en que sus diferentes ítems se relacionan entre sí y la posibilidad de efectuar sumatorios para obtener puntuaciones totales. Algunos autores incluyen consistencia en la categoría de fiabilidad o en la de validez. Para evitar dicha confusión terminológica, nosotros diferenciamos entre validez o consistencia interna, fiabilidad externa y validez externa.

Los instrumentos que proporcionan sumatorios de puntuaciones totales deben demostrar su consistencia interna (p.e. a través de alfa de Cronbach). Algunos métodos estadísticos, tales como análisis factorial, proporcionan datos tanto de estructura interna de la escala como de su relación con modelos externos (Salvador-Carulla, 1996). Como la mayoría de los instrumentos de servicios no proporcionan puntuaciones totales, la importancia de este parámetro de calidad puede ser menor en esta área. Ejemplos de análisis de consistencia aparecen en la validación de instrumentos como el ASI (Addiction

Severity Index) (McLellan, 1992; González-Sáiz y cols., 1997) utilizando programas de adicción a drogas (McLelland, 1985).

2.3.3. Fiabilidad (fiabilidad externa)

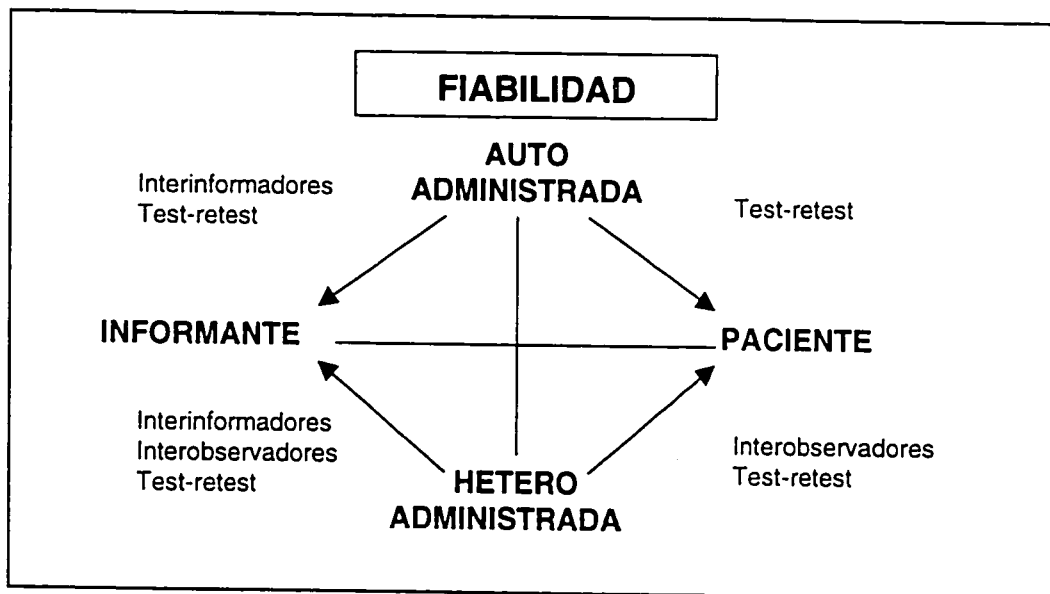
La fiabilidad indica el grado en que los resultados de una prueba son reproducibles. Este parámetro depende de la estabilidad de las medidas de la prueba, a pesar de los cambios en diferentes parámetros externos (es decir, no inherentes a la prueba). El estudio de la fiabilidad externa proporcionará información acerca de la reproducibilidad de los resultados de la prueba en diferentes situaciones.

McDowell (1987) ejemplifica la diferencia entre la validez y la fiabilidad con un excelente símil: un tirador tiene que aprender a acertar en el blanco y después a hacerlo de forma consistente. La validez vendría dada por el grado en que el disparo se acerca a la diana, y la fiabilidad por el grado de aproximación entre sí de una serie consecutiva de disparos. Algunos autores prefieren el término variabilidad para describir las diferencias entre resultados obtenidos en diferentes condiciones de evaluación (Hernández-Aguado y cols., 1990).

Un estudio de fiabilidad incluiría al menos un análisis del nivel de acuerdo obtenido cuando la misma muestra es evaluada bajo las mismas condiciones por dos evaluadores diferentes (fiabilidad inter-examinadores). También se ha denominado variabilidad interobservador (Hernández-Aguado y cols., 1990). Se ha señalado la importancia de contar con evaluadores con experiencia similar, en cuanto a formación y uso del instrumento de evaluación a analizar. Andersen (1989) señala otros factores, como la actitud ante las escalas de evaluación y el tipo de preferencia terapéutica, distinguiendo entre fiabilidad inter-observadores e intra-observadores.

La estabilidad de un test se obtiene cuando el mismo instrumento es evaluado por el mismo evaluador en diferentes momentos (fiabilidad test-retest o fiabilidad intra-observador).

Figura 1.1. Fiabilidad y escalas de evaluación (Salvador y Romero, Universidad de Cádiz)



Debido a las características de los servicios y las organizaciones de atención, este tipo de análisis puede descartarse excepto para auditar y asegurar la calidad de los instrumentos cuando la evaluación longitudinal es relevante. La fiabilidad inter-informador puede ser evaluada a diferentes niveles. El personal y los pacientes pueden proporcionar diferentes respuestas a la misma cuestión. Dos miembros del personal pueden también proporcionar diferentes respuestas. Además, dependiendo de las posibilidades de las fuentes de información, algunos cuestionarios pueden requerir también datos de fiabilidad inter-informante.

El índice estadístico usado para evaluar la concordancia depende de las características de las variables a evaluar. En el caso de variables dicotómicas o binarias, la concordancia ítem a ítem puede analizarse usando el porcentaje de acuerdo y el kappa no ponderado (Kramer y Feinstein, 1981). El coeficiente

de concordancia kappa nos informa del nivel de acuerdo obtenido, una vez descartado el acuerdo atribuible al azar. Esta medida es más fiable que un simple porcentaje de acuerdo. Sin embargo, el mismo valor kappa puede ser el resultado de diferentes patrones de respuesta, y el kappa no puede calcularse cuando el acuerdo entre dos puntuaciones excede el 95% o la puntuación base es cercana a 0 ó 1. Cuando hay un amplio rango de puntuaciones base del ítem, la Y de Yule se ha propuesto como una alternativa para variables dicotómicas, porque es relativamente independiente de la puntuación base. Estos estadísticos aparecen junto con el kappa en algunos estudios (Hoffmann & Ninonuevo, 1994). Es también conveniente hacer constar la frecuencia de aparición de cada ítem y su porcentaje de acuerdo (Costello, 1994), así como el intervalo de confianza (CI). Feinstein (1985) propone la siguiente tabla para analizar los resultados kappa:

Tabla I.8. Correspondencia de valores kappa con nivel de acuerdo (Feinstein, 1985)

Valor Kappa	Nivel de acuerdo
<0	pobre
0-20	bajo
.21-.40	leve
.41-.60	moderado
.61-.80	fuerte
.81-1.0	casí perfecto

En el caso de variables ordinales, el análisis de la concordancia ítem a ítem puede llevarnos al uso del porcentaje de acuerdo ponderado y kappa ponderado (kw) (Kramer y Feinstein, 1981).

Existen dos análisis estadísticos alternativos con relación al acuerdo inter-observador en función de las características del estudio. Cichetti y cols. (1997) proponen un nuevo método para evaluar el acuerdo interexaminador de múltiples observadores sobre un único sujeto. Este método proporciona un

acuerdo global de acuerdo interexaminador e índices de acuerdo separados para cada evaluador. El uso de este tipo de diseño es útil para la detección de áreas de baja consistencia e identificación de evaluadores que discrepan del conjunto, y deben aplicarse antes de iniciar ensayos clínicos. La ventaja de este diseño radica en su alta eficiencia y puede ser útil en el campo de instrumentos de evaluación de servicios. Por otro lado, Byrt y cols. (1993) plantea el uso de un estadístico kappa corregido por la prevalencia y el sesgo ante una insuficiente variabilidad o frecuencia de ítems por un número bajo de unidades muestrales.

El método de análisis de la concordancia de las puntuaciones globales de un test es controvertido. Habitualmente se utilizan los coeficientes de correlación para analizar el grado de acuerdo. Dichos coeficientes no deberían ser utilizados para analizar la concordancia entre dos evaluaciones: la tendencia puede ser perfecta, con un coeficiente de correlación de 1, y las medidas obtenidas en un laboratorio ser exactamente el doble o exactamente 10 unidades más altas que las correspondientes medidas obtenidas en otro laboratorio, con lo que la concordancia obtenida entre ambos laboratorios sería inexistente (Feinstein, 1985). En medidas cuantitativas continuas se pueden utilizar diversos métodos de cálculo del coeficiente de correlación intraclase (ICC) (Bartko y Carpenter, 1976). Bech y cols (1993) han planteado también la utilización del ICC para la evaluación de la fiabilidad test-retest cuando las medidas se recogen por evaluadores diferentes, aunque se trata de una aplicación discutible.

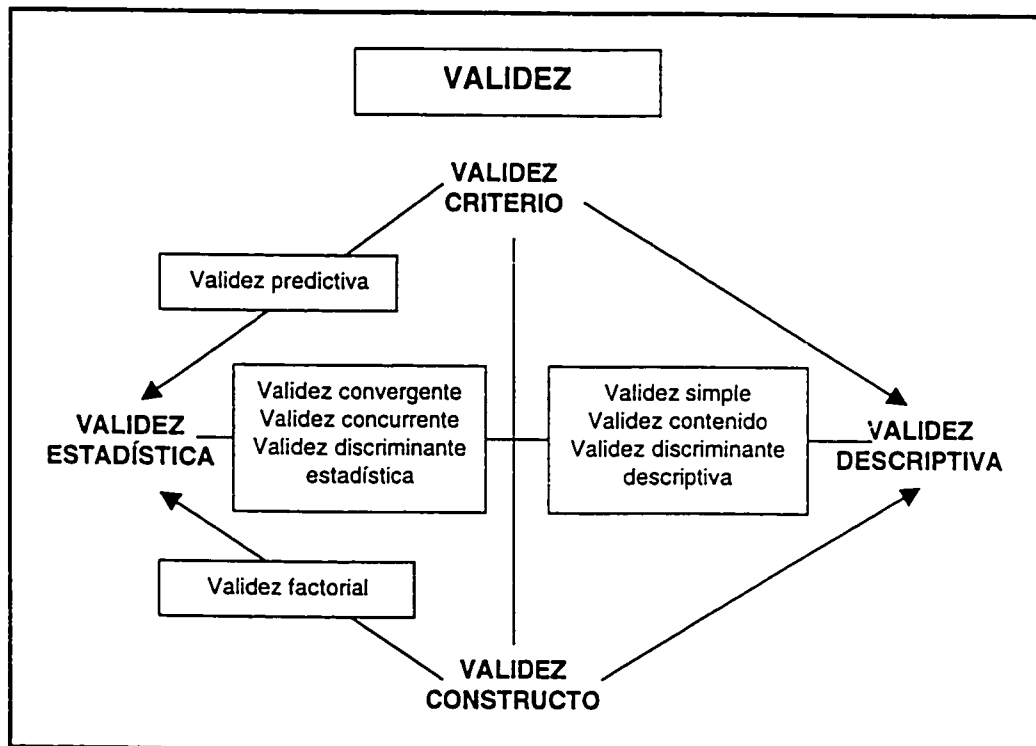
La importancia de efectuar análisis de fiabilidad de instrumentos de evaluación de servicios viene demostrada por estudios como el de Ruud y cols. (1996) sobre la International Classification on Mental Health Care (ICMHC) (De Jong, 1996).

2.3.4. Validez

La validez indica qué proporción de la información recogida es relevante a la cuestión formulada y se define por el grado en que el instrumento mide aquello que realmente pretende medir. La validez se demuestra cuando la medida predice un criterio (validez de criterio), o se ajusta de forma consistente con una serie de constructos relacionados en una teoría aceptada (validez de constructo), en el caso de que no exista un criterio externo que sirva de "patrón oro" (Thiemann, 1987).

Existen múltiples formas de validez, con la agravante de que algunos autores utilizan un mismo término para definir conceptos diferentes. Las 6 formas principales de validez pueden distribuirse en dos ejes (figura I.2):

Figura I.2. Tipos de validez (Salvador y Romero, Universidad de Cádiz)



-Presencia o ausencia de patrón-oro para la dimensión evaluada (validez de criterio versus validez de constructo),

-Aplicación de técnicas matemáticas para su cálculo o la ausencia de éstas (validez estadística versus validez descriptiva).

Así, un tipo determinado de validez puede ser considerado de criterio o de constructo dependiendo de la dimensión evaluada. La validez concurrente de una escala para evaluación de servicios formará parte de la validez de criterio, mientras que la validez concurrente de una escala de calidad de vida, para la que no existe patrón oro, se considerará como parte de su validez de constructo. De igual forma, la estimación de la validez discriminante puede ser meramente descriptiva o puede efectuarse a través de un procedimiento estadístico.

La ausencia de este marco conceptual de dos ejes ha llevado a notables confusiones en la definición y la clasificación de las diferentes formas de validez. Por ejemplo, algunos autores (Strang y cols., 1989; Martínez Arias, 1995) incluyen la validez concurrente y predictiva dentro de las formas de validez de criterio, mientras que otros lo hacen dentro de la validez de constructo (Thompson, 1989). De hecho, la mayoría de atributos psicológicos y procesos mentales son parámetros intangibles que no pueden medirse directamente como el peso o la altura, y que deben considerarse como constructos hipotéticos. Sin embargo, se acepta que muchos constructos psiquiátricos están próximos al criterio (p.ej. síntomas somáticos de depresión, anhedonia), mientras otros no pueden ser contrastados con un patrón-oro (p.e. calidad de vida, integración social).

Teniendo en cuenta las consideraciones y las salvedades antes señaladas, los principales tipos de validez de un instrumento de evaluación son:

a. Validez simple (face validity)

Se trata de un tipo de validez descriptiva de criterio que refleja lo que los expertos consideran como medidas significativas o evaluación subjetiva

del investigador acerca de la presentación y relevancia del cuestionario (Martínez-Arias, 1995). Se formula de la siguiente forma:

Según el experto, *¿la información aportada por el instrumento es relevante y precisa con respecto al dominio evaluado?*

La validez simple y la aplicabilidad son términos que se superponen, sin embargo, la validez simple puede reflejar la opinión de los investigadores mientras que la aplicabilidad se refiere a la opinión de un amplio espectro de usuarios, desde la plantilla hasta los responsables de la toma de decisiones.

b. *Validez de contenido*

Define el grado en que el conjunto de ítems del test representa adecuadamente un dominio o dimensión previamente definido. Hace referencia al juicio acerca de si el contenido del instrumento presenta una forma lógica de examinar y si recoge de una forma global todos los objetivos de las características que se pretenden evaluar (Martínez-Arias, 1995). Según Thompson (1989) este tipo de validez también es descriptivo y no puede analizarse mediante técnicas estadísticas.

c. *Validez discriminante*

Esta se refiere al grado en que un instrumento mide aquellos rasgos propios de un dominio determinado y no otros, y al grado en que los rasgos de dominios diferentes no son incluidos dentro del dominio examinado por el instrumento (validez discriminante de inclusión y de exclusión). La validez discriminante puede ser evaluada de forma descriptiva o mediante procedimientos estadísticos.

d. Validez convergente

Esta se refiere a la evaluación de un rasgo determinado del dominio mediante dos métodos diferentes (p.ej. evaluación de la depresión mediante una escala de evaluación y un test biológico). Este término también ha sido utilizado para denominar al uso de dos instrumentos de evaluación que cubren dimensiones diferentes para describir una tercera (p.ej uso de escalas clínicas y de funcionamiento para estudiar la validez de una escala de calidad de vida) (Whynes & Neilson, 1993).

e. Validez concurrente

Se trata de un tipo de validez estadística que nos da una medida de la asociación de las puntuaciones en los distintos ítems y en las puntuaciones globales con otras escalas de referencia, con un propósito y contenido equivalente. Generalmente se limita al estudio de la correlación entre puntuaciones. Czobor (1991) sugiere la utilización del análisis canónico de componentes (Canonical component analysis). Este método puede considerarse como una extensión del análisis factorial para dos grupos de variables.

La validez concurrente o divergente de instrumentos de evaluación de servicios puede explorarse siempre que esté disponible un instrumento de referencia que evalúe un dominio cerrado o similar. Un ejemplo de validez concurrente de instrumentos de servicios aparece en la comparación entre puntuaciones del ICMHC y del CPPS (Ruud y cols., 1996) para la evaluación de módulos de atención en salud mental; o el OTI (Opiate Treatment Index, Darke y cols., 1991) o el ASI para evaluación de programas de dependencia a drogas (Gonzalez y cols., unpublished report).

f. *Validez predictiva*

La validez predictiva de observación se refiere a la probabilidad de la escala de dar un juicio correcto sobre el fenómeno observado. El análisis de Bayes permite conocer la validez predictiva de un test, su utilidad y su comparabilidad, a partir del análisis de la distribución de los “casos” y “no casos” en una población dada y de su relación con los resultados obtenidos en el test estudiado (positivos y negativos). Una tabla de contingencia de 2x2 expresa esta relación en Verdaderos Positivos (VP), Verdaderos Negativos (VN), falsos positivos (FP) y falsos negativos (FN). En la tabla 1.9 se definen los coeficientes de validez predictiva obtenidos a partir de la tabla de contingencia: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. La sensibilidad (x) corresponde a la tasa de verdaderos positivos, y viene definida como la tasa de resultados positivos correctos en el test con relación al total de casos verdaderos en la población evaluada ($VP/VP+VN$). La especificidad (y) corresponde a la tasa de verdaderos negativos en el test entre todos los no-casos ($VN/VN+FN$). Otras medidas relacionadas con las anteriores son la tasa de falsos positivos (1-y), la tasa de falsos negativos (1-x) y el índice de Youden ($x+y-1$).

El valor predictivo positivo (PPP) corresponde al cociente de resultador positivos verdaderos con respecto al total de positivos ($VP/VP+FP$); y el valor predictivo negativo (NPP) corresponde al total de verdaderos negativos con respecto al total de negativos ($VN/VN+FN$). Es importante tener en cuenta la prevalencia del criterio de referencia en la población evaluada, ya que las tasas de prevalencia por encima o por debajo del 50% alterarán los valores VPP y VPN. Baldessarini (1988) proporciona un claro ejemplo de la influencia de estas variaciones.

Tabla I.9.- Análisis de Bayes y parámetros de validez predictiva.

(modificado por Baldessarini y cols., 1988)

A. Prevalencia: 50% (p= 0.5)

Criterio de referencia (p.e. diagnóstico - Dx)

		Presente (p)	Ausente (1-p)
Resultado	(+)	VP (a)	FP (b)
del test	(-)	FN (c)	VN (d)

Parámetro	Definición	Fórmula	Símbolo
Sensibilidad	VP/Todos Dx	$a/(a+c)$	x
Especificidad	VN/Todos no Dx	$d/(b+d)$	y
Tasa Falsos Pos.	FP/Todos no Dx	$b/(b+d)$	1 - y
Tasa Falsos Neg.	FN/Todos Dx	$c/(a+c)$	1 - x
Eficiencia	VP+VN/Todos suj.	$(a+d)/N$	Ef
Valor Predictivo Pos.	VP/VP+FP	$a/(a+b)$	VPP
Valor Predictivo Neg.	VN/VN+FN	$d/(c+d)$	VPN
Cociente de Error	Resultados falsos/NF	$(b+c)/c$	EE
Prevalencia	Todos Dx/Todos suj.	$(a+c)/N$	p
Tasa de positivos	Todos no b/Todos suj.	$(b+d)/N$	1-p
Indice de Youden		$x + y - 1$	YI
Odds ratio		$p/(1-p)$	

B. Tasa de prevalencia diferente de 50% (p ≠ 0.5)

Criterio de referencia (p.e. diagnóstico - Dx)

		Presente (p)	Ausente (1 - p)
Resultado	(+)	(p) (x)	(1-p) (1-y)
del test	(-)	(p) (1 - x)	(1 - p) (y)

Parámetro	Fórmula	Símbolo
Valor Predict. Pos.	$[(p) (x) + (1-p) (1-y)]$	VPP
Valor Predict. Neg.	$[1-(1-p)(y)] / [1-(1-p)(y) + (p)(1-x)]$	VPN

C. Ejemplos de efectos de prevalencia en el poder predictivo

Medida	Investigador	Especialista	Cribaje
Prevalencia	50%	10%	1%
Sensibilidad	0.7	0.7	0.7
Especificidad	0.95	0.95	0.85
Valo. Pre. Pos.	0.8	0.6	0.12
Valor Predict. Neg.	0.76	0.97	1.0

Otros parámetros que pueden obtenerse a través de la aplicación del teorema de Bayes son la razón predictiva positiva y negativa, la proporción de mal clasificados, la eficiencia (proporción de casos bien clasificados en relación al total de evaluados), el sesgo (cociente entre los evaluados considerados como positivos y negativos) y el rendimiento (casos no detectados por el test en relación al total de casos).

Estos coeficientes nos permiten ajustar el punto de corte con respecto al objetivo del estudio. Si se pretende hacer un estudio de muestreo en dos fases, buscaremos aquel punto de corte que nos permita captar el máximo número de casos aunque entre ellos se incluyan falsos positivos (especificidad aceptable con una sensibilidad óptima). Si por el contrario pretendemos conocer la morbilidad probable en una población a través de la puntuación en el test, seleccionaremos aquel punto de corte que nos permita descartar el mayor número de “no casos”, aunque ello determine la pérdida de algunos falsos negativos (sensibilidad aceptable con una especificidad óptima).

De forma alternativa, el punto de corte idóneo de un test se puede calcular a partir del análisis ROC (Receiver Operating Characteristics) (Strang y cols., 1989). Esta técnica fue desarrollada en los años 60 para evaluar la capacidad de discriminación de señales de los controladores de radar. Primero se obtiene una representación gráfica de la tasa de verdaderos positivos (sensibilidad) y la tasa de falsos positivos (1-especificidad) para cada punto de corte. El cálculo del área bajo la curva resultante nos indica la capacidad discriminante del test a través de todo el espectro de morbilidad. Cuando la capacidad discriminante es igual a la obtenida aleatoriamente se obtiene una línea diagonal cuya área inferior es de 0.5 (sensibilidad igual a la tasa de falsos positivos). Un test ideal produciría un 100% de verdaderos positivos antes de admitir un solo falso negativo, por lo que el área bajo la curva obtenida sería de 1.0. En la práctica las áreas bajo la curva oscilan entre 0.5 y 1.0, y permiten una representación gráfica de la capacidad discriminante

de diferentes test para una misma dimensión, siendo el mejor aquel que se corresponda con una curva más alejada de la diagonal (Cfr. Thompson, 1989).

Se denominan “asimétricos” o “excéntricos” aquellos tests en los que las desviaciones estándar para los “verdaderos positivos” son muy diferentes de las de los “falsos negativos”. En estos casos puede ser necesaria la utilización de dos puntos de corte para diferenciar a los sujetos “positivos” y “negativos” en el test. Somoza (1996), propone una nueva definición de sensibilidad y especificidad que tiene en cuenta la existencia de instrumentos de evaluación asimétricos, y demuestra las propiedades de los mismos mediante una aplicación del análisis ROC.

g. Validez factorial (dimensional)

Cuando la validez de constructo no se refiere a una entidad nosológica sino a un instrumento de evaluación, se plantea en ocasiones el uso de análisis factorial exploratorio como un método de validez de constructo cuando, de hecho, se trata de técnicas sofisticadas para análisis de su estructura interna o. consistencia. Las técnicas factoriales pueden utilizarse para corregir los sesgos en la estimación de la validez predictiva de un test autoadministrado atribuibles a un error en el criterio de referencia.

Existe, por otro lado, un grupo de técnicas de análisis factorial confirmatorio, en las que el investigador trata de verificar una hipótesis explícita que actúa como “criterio” externo. Entre éstas se incluyen diversos modelos de ecuaciones estructurales (maximum likelihood, generalized and unweighted least squares) que se incluyen en el programa informático LISREL (Jöreskog & Sörbom, 1993). Un programa similar (LISCOMP), se ha utilizado para evaluar la dimensionalidad de los criterios de dependencia y abuso del alcohol en los sistemas ICD-10 y DSM-IV (Muthen y cols., 1993i; 1993ii).

2.4. OTROS PARÁMETROS DE CALIDAD PARA EVALUACIÓN DE UN INSTRUMENTO

Además de confirmar su consistencia, fiabilidad y validez, puede ser necesario descartar la posibilidad de que el instrumento sea redundante, y sensible al cambio, si se va a evaluar la respuesta al tratamiento.

2.4.1. Redundancia externa

Generalmente, la redundancia o el solapamiento de ítems en un instrumento se evalúa únicamente cuando la escala se construye por sí misma (redundancia interna). Sin embargo, es también importante investigar la posible redundancia de puntuaciones totales e ítems con otros cuestionarios similares (redundancia externa) (van der Wollenberg, 1977). Este parámetro no es equivalente a la asociación obtenida en la validez concurrente (p.e. en casos multivariantes, es posible encontrar redundancia cercana a cero incluso cuando pueda haber un perfecto ajuste entre las dos pruebas (Czobor, 1991)).

El uso de escalas equivalentes con ítems redundantes en poblaciones similares no aumenta la cantidad de información obtenida. Sin embargo, aumenta la posibilidad de cometer errores (debido a la fatiga, transcripción de errores, etc.), aumentan los errores estadísticos tipo I y II, y disminuye el coste-utilidad de la administración de pruebas (Thiemann y cols., 1987; Czobor y cols., 1991). Para Thiemann y cols. (1987), en cierta medida, la redundancia viene a equivaler a la “fiabilidad” inter-test de la prueba. De hecho, la redundancia también puede evaluarse mediante el acuerdo Kappa entre los ítems (Kibel y cols., 1993; Fenton y McGlashan, 1992)

2.4.2. Sensibilidad al cambio

La sensibilidad al cambio puede analizarse con estudios de correlación y a través del análisis de componentes principales como línea base y después de un período de evaluación (p.e. después del tratamiento), comparando la

estructura del factor en ambos momentos. Este parámetro puede ser menos relevante para evaluación de servicios estándar, pero es extremadamente importante para auditar, asegurar la calidad y temas relacionados.

2.5. TRANSFERABILIDAD Y GENERALIZACIÓN DE RESULTADOS

Además de los temas metodológicos para validación y generalización de resultados, es importante saber si los datos de propiedades psicométricas del instrumento proceden de diferentes fuentes además de los autores originales, si el instrumento ha sido ampliamente usado y probado en diferentes ambientes relacionados con el dominio que está siendo evaluado. Un aspecto relacionado con la generalización y transferabilidad es el de la equivalencia transcultural.

2.6 CRITERIOS DE UTILIZACION TRANSCULTURAL

La utilización de un cuestionario en culturas diferentes requiere de una serie de estudios de evaluación. Dicha utilización conlleva una serie de problemas hasta el punto de que algunos autores creen necesario abordar este aspecto ya en la propia construcción del cuestionario. Ello es poco factible, por lo que deben usarse otras alternativas.

2.6.1. Equivalencia Transcultural

No existe consenso en cuanto a las pruebas psicométricas requeridas para que un instrumento de evaluación pueda ser usado en diferentes culturas. Algunos autores consideran que un instrumento debería atravesar todo el proceso analítico de nuevo. Sin embargo, esto suele ser demasiado caro. La necesidad de evaluar de nuevo la fiabilidad es evidente (Wittchen y cols., 1991) así como su validez (casos de instrumentos de cribaje cuyo punto de

corte para detección está establecido). La necesidad de un análisis exhaustivo de consistencia interna es cuestionable.

Aparte de estas técnicas, el uso del mismo cuestionario en diferentes culturas implica una serie de problemas extremadamente complejos, siendo dos de los más importantes los niveles de equivalencia y sistemas de traducción:

Flaherty (1988) ha propuesto 5 niveles de equivalencia:

- a. *Equivalencia de contenido*: El contenido de cada ítem del instrumento es relevante al fenómeno evaluado en cada cultura
- b. *Equivalencia sintáctica*: El significado de cada ítem permanece inalterado al ser traducido al lenguaje normal (oral y escrito) de cada cultura. Aquí se dan diversas fuentes de variación (palabras, coloquialismos, tipo de registro)
- c. *Equivalencia técnica*: el método de evaluación (p.ej. papel y lápiz o entrevista) es comparable en cada cultura en relación a los datos que se recogen.
- d. *Equivalencia de criterio*: La interpretación de la medida de la variable permanece igual cuando se compara con la norma de cada cultura estudiada.
- e. *Equivalencia conceptual*: El instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura. A veces la traducción de las palabras concretas puede aproximarse mucho al original a la vez que existe una diferencia notable a nivel conceptual con el texto original

2.6.2. Sistemas de traducción

El sistema de traducción más difundido es el de la retrotraducción (back-translation). Este sistema se diferencia de la traducción directa en que, tras ser traducido por uno o varios traductores, el test es (retrotraducido) por un traductor independiente del primero. Así las dos versiones pueden ser comparadas en el idioma original. Este sistema, sin embargo, dista de ser ideal, y sus resultados pueden ser muy poco satisfactorios en lo referente a la equivalencia conceptual (Brislin, 1970). En el campo de la salud mental se ha intentado complementar este sistema con otras técnicas que permitan convertir una traducción meramente lingüística en una traducción conceptual, como las técnicas de pretest y de traducción conceptual por paneles. Existen dos casos recientes de traducción conceptual por paneles que ilustran esta metodología: la traducción española del SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, WHO, 1992) (Vázquez-Barquero, 1993), y el proyecto internacional de diagnóstico y clasificación de la OMS y el Instituto de Salud de EEUU (WHO/NHI) (Room y cols., 1996).

La traducción conceptual prima la equivalencia de concepto sobre la sintáctica, con el fin de conservar la esencia de la experiencia evaluada en el segundo idioma. La preparación de estas versiones es mucho más compleja que la señalada anteriormente.

Primero se efectúa una traducción literal, después dos grupos independientes efectúan una traducción conceptual sobre la primera. A continuación estas traducciones se revisan por un nuevo panel para detectar términos conflictivos y conceptos problemáticos y facilitar un consenso entre los grupos de acuerdo con la realidad del entorno conceptual en el que se debe emplear el instrumento. Esta versión se retraduce al idioma original y finalmente el coordinador del proyecto juzga la equivalencia conceptual de cada ítem (tabla I.10).

Tabla 1.10.- Pasos de la traducción transcultural del CIDI y el SCAN en el proyecto conjunto WHO/NIH (Room y cols., 1996)

1. La traducción de los ítems en el otro idioma se prepara por uno o más hablantes nativos del idioma meta.
2. La versión traducida se discute por un grupo bilingüe de expertos para identificar áreas conflictivas y acordar los temas que se deben abordar en las discusiones de los grupos monolingües.
3. El grupo bilingüe discute con los grupos monolingües aspectos de la versión traducida.
4. Después de revisar la traducción, los líderes de los grupos monolingües indican al grupo bilingüe si la traducción es comprensible, si encuentran obstáculos culturales para la respuesta a las preguntas, o si existen problemas relacionados con síntomas específicos que deban incluirse en las preguntas del CIDI/SCAN.
5. El grupo de expertos bilingües discute estos informes y decide si existen problemas sustanciales que aconsejen una segunda revisión de la traducción por parte de los grupos monolingües.
6. Retrotraducción por un tercer sujeto no relacionado con la salud mental.
7. Preparación de un informe por parte del grupo bilingüe en el que se especifican las áreas que requieren un análisis en detalle. Discusión de los resultados de cada componente del estudio y conclusiones para el informe final.

La necesidad de una estandarización transcultural de instrumentos de evaluación de servicios está ejemplificada en la estandarización del ICMHC (Torres y cols., 1997). El equipo que llevó a cabo esta tarea tenía experiencia en este tema. Problemas similares a estos encontrados con instrumentos clínicos (escalas de puntuación, entrevistas estructuradas), aparecieron en la traducción conceptual de dichos instrumentos. Aparecieron importantes diferencias entre ambas traducciones, incluso con significados opuestos en algunas ocasiones. Se comentaron y discutieron con los autores los términos conflictivos y preguntas no claras.

Podemos decir que el uso de instrumentos de evaluación está bien establecido en diferentes áreas de salud mental, desde la epidemiología clínica hasta estudios farmacológicos (el propósito para el que muchos seguimientos de escalas clínicas fueron desarrolladas). Sin embargo, dado su

número, diversidad y su continuo desarrollo, es cada vez más necesario contar con inventarios informatizados y sistemáticos que permitan una orientación clara al clínico y al investigador sobre las mismas.

Una recomendación para la valoración y selección de tales instrumentos podría estar basada en los siguientes parámetros: construcción, objetivo, propiedades psicométricas, generalización, y equivalencia transcultural (Salvador y cols., en prensa). La evaluación cuidadosa de la fiabilidad inter-observador del instrumento, la validez de criterio y concurrente, es importante antes de su utilización e investigación así como en la rutina clínica. Antes de seleccionar un conjunto adecuado de procedimientos de validez, no sólo de dominios, sino también de todos los ítems incluidos en un instrumento de atención a la salud, debería evaluarse cuidadosamente en términos de su calidad psicométrica (p.e. disponibilidad de un patrón oro) y tipo de puntuación. Por último, es necesario considerar los aspectos de coste-efectividad en la selección de un instrumento, así como su relación con otros instrumentos usados en el estudio (redundancia). Debería realizarse una adecuada adaptación y estandarización en cada diferente grupo cultural.

3. MARCO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACION DE SERVICIOS

No es posible plantear sistemas de clasificación y descripción de servicios socio-sanitarios sin partir de un marco conceptual. En las últimas décadas se ha producido un importante aumento en la literatura sobre el marco conceptual y los modelos aplicables a la evaluación de servicios socio-sanitarios (ESS). Para efectuar una revisión de la misma, debe distinguirse entre aquellos modelos encaminados a sistematizar y describir los servicios socio-sanitarios en sí mismos (Modelos de Servicios), y aquellos otros que se refieren explícitamente a la formalización del proceso de evaluación en este campo (Modelos aplicados a la evaluación de servicios).

3.1. MODELOS DE SISTEMATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS (MODELOS DE SERVICIOS)

Estos modelos exponen, con un rango variable de detalle, los componentes básicos del sistema socio-sanitario o sus niveles de estructura y funcionamiento. Es evidente que dicha sistematización constituye un paso previo ineludible para una ulterior evaluación de los servicios.

Debe diferenciarse entre la descripción formal de sistemas de salud y la de programas o intervenciones. Esta distinción no siempre es fácil ya que un sistema puede constituirse como un programa cuando éste se diseña y opera en función de objetivos (por ejemplo programas dirigidos a la planificación, la intervención, estructurales u organizativos).

Algunos modelos del sistema de salud describen las diferentes partes del sistema (p.e. situación e interacción de gestores, personal, usuarios), sus componentes (p.e servicios hospitalarios, comunitarios, etc.) o su localización geográfica. Otros se centran en la descripción de los componentes dinámicos de la atención al usuario (p.e. recursos, proceso y resultados).

Hemos considerado que una revisión de modelos de servicios operativa podría seguir el siguiente esquema:

- Modelos basados en el proceso de atención
- Modelos basados en la perspectiva de la atención
- Modelos basados en el contexto de la atención
- Modelos de atención integrados

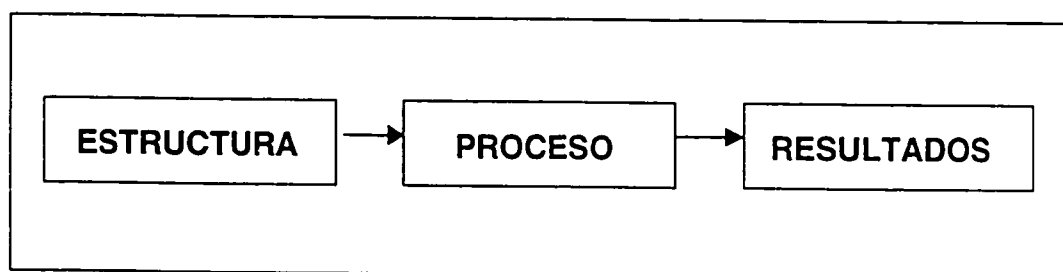
3.1.1. Modelos basados en el proceso de atención

Los primeros trabajos de sistematización se centraron en la descripción de los componentes básicos del sistema, así como en su interacción.

3.1.1.1. Modelo de Donabedian

La ESS está basada principalmente en el modelo de Donabedian. Partiendo del modelo de producción de teorías económicas como la teoría del bienestar (recursos-proceso-productos), este autor sugirió que la atención sanitaria “puede dividirse en varios componentes cada uno de los cuales puede ser evaluado en términos de la contribución a la maximización del bienestar de las personas” (Donabedian, 1980). Los tres componentes principales del modelo de Donabedian (Figura I.3) son la estructura de la atención, el proceso de atención, y los resultados de la atención (Donabedian, 1980):

Figura. I.3. Modelo de Donabedian (1980)



-Estructura. Hace referencia a los recursos humanos, financieros y físicos.

-Proceso. Recoge las actividades diagnósticas, terapéuticas, preventivas o rehabilitadoras que se realizan en los servicios de salud

-Resultados. Los resultados dan cuenta de los efectos de las actividades de ámbito individual o colectivo.

Este esquema, debido a su sencillez y carácter pedagógico ha sido aceptado por la mayoría de los autores como punto de partida. Sin embargo, en dicha simplicidad radican también algunos de sus problemas.

En cierto modo, Donabedian intenta establecer una “fotografía” de un proceso dinámico con el fin de facilitar su evaluación.

Aparicio (1993) critica su falta de referencia al contexto en el que se encardinarían los tres componentes (estructura, proceso y resultados).

Considera que su utilización del término estructura es muy amplia y por eso contiene elementos que corresponderían al contexto. Así afirma que “más que hablar de cada uno de los niveles como si se trataran de departamentos estancos, habría que centrarse en la relación entre estructura y procesos con resultados”.

Como iremos viendo a lo largo de la exposición, existe un solapamiento considerable entre los distintos conceptos aquí definidos que no constituyen categorías aisladas y excluyentes sino dominios dentro de un marco dimensional sumamente complejo.

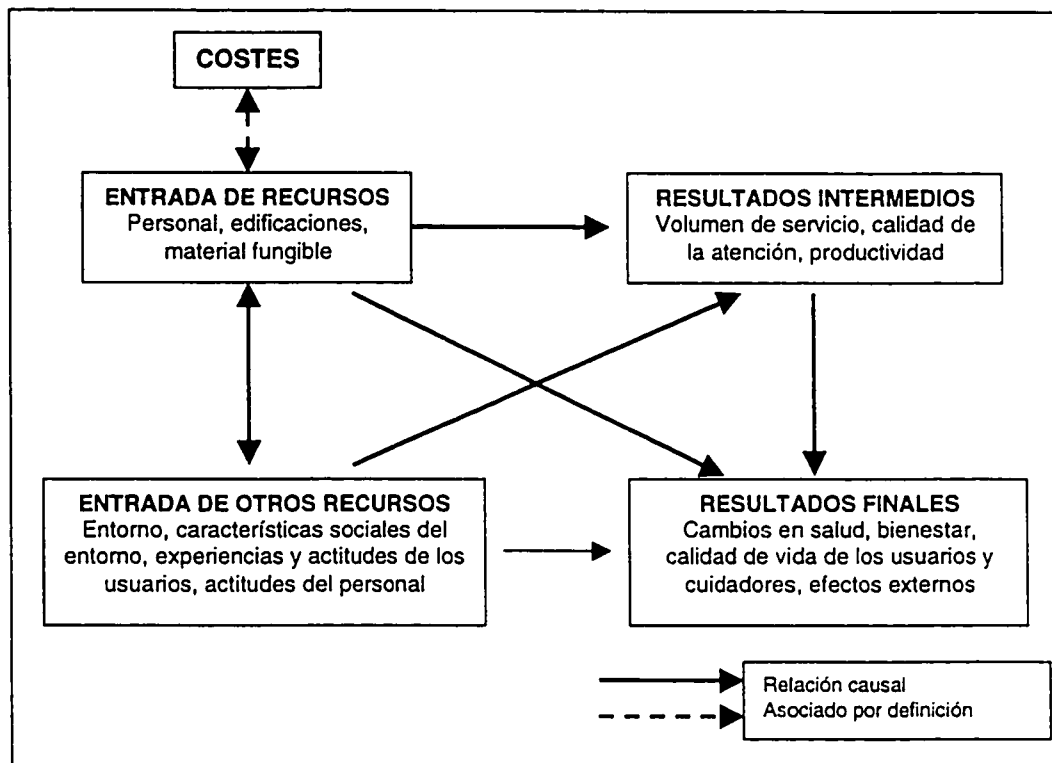
Así, el componente de entrada en el circuito o proceso asistencial de Donabedian (la estructura), se confunde en parte con algunos componentes del contexto ya que no toda la estructura se utiliza como recurso o insumo (input) en el proceso de producción. Igualmente, es difícil diferenciar algunos elementos de la estructura de aquellos incluidos en el proceso.

Existen múltiples desarrollos del modelo de Donabedian:

3.1.1.2. Algunos tratan de simplificarlo. Así, *Holland* (1983) propone un modelo reducido de dos niveles (proceso y resultados) ya que incluye la estructura dentro de los procesos, dada la dificultad de distinguir categorías operativas bien diferenciadas en estos dos apartados.

3.1.1.3. Otros efectúan un desarrollo más extenso que facilite la identificación de los distintos componentes del sistema de salud. Así, *Knapp* (1995) identifica cuatro componentes fundamentales del “modelo de producción de bienestar” (Figura 1.4):

Figura I.4. Modelo de producción de bienestar (Knapp, 1995)



- *Entrada de recursos*: incluye el trabajo, y los edificios y equipos (capital) que constituyen un servicios de salud mental. Es semejante a la cuantificación del componente estructural de Donabedian resumido en términos monetarios.
- La *entrada de otros recursos* incluirá las características sociales del entorno así como las características, experiencias y actitudes de los principales actores del sistema, tanto personal como usuarios.
- Los *resultados intermedios* son el volumen de servicios producidos, calidad de la atención y productividad que, junto con la entrada de otros recursos, constituyen parte del domino de proceso en el modelo de Donabedian.
- De la misma forma que con este modelo, los *resultados finales* recogen las valoraciones definitivas de la efectividad y calidad de la atención.

En el modelo de Knapp (1995), falta una alusión al contexto en el que se produce el proceso asistencial, así como a las relaciones que puedan efectuarse entre sus elementos.

3.1.2. Modelos basados en la perspectiva de la atención

Incluimos en esta categoría el modelo de Felton (1997) que se centra en las diferentes perspectivas implicadas en el proceso de producción de la atención. Felton (1997) destaca que su gran importancia estriba en la conexión que establece con los resultados del propio sistema de atención. Presenta un ejemplo de los 4 grupos de actores o perspectivas clave implicadas en la atención (tabla I.11):

Tabla I.11: Figuras clave en la atención a la salud (Felton, 1997)

Compradores	gobierno, financieras
Proveedores	compañías hospitalarias, compañías de servicios comunitarios
Distribuidores	industria farmacéutica, distribuidores de productos de salud general
Pacientes	individuos, grupos de asesoramiento a pacientes

3.1.3. Modelos basados en el contexto de la atención

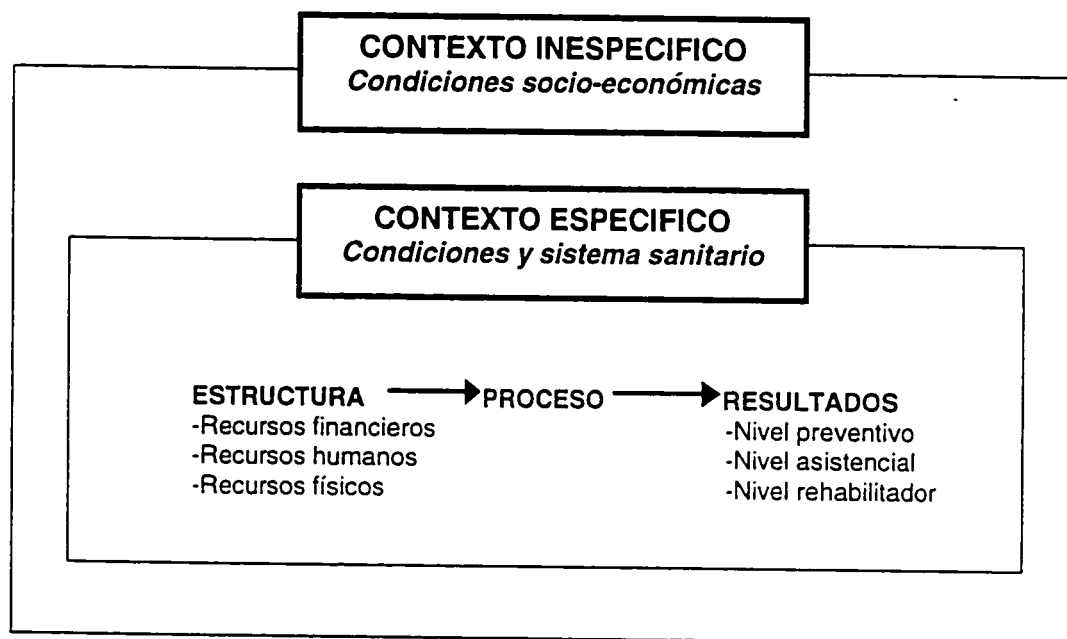
3.1.3.1. Consideración del contexto

Aparicio (1993) establece una diferenciación entre, lo que sería un contexto inespecífico de un contexto específico (figura I.5):

- El contexto inespecífico haría referencia a las condiciones socio-económicas generales en el marco donde se realiza el proceso de producción de atención socio-sanitaria.
- El contexto específico haría referencia a las actividades que se producen en el escenario formado por los tres componentes del

esquema de Donabedian y que ejemplifica con la diferencia entre un sistema sanitario público o privado con relación a los efectos que puede tener en la accesibilidad a los Servicios Sanitarios o sobre el tipo de prestaciones recibidas.

Figura I.5. Esquema sobre los niveles de la evaluación (Aparicio, 1993)



En nuestro criterio, la distinción de Aparicio es relevante pero puede resultar confusa desde el punto de vista terminológico ya que es más operativo distinguir entre contexto (contexto inespecífico para Aparicio) y proceso de producción (contexto específico para Aparicio). Podríamos decir que, tanto las condiciones socioeconómicas (p.e. presupuesto) como las características específicas que se deriven de un tipo u otro de atención (p.e. nivel de accesibilidad a los recursos) deben incluirse en el contexto del sistema de atención. A partir de ahí, las actividades que se deriven de estas condiciones específicas (p.e. sistema público o privado), se verán reflejadas y diferenciadas en el proceso de producción de atención (p.e. frecuencia de contactos de seguimiento).

3.1.3.2. Niveles de análisis

Wilson y colaboradores (1995) incluyeron el nivel de análisis en el marco conceptual para la toma de decisiones de la Asociación Médica Canadiense. Su objetivo es adaptarse a diferentes situaciones y necesidades de la atención socio-sanitaria teniendo en cuenta la evaluación económica, ética y de la calidad de los servicios. Se presenta un modelo basado en la especificación de los niveles de contexto en que se desarrolla la atención socio-sanitaria:

- Nivel micro: hace referencia a la toma de decisiones y evaluación en torno al servicio/usuario
- Nivel meso: se refiere a la toma de decisiones y evaluación a nivel de área sanitaria
- Nivel macro: hace referencia a la toma de decisiones gubernamentales y evaluación de ámbito regional o nacional.

Desde nuestro punto de vista, el modelo de Wilson y cols. (1995) plantea con éxito el contexto en el que se desarrolla el proceso asistencial o de producción. La consideración de niveles de análisis es fundamental para el planteamiento de la evaluación de la atención socio-sanitaria.

El análisis por niveles facilita la comparación sobre todo al centrarse en áreas socio-sanitarias pequeñas (nivel meso).

La importancia de la evaluación del contexto viene ilustrada por el estudio de Jarman (1983) sobre la identificación de áreas desfavorecidas. El "Índice de Jarman" (tabla I.12) engloba 8 variables con su peso relativo, siendo la primera el porcentaje de ancianos que viven solos y la última, el porcentaje de personas que pertenecen a las minorías étnicas. Se ha apreciado una correlación entre estas áreas desfavorecidas y la utilización de Servicios de Salud Mental, sobre todo en cuanto a los ingresos hospitalarios (Jarman y

cols., 1992; Jarman and Hirsch, 1992; Thornicroft, 1991; Harrison y cols., 1995).

Tabla I.12. Índice de Jarman sobre áreas desfavorecidas (1983)

	VARIABLES	PESO RELATIVO
1	% Ancianos que viven solos	6,62
2	% Menores de 5 años	4,64
3	% Clase social V	3,74
4	% Parados	3,34
5	% Familias monoparentales	3,01
6	% Viviendas con hacinamiento	2,38
7	% Cambio de domicilio en 1 año	2,68
8	% Minorías étnicas	2,50

Existen problemas en el desarrollo de índices de deprivación internacionales que permitan una comparación viable entre áreas de distintos entornos culturales. Así, por ejemplo el ítem 5 no es un indicador válido de deprivación en Holanda y algo similar ocurre con el ítem 7 en EEUU, o el 8 (minorías étnicas) en España.

Los modelos basados en el contexto aquí presentados proporcionan una guía para la descripción del contexto en el que se desarrolla la atención. Sin embargo, parece clara la necesidad de considerar estos modelos en combinación con otros modelos que incidan en el propio proceso de atención.

3.1.4. Modelos de atención integrados o compuestos

3.1.4.1. Tansella y Thornicroft (1998) han desarrollado el “*modelo de matriz*”. Este establece un “marco conceptual global que permite guiar la reforma de servicios de salud mental evitando importantes riesgos como la extrapolación del emplazamiento de un servicio específico a otros servicios sin tener en

cuenta variables regionales y locales” (Tansella y Thornicroft, 1998). El modelo utiliza la información más relevante para describir e interpretar los datos de servicios de salud mental así como la información basada en el paciente.

El modelo de matriz plantea un modelo basado en dos dimensiones: la dimensión geográfica (contexto) dividida en tres niveles implicados en la evaluación y, la dimensión temporal, que hace referencia al proceso de producción.

- Dimensión geográfica especificada en tres niveles:

- *País.* Hace referencia al nivel gubernamental donde se establecen las leyes de salud mental, se plantea cualquier estándar clínico relevante, se formula la política global y es frecuente que se organice la formación de los profesionales.

Considera los siguientes dominios: social, político, legal, económico y profesional.

- *Local.* Se refiere al área de cobertura en el que puede ofrecerse un sistema integrado de atención de servicios de salud mental. El nivel local se entiende en términos de organización de servicios en un área específica y las características sociodemográficas de dicha área.

- *Paciente.* Referida al dominio terapéutico que puede incluir tratamiento, atención y apoyo para pacientes individuales o pequeños grupos de pacientes que comparten características comunes así como las redes más amplias que incluyen familiares y cuidadores. Este nivel ha sido considerado tradicionalmente como el ámbito de responsabilidad del clínico pero los autores defienden su inclusión en la ESS ya que la práctica y los resultados de la psiquiatría clínica, dependen de los otros dos niveles.

- Dimensión temporal que se refiere a los tres componentes del modelo de Donabedian (1980):

- *Recursos.* Recursos del sistema de salud mental que deben diferenciarse de las actividades que tienen lugar en ese sistema de salud

mental. Incluye las *entradas visibles* que consisten principalmente en el personal y los recursos y las *entradas invisibles*. Estos factores (experiencia, formación y cualificación del personal, y grado de acuerdo entre sus capacidades y estilo de trabajo en cada servicio específico) activan el sistema de entradas visibles y potencia el funcionamiento efectivo de la red de servicios.

- *Proceso*. Describe todas aquellas actividades que tienen lugar para desarrollar los servicios de salud mental. Las variables más utilizadas como descriptores no serán aquellas que proporcionan datos directos del funcionamiento del servicio sino aquellas que están realmente disponibles.

- *Resultados*. Consideran los cambios en el funcionamiento, morbilidad y mortalidad tanto a nivel individual (paciente) como de población, atribuibles al tratamiento y atención recibida (Thornicroft y Tansella, 1996). Estos resultados serían un producto complejo de varias influencias que deben considerarse en los tres niveles geográficos del modelo de matriz.

Usando estas dos dimensiones se construye una matriz de 3x3 (figura I.6) que permite abordar de forma sistemática cuestiones críticas sobre los servicios de salud mental.

Figura I.6. Visión general del “modelo de matriz” con ejemplos de temas clave en cada celda (Tansella y Thornicroft, 1998)

DIMENSION TEMPORAL			
DIMENSION	(A) Fase de entrada	(B) Fase de proceso	(C) Fase de resultados
GEOGRÁFICA			
(1) Nivel de país/región	1A - Casos y casos - Rol de los medios de comunicación - Legislación salud mental - Direcciones del gobierno - Grupos de interés especial	1B - Funcionamiento - Indicadores de actividad - (p.e. tasas de admisión, - tasas de ocupación de - camas, tasas de - tratamiento obligatorio	1C - Tasas suicidio - Tasa de Mortalidad - Esquizofrenia - Síntoma - Cuestiones especiales
(2) Nivel local (área de cobertura)	2A - Evaluación de necesidades de la población - Características población - Presupuesto - Plantilla - Gastos fijos - Participac. consumidores	2B - Políticas operativas - Formas de atención - Patrones de uso de servicios - Carga de casos - Tasas de contactos - Identificación de grupos especiales	2C - Estudios de resultados a nivel de grupo - Prevención secundaria y terciaria - Disminución de estigma local - Mejor acceso a los servicios
(3) Nivel de paciente	3A - Evaluación de necesidades individuales - Demandas de los pacientes - Demandas de las familias	3B - Calidad de los tratamientos - Frecuencia y duración del tratamiento - Continuidad de la atención - Apoyo - Servicios vocacionales	3C - Reducción de síntomas - Satisfacción - Calidad de vida - Discapacidad - Rehabilitación laboral - Carga de los cuidadores

En el modelo de matriz pasa desde el nivel de referencia para el área, al nivel de paciente. De esta forma, no se especifica claramente el nivel de referencia para el servicio, quedando sin recoger la participación del servicio al sistema de salud con todo lo que ello supone a nivel de estructura, proceso y resultados de dicho servicio.

3.1.4.2. El modelo EPCAT constituye también un modelo compuesto al integrar un marco conceptual basado tanto en el contexto como en el proceso de producción de la atención socio-sanitaria. Se describe con detalle en el capítulo 4 de Introducción al ser el punto de referencia de este trabajo.

3.1.4.3. Existen otros modelos que aplican el proceso de atención al desarrollo de aspectos relacionados con la organización como es el caso de modelo organizacional de seis componentes de Weisbrod (six-box organizational model, 1976).

3.2. MODELOS APLICADOS A LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS

3.2.1. Tipos de evaluación

Además de los modelos que abordan el marco de los programas socio-sanitarios, otros plantean una aproximación sistemática a la evaluación de los servicios.

3.2.1.1. Una ampliación del modelo de Donabedian lo constituye la compleja formulación elaborada por *Pineault y Daveluy* (1987) que establece tres tipos de evaluación:

- Evaluación estratégica dirigida a apreciar la adecuación entre el programa y los problemas a resolver.
- Evaluación táctica que correspondería al esquema de Donabedian.
- Evaluación operacional dirigida a los aspectos más operativos de la programación.

Los mismos autores reconocen que esta última evaluación operacional podría formar parte de la evaluación táctica.

3.2.1.2. *Battista y cols.* (1989), incide en la necesidad de un marco conceptual integrado en la investigación sanitaria con el objetivo de reducir la confusión terminológica y la discontinuidad existente entre las diferentes disciplinas que participan en la evaluación de la salud.

De esta forma, propone un marco conceptual basado en la clasificación de los estudios según tres criterios:

- Foco:

- *Estados de salud.* Incluye el funcionamiento humano normal; los cambios que acompañan al desarrollo, maduración y crecimiento; o el proceso de trastorno y enfermedad.

- *Intervenciones sanitarias.* Son las técnicas, prácticas y políticas diseñadas para mejorar el funcionamiento normal de los individuos así como para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad.

- Nivel. El nivel de estudio de estados de salud o intervenciones puede ir desde la molécula hasta la comunidad o desde el impacto de una técnica específica en el cuerpo humano al impacto de un cambio en la política sanitaria del gobierno en el uso de servicios sanitarios, respectivamente.

- Para el estudio de estados de salud:

- Molecular/Tejido-órgano/Individual/Población de la comunidad

- Para el estudio de intervenciones sanitarias

- Técnica/Práctica/Programa/Pólítica

- Objetivo. El desarrollo, la descripción y la explicación pueden ser el objetivo de cualquier tipo de investigación en salud mientras que la evaluación es el punto de unión entre el estudio de estados de salud y el estudio de las intervenciones (Desarrollo/Descripción/Explicación/Evaluación).

3.2.2. Metodología de evaluación

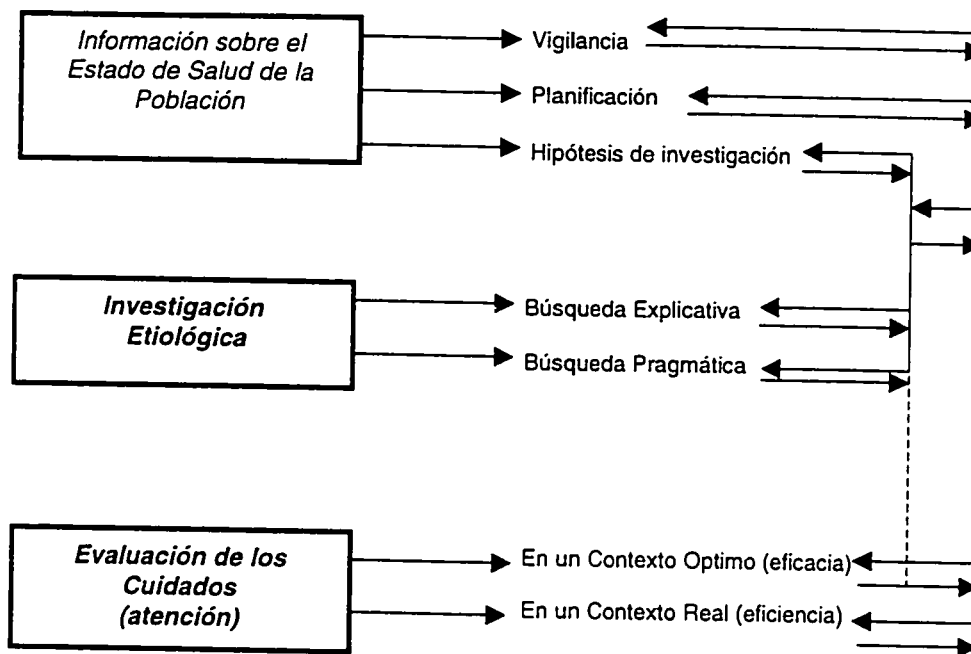
3.2.2.1. *Rumeau-Rouquette y cols.* (1981) plantean la necesidad de aplicar el método epidemiológico al estudio de servicios. Para ello, elaboran las bases de una epidemiología de sistemas a partir de los métodos de epidemiología de poblaciones. Parten del principio de que la evaluación debe estar integrada dentro de la epidemiología a través de tres ejes inter-relacionados (figura 1.7):

1. Información y vigilancia epidemiológica
2. La búsqueda etiológica
3. La evaluación

La evaluación puede realizarse en un contexto óptimo o en un contexto real. El término se utiliza con una connotación operativa. El **contexto óptimo** para la evaluación por ejemplo de la eficacia de nuevos medicamentos serán los Servicios hospitalarios muy bien dotados. El **contexto real** se corresponde con el conjunto de los servicios sanitarios de un sistema donde las condiciones reales van a influir claramente sobre la efectividad de los mismos.

Desafortunadamente, hasta hace poco la aplicación de un método epidemiológico al estudio de los servicios ha constituido la excepción más que la regla. En un estudio de servicios es necesario tener en cuenta factores como la aplicación de criterios estandarizados de categorización, definición explícita del universo del estudio, de los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis (por ejemplo, módulos de atención, servicios), del marco temporal de referencia para facilitar la comparación, y el uso de instrumentos estandarizados. Un aspecto diferencial con respecto a la evaluación de poblaciones es la necesidad de definir el nivel de evaluación, siendo el más adecuado el de pequeña área sanitaria (mesonivel) y la perspectiva (gestor, proveedor, pagador, usuario), así como la de plantear el tipo de aproximación (de arriba a abajo o de abajo a arriba). En cierto sentido, la epidemiología de poblaciones deberá ser considerada un subtipo de la epidemiología de sistemas aplicada a nivel nano.

Figura 1.7. Relaciones entre los tres grandes ejes de la epidemiología (Rumeau-Rouquette y cols. 1981)



3.2.2.2. *MacKinnon* (1998) propone un sistema de 7 pasos en la evaluación de la efectividad de programas de gestión de enfermedad (disease management) y que puede ser aplicable a la evaluación de servicios:

1. Adopción de un enfoque de sistemas. Esto requiere considerar todos los recursos, costes y factores clave relacionados con una enfermedad determinada dentro del sistema de salud.
2. Establecimiento de un marco para la evaluación. Especificación de forma previa del propósito y diseño del programa.
3. Identificación de estructura, proceso y resultados clave. La calidad de la atención a la salud depende de la estructura, procesos y resultados en los que tiene lugar, así como los resultados clínicos, humanos y económicos que se obtengan. La consideración de estos tres tipos de medidas de resultados constituye una novedad aportada por esta propuesta.

4. Desarrollo de medidas específicas de resultados. Las medidas de resultados son necesarias para evaluar adecuadamente las estructuras y procesos clave. Estas medidas deben ser fiables, válidas, viables y los datos requeridos deben ser de fácil obtención.
5. Recogida, procesamiento, modelación, y análisis de datos.
6. Criterios, estándares y objetivos de comparación. Los datos generados necesitan compararse con criterios internos y externos, estándares y objetivos.
7. Evaluación formal. La información, unida a los pasos previos, necesita encuadrarse en una evaluación formal del programa. La evaluación formal puede ayudar a simplificar el proceso de atención y mejora de la calidad.

3.2.2.3. *Thornicroft y Tansella* (1999) han sugerido una serie de principios éticos que deberían operativizarse, validarse y cuantificarse en la evaluación de servicios. Estos principios éticos son: autonomía, continuidad, efectividad, accesibilidad, globalidad, equidad, contabilidad, coordinación y eficiencia. De esta forma podría sustituirse la actual metodología de uso de medidas de resultados ya existentes.

3.2.3. Evaluación de programas

3.2.3.1. *Vuori* (1988) afirma que hay bastante acuerdo en poner el énfasis en los resultados (según los niveles propuestos por Donabedian), dado que la calidad guarda una mayor relación con éste que con otros aspectos del proceso de atención. Por eso la evaluación a nivel de la estructura está dirigiéndose casi exclusivamente a los sistemas de acreditación docente.

3.2.3.2. *Christian Nohr* (1995) presenta un modelo que pretende clarificar las condiciones de la variable incertidumbre. La matriz se divide en dos dimensiones:

-A- **Tecnología:** entendida muy ampliamente como el método de hacer algo (p.e. proporcionar información específica en el momento correcto y en el lugar correcto).

-B- **Objetivos, el propósito, los productos y los resultados finales.**

Cada dimensión se dicotomiza de acuerdo con seguridad/incertidumbre. Una tecnología puede ser conocida o desconocida, puede haber sido probada o no ser efectiva para conseguir un objetivo específico. Un objetivo puede estar de acuerdo o no con los diferentes intereses de un proyecto.

La diferencia entre el método y los objetivos está a menudo borrosa. Los objetivos suelen estar influenciados por las tecnologías disponibles, y las tecnologías siempre existen en un vacío social (figura I.8).

Figura I.8. Modelo de C. Nohr (1995)

		OBJETIVO	
		acuerdo	no acuerdo
TECNOLOGIA	conocido	PROGRAMACION	NEGOCIACION
	no conocido	EXPERIMENTACION	PROCESO APRENDIZAJE

3.2.3.3.El Modelo EPCAT, además de suponer un Modelo de Servicios, formaliza la evaluación del proceso de atención socio-sanitaria constituyendo también un Modelo aplicado a la Evaluación de Servicios. La descripción de la metodología de evaluación del proceso de atención socio-sanitaria que

propone el grupo EPCAT aparece de forma detallada en el capítulo 4 de Introducción.

4. EL MODELO EPCAT PARA EVALUACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

El modelo EPCAT (Salvador y cols., 2000) para la evaluación del proceso de producción de la atención socio-sanitaria parte de una serie de principios:

- Enfoque epidemiológico
- Evaluación del proceso de producción socio-sanitario a nivel de áreas sanitarias pequeñas (estructura, proceso y resultados).
- Evaluación del contexto
- Evaluación de costes
- Perspectivas o actores implicados en el proceso de atención socio-sanitaria
- Recomendaciones o líneas guía para evaluación de servicios

Todas estas aproximaciones se incluyen en un modelo de 7 pasos que deben considerarse al realizar una evaluación adecuada de los servicios de atención socio-sanitaria:

4.1. PASO 1. CREACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN Y DE UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS.

El Grupo EPCAT propone un marco conceptual para la atención a la salud mental que integra cuatro niveles:

1º La aplicación del **modelo de Donabedian** (1980) de los componentes o dominios del sistema de atención, permite realizar descripciones estandarizadas de áreas sanitarias y servicios (estructura) así como de las actividades desarrolladas en el proceso. Ello está relacionado con el número de recursos y personal, su organización, las estructuras administrativas y la organización financiera.

Sin embargo, el Grupo EPCAT plantea la necesidad de ampliar el esquema básico del modelo de Donabedian incluyendo el componente de contexto.

-Contexto

El Grupo EPCAT plantea la necesidad de incluir la dimensión de contexto en el esquema básico de Donabedian. Un programa de atención determinado depende en gran parte de las características sociodemográficas del área donde se lleve a cabo. Estudios recientes confirman la estrecha relación entre diferentes formas de morbilidad psiquiátrica (y por tanto de uso de servicios) y factores de privación social como el desempleo, minorías étnicas y medidas relativas a la vivienda (Beecham y cols., en prensa).

En este sentido, el Grupo EPCAT propone la Escala Sociodemográfica Europea (European Socio-Demographic Schedule –ESDS-) como instrumento de evaluación de las características de contexto del área como paso necesario para una evaluación adecuada de la atención socio-sanitaria.

-Estructura

El ESMS permite efectuar una taxonomía de servicios basada en las categorías de servicios de salud mental más importantes, dentro del dominio estructural según la terminología de Donabedian (1980).

-Proceso

En la evaluación del proceso de provisión de la atención a la salud mental se consideran tres elementos: las causas que producen un contacto (p.e. diagnóstico), las intervenciones proporcionadas por el servicio y sus resultados (Tibaldi y cols., en prensa). La mayor parte de la literatura disponible se ha centrado en el primero y tercero de estos elementos prestando poca atención al segundo y generando lo que Mechanic (1996) llamó la “caja negra” de las intervenciones efectivas. El Grupo EPCAT propone la escala International Classification for Mental Health Care –ICMHC- (de Jong, 1996) para cubrir la información del contenido de los servicios y el nivel de especialización que ofrece cada componente del servicio.

Tanto el dominio de ‘proceso’ como el de ‘estructura’ ejercen un impacto en los resultados de la atención; es decir, “el cambio en el estado de salud actual y futuro puede atribuirse a la atención precedente” (Donabedian, 1984). Esta medida del cambio hace referencia a la diferencia entre las necesidades del paciente (déficits de bienestar) antes y después de recibir una forma específica de atención.

-Resultados

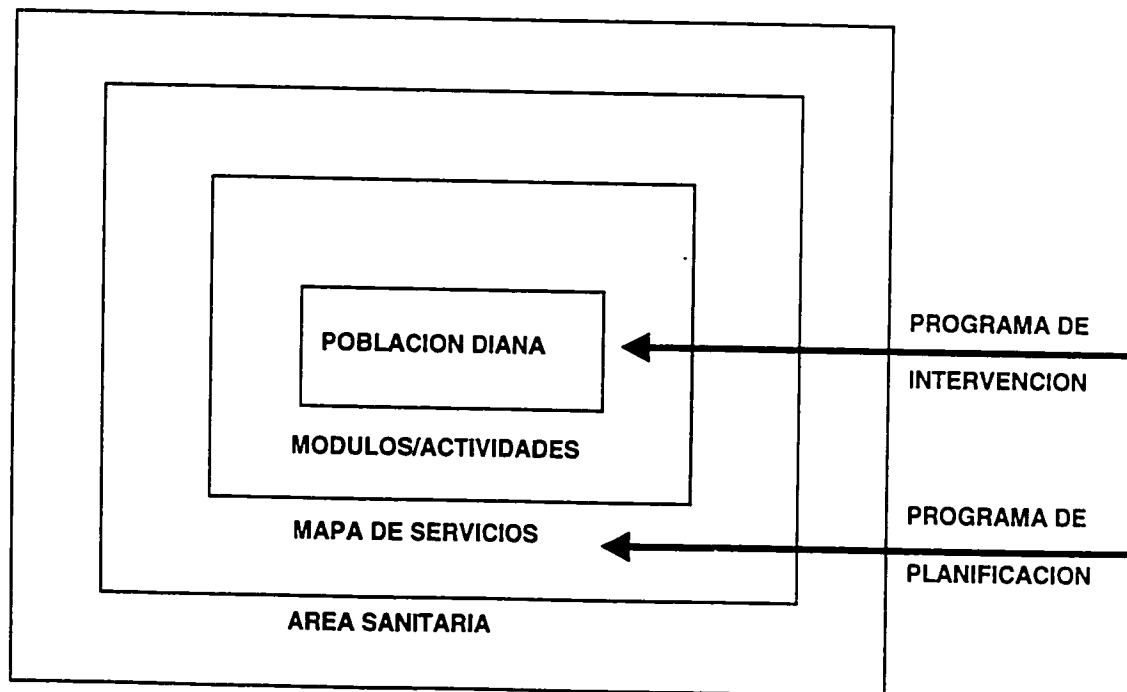
Es difícil encontrar una medida simple que resuma de forma válida un amplio rango de *resultados* en salud mental (Dickey y cols., 1986; Wilkinson y cols., 1992; Hargreaves y cols., 1996) sobre todo en el caso de las enfermedades de larga duración, donde no podemos explorar sólo una dimensión de resultado (por ejemplo obtención de empleo). Esto no sólo ocurre en la atención psiquiátrica de larga-duración ya que sabemos que, de forma general, el resultado se mide como el impacto de una intervención en un número de dominios. Una intervención, como puede ser la nueva configuración de un servicio fuera del ámbito hospitalario, puede provocar cambios en el estado de salud mental, comportamiento, o sentimientos subjetivos de bienestar. Pero además, estos cambios pueden repercutir tanto en pacientes como en familias. Los familiares, por ejemplo, pueden sentir una gran carga

pero también pueden obtener satisfacción por atender a un ser querido (Netten, 1993). Incluso los síntomas o comportamientos de pacientes de salud mental pueden no modificarse al cambiar la localización de los servicios fuera del hospital de larga duración pero ellos pueden preferir su nuevo hogar (Leff, 1997).

Resumiendo, un programa de atención no puede ser evaluado correctamente a menos que se describa en un marco más amplio (Figura I.9) que incluya:

- 1) Una descripción estandarizada del área de salud (contexto)
- 2) Un mapa de los servicios del área y los “módulos de atención” que proporcionan cada uno de ellos. (estructura)
- 3) Una descripción estandarizada de las actividades o “modalidades de atención” proporcionadas por cada servicio (proceso).

Figura I.9. Representación del marco conceptual EPCAT para la descripción del sistema socio-sanitario en Salud Mental.



2º Las diferentes partes/perspectivas implicadas en el sistema de atención así como sus complejas relaciones (Figura I.10).

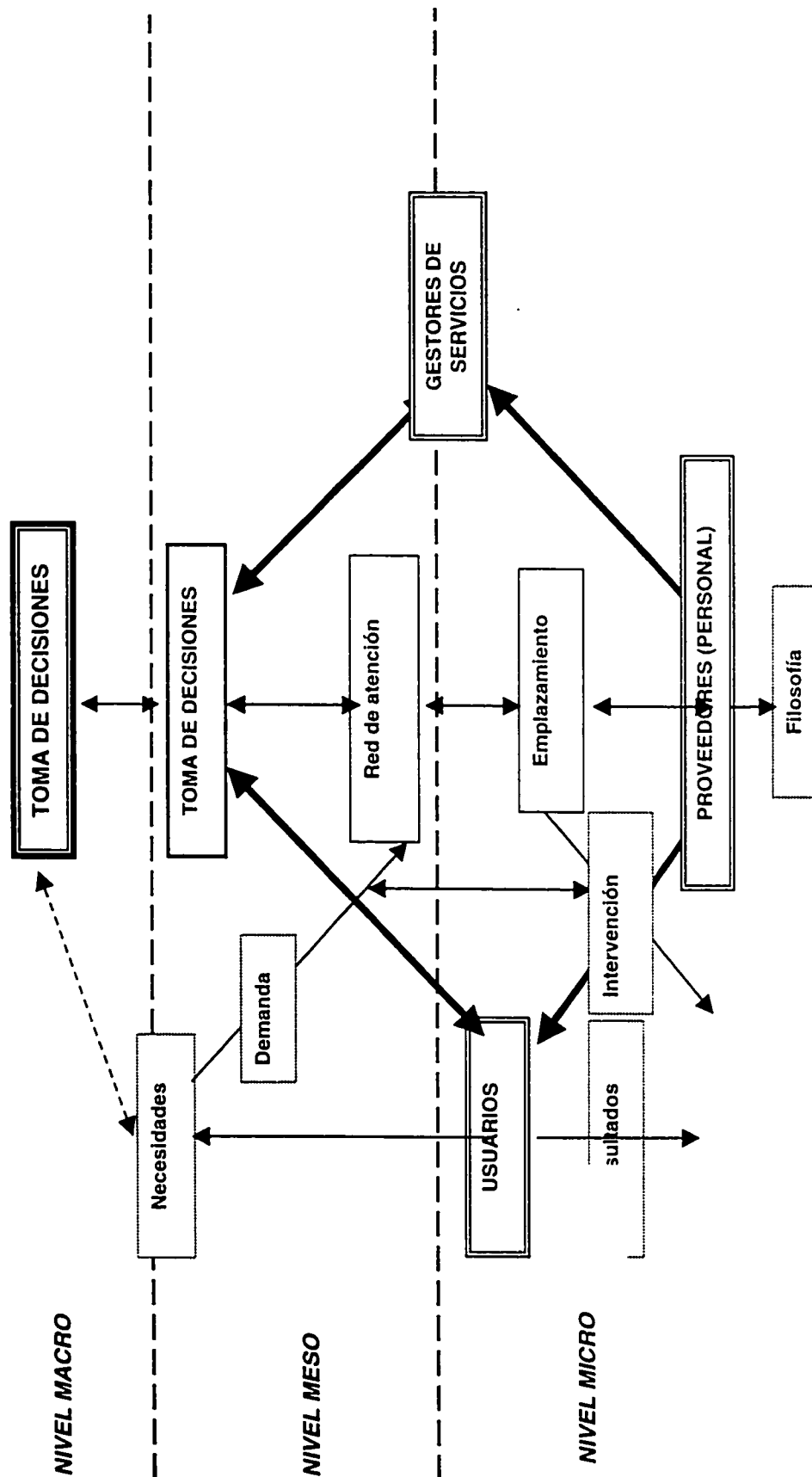
Como indica Micheli (1982), es también importante considerar los actores o partes del sistema de atención de salud mental, ya que éstos determinan diferencias relevantes en la evaluación. El Grupo EPCAT desarrolla el punto de vista de Micheli representando las complejas relaciones entre las cuatro principales perspectivas del sistema de salud: tomadores de decisiones políticas, gestores de servicios, proveedores (personal) y usuarios (pacientes y familiares). Como en otros modelos, no se intenta replicar la complejidad del mundo real sino resumir sus características principales, identificar los componentes y las relaciones entre ellos.

La figura I.10 muestra los cuatro dominios de un sistema de salud: responsables de toma de decisiones, gestores de servicios, proveedores (personal) y usuarios (pacientes). Las flechas muestran el complejo flujo de relaciones y actividades entre cada dominio, y entre los tres niveles de atención ya descritos por Wilson y cols. (1995).

Cada uno de estos componentes del sistema de salud estará influenciado por la política sanitaria y la filosofía del país (o áreas geográficas más pequeñas) en las que se basa el sistema socio-sanitario. Además, los componentes pueden verse influido, en mayor o menor medida, por el énfasis que se ponga, por ejemplo, en la eficacia o en los costes (relacionados con la toma de decisiones), auditorías y garantía de calidad (relacionadas con los gestores de servicios), optimización y desgaste laboral (personal), o satisfacción (usuarios).

El modelo indicado en la figura I.10 proporciona una visión amplia que incluye a la sociedad como componente del sistema de atención de los servicios socio-sanitarios.

Figura I.10. Perspectivas y dominios implicados en sistemas de atención socio-sanitaria



Esta es una perspectiva particularmente importante en estudios internacionales donde los componentes y las uniones entre ellos encontrarán una expresión diferente en cada país. Además, en algunas partes del modelo, la variabilidad dentro de cada país parece ser tan grande como la variabilidad entre países. La evaluación de los componentes de la atención sin tener en cuenta sus complejas conexiones con otras partes del sistema puede dar una visión simplista. Este tipo de modelo recoge el contexto para la evaluación y será útil cuando se interpreten resultados.

3º El modelo de evaluación de servicios EPCAT, sigue una **aproximación epidemiológica** tomando como punto de partida el área de cobertura, y recorriendo todos los elementos de la micro-organización (atención, servicios, red, demanda).

4º El **modelo de producción de bienestar**. La base del proyecto EPCAT es evaluar beneficios (resultados y costes). Mientras el modelo de Donabedian contiene una referencia implícita al uso de recursos (y de costes; ver también McGuire y Drummond, 1993) a nivel estructural, la dimensión de los *costes* debería ser más explícita de acuerdo con los modelos de "producción del bienestar" (McGuire y cols., 1993; Knapp, 1995).

De esta forma, el modelo EPCAT aplica el modelo de producción de bienestar, basada en la teoría micro-económica, con el objetivo de integrar la dimensión de costes en el enfoque de evaluación. Considera la gran utilidad de los modelos de evaluación basados en teorías económicas ya que examinan los costes y beneficios relativos de alternativas de atención, es decir, explorando cómo recursos limitados pueden utilizarse para generar la mayor "ganancia de salud".

4.2. PASO 2. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN ESTANDARIZADA DE LAS ÁREAS DE REFERENCIA.

La necesidad de basar la descripción de servicios en áreas comparables en diferentes regiones llevó al Grupo EPCAT a establecer una definición operativa de “zona natural” que pudiera aplicarse a nivel europeo. Se definió según los siguientes parámetros:

- 1) Número de habitantes: 50.000 - 250.000
- 2) Base geográfica
- 3) Disponibilidad de un conjunto de los servicios de salud mental del área de referencia.

4.3. PASO 3. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS CLAVE Y CREACIÓN DE UN GLOSARIO.

Se revisaron y operativizaron una serie de conceptos clave. Los términos ‘rehabilitación’ y ‘crónico’ o ‘enfermedad mental grave’ fueron descartados y se sustituyeron por ‘atención a largo plazo’ y ‘enfermedad de larga duración’ respectivamente. Se recopiló una lista completa de los servicios/intervenciones disponibles en los 6 países. Se identificaron más de 30 ítems diferentes y se desarrollaron definiciones formales que se incluyeron en el glosario de uno de los instrumentos de evaluación (European Service Mapping Schedule-ESMS).

4.4. PASO 4. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Es necesario definir claramente la población diana en cualquier estudio de investigación de servicios. El grupo EPCAT intentó proporcionar una definición operativa del “paciente psiquiátrico de larga duración” según los siguientes términos: personas con enfermedad

mental de larga duración, problemas psicológicos y/o sociales asociados a trastornos psiquiátricos que necesitan tratamiento y/o apoyo dentro del contexto de los servicios de salud mental, y cumplir los siguientes criterios: 18-65 años (población adulta); trastorno psiquiátrico según los criterios DSM-IV, ICD-10; y condición de larga duración (más de un año).

4.5. PASO 5. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS BÁSICOS PARA EL DISEÑO Y SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS.

En los estudios de servicios se subestima la importancia de las propiedades psicométricas y los criterios de calidad de instrumentos para evaluación de servicios. Sin embargo se aprecia un interés creciente respecto a la fiabilidad así como otros parámetros de calidad (Wing y cols., 1998). Según el grupo EPCAT, se deben considerar los siguientes aspectos cuando se seleccionan instrumentos para la evaluación de servicios:

- Un marco de referencia sólido en relación con el modelo de atención a la salud
- Medidas multidimensionales en diferentes ámbitos
- Un glosario que contenga definiciones operativas, precisas e inequívocas
- Simplicidad
- Consenso internacional
- Globalidad
- Fiabilidad
- Validez
- Flexibilidad

4.6. PASO 6. SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE LA BATERÍA EPCAT PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Se identificaron una serie de instrumentos para la evaluación (Johnson y cols., 1998) de servicios, pero ninguno de ellos se ajustaba al modelo diseñado por el grupo. Nuestra selección final estaba compuesta por un instrumento para la evaluación del “enfoque funcional” (International Classification of Mental Health Care-ICMHC) (de Jong, 1996), y dos nuevos instrumentos que valoran las características geográficas del área sanitaria pequeña (European Socio Demographic Shedule-ESDS) (Beecham y cols., en prensa) y la descripción del “enfoque estructural” de los servicios de salud mental (European Service Mapping Schedule-ESMS) (Johnson y cols., en prensa).

4.7. PASO 7. ESTANDARIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA BATERÍA EPCAT PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Para llevar a cabo este propósito se diseñaron estudios nacionales e internacionales. En ellos se incluía el uso y estandarización del ESDS, ESMS y el ICMHC, así como otras recomendaciones del EPCAT, tales como la comparación de áreas, población diana estandarizada relación de Evaluación de Atención a la Salud para los costes y utilización de servicios.

5. “EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE” (ESMS)

5.1. ORIGEN Y DESARROLLO

La iniciativa del grupo EPCAT de consensuar un sistema estandarizado de descripción de servicios de salud mental para pacientes crónicos tomó como punto de partida la Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental (ICMHC). Este instrumento se encontraba en fase de desarrollo por el grupo de investigación en psiquiatría social de la Universidad de Gröningen y la sección europea de la OMS para posibilitar la clasificación y comparación de servicios de salud mental de ámbito internacional. Dada la enorme variabilidad de la organización de servicios, el ICMHC se diseñó para evaluar módulos o unidades de funcionamiento. Tras un estudio preliminar del grupo EPCAT efectuado en Italia y en Alemania, se hizo evidente que el ICMHC no aportaba toda la información necesaria para

comparar servicios entre diferentes áreas o países. En una reunión efectuada por el Grupo EPCAT en Jerez en 1995, se reformularon las directrices, el marco conceptual y la metodología de estudio, y se decidió complementar este instrumento con una descripción estandarizada de las características sociodemográficas del área de referencia así como de los servicios disponibles en dicha área a través de un instrumento, el European Service Mapping Schedule (ESMS).

En primer lugar, se efectuó una revisión de la literatura sobre descripción de servicios y un examen pormenorizado de todos los problemas encontrados anteriormente en la clasificación de servicios (Johnson y cols., 1998). Los principales obstáculos en la construcción de una tipología de servicios fueron: su gran diversidad, resultante de la disparidad en los procesos de desinstitucionalización; las diferencias terminológicas; y dificultades en el establecimiento de criterios de inclusión para la clasificación de determinados servicios como los servicios de salud mental.

Con el objetivo de salvar todos estos obstáculos, el ESMS plantea una taxonomía de servicios que recoge los tipos de servicios más importantes e incluye un glosario con definiciones operativas de todos los términos. La clasificación permite una evaluación cuantitativa de la provisión de servicios en un área sanitaria determinada usando datos recogidos de forma rutinaria en los servicios o, en caso de carecer de datos fiables, efectuando un simple censo mensual de la utilización del servicio.

Entre los términos básicos, se definió "servicio" como "la unidad más pequeña del sistema de salud mental que posee una estructura administrativa propia y un presupuesto diferenciado".

Posteriormente se elaboró un listado de los servicios disponibles en los diferentes países siguiendo un método de discusión por paneles. Se identificaron 63 tipos diferentes recursos asistenciales, que después se

agruparon en 3 categorías: “residencial”, “comunitario y ambulatorio” y “actividades estructuradas y de día”.

Se plantearon 4 **requisitos básicos** para el diseño del instrumento:

1. Estructura en forma de árbol taxonómico para facilitar la utilización de un sistema de clasificación complejo
2. Sistema que posibilitase la incorporación de todos los servicios identificados en cada país europeo, con un procedimiento de inclusión que fuera lo más claro posible
3. El sistema debía acompañarse de un glosario
4. Inclusión de datos de utilización de servicios además de la descripción del rango de servicios disponibles y listado de servicios de cada área, dada la importancia de estos elementos para conseguir el objetivo propuesto.

A continuación, dos miembros del EPCAT (S. Johnson y R. Kuhlman) organizaron esta información y elaboraron un glosario anexo y un cuestionario piloto que ha sido traducido y aplicado en estudios preliminares en diferentes países europeos. Esta experiencia piloto permitió detectar una serie de dificultades como la necesidad de establecer definiciones muy claras que permitieran el uso del cuestionario a personas no familiarizadas con éste y de incluir ejemplos prácticos para cada una de las categorías utilizadas. Estas dificultades fueron comentadas con los autores e incluidas en lo que sería la versión definitiva del instrumento.

5.2. DESCRIPCIÓN

El ESMS tiene como principal objetivo la realización de estudios comparativos a nivel europeo sobre la atención en salud mental.

Primero se establecen una serie de principios generales:

- Tipología de servicios incluidos

- Definición de servicios de salud mental
- Grupos de pacientes incluidos
- Selección de partes del ESMS a incluir según las características de nuestro estudio

Por tanto, el ESMS debe ofrecer la posibilidad de describir todos los recursos sanitarios de salud mental que ofrezca cada área. El cuestionario permite llevar a cabo de una forma estandarizada las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de salud mental que atiende a la población de un área de cobertura específica, con la descripción de sus principales características.
- Delimitar y comparar la estructura y rango de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura.
- Medir y comparar los niveles de provisión de los principales tipos de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura.

5.3. ESTRUCTURA

El cuestionario se sirve de un sistema de árboles o diagramas que permiten la categorización de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada. El ESMS consta de cuatro secciones:

Sección A: Preguntas Introductorias

Consiste en una serie de preguntas generales sobre el área de cobertura y sobre la población para la que debe cumplimentarse el mismo.

Sección B: Arbol o diagrama de servicios

Esta sección enumera y categoriza los servicios del área de cobertura, clasificándolos de acuerdo con su función, emplazamiento y

disponibilidad. De esta forma, pretende medir la capacidad de los servicios a través de su clasificación dentro de los llamados Diagramas de Localización de Servicios. Al inicio de esta sección figura un glosario que proporciona una descripción de 30 tipos de servicios agrupados en tres categorías básicas que se corresponden con tres Diagramas de Localización de Servicios:

- *Diagrama de Localización de Servicios Residenciales (R)*
Incluye todos aquéllos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los pacientes, y cuyo propósito se relaciona directamente con la atención clínica y social de la enfermedad mental.
- *Diagrama de Localización de Servicios de Día y/o Actividades Estructuradas (D).*
Recoge los dispositivos que (i) están disponibles normalmente para varios pacientes al mismo tiempo, (ii) proporcionan alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad mental, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo, (iii) se hayan disponibles durante un horario de apertura establecido, y (iv) se espera que los pacientes utilicen estos dispositivos más allá de los periodos en que tienen un contacto “cara a cara” con el personal del mismo. También se considera como criterio de clasificación la intensidad de cobertura asistencial ofertada por el servicio.
- *Diagrama de Localización de Servicios Ambulatorios y Comunitarios (O).*
Dispositivos que (i) conllevan un contacto entre el personal de salud mental y los pacientes con el propósito del control de la enfermedad mental y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas, (ii) normalmente no ofrecen un servicio diario o residencial como los descritos en las secciones anteriores. Se considera para la subclasificación la intensidad (alta, media o baja) de cobertura dada por el servicio.

- *Diagrama de Localización de Servicios de Auto-ayuda No Profesionales (S)*

Servicios que no emplean a personal especializado en evaluación, apoyo o tratamiento de personas con enfermedad mental.

Los servicios localizados se anotan al final de las ramas del árbol o diagrama correspondiente.

La última versión del instrumento incluyó en esta sección un apartado en el que se ofrecen ejemplos de cada uno de los tipos de atención de servicios definidos.

Sección C: Arbol de utilización y provisión de servicios.

Mientras que la Sección B proporciona una medida de la capacidad de los servicios, la Sección C mide la utilización de los mismos por la población. Así, esta sección permite la contabilización de los niveles de provisión de servicios en un área de cobertura. Consta de un glosario complementario de la sección anterior y un árbol que sigue el mismo organigrama de la sección "A", añadiendo casillas para contabilizar el número de plazas y la utilización de los dispositivos asistenciales. Mediante la suma de diferentes dispositivos se puede llegar a sumas globales sobre la provisión y la utilización de los recursos asistenciales.

Sección D: Inventario de servicios

Se trata de un sistema de descripción complementario de los anteriores que proporciona una lista más detallada de las características de cada servicio en función de una serie de dimensiones o categorías: objetivos, perfil de los pacientes para los que se programa el servicio, plantilla o equipo, sector, agencia gestora, fuente de financiación, número de contactos/usuarios del servicio, y relaciones con otros servicios. Para la denominación de los mismos se utiliza el código que se asigna en la sección "B".

II

FINALIDAD Y OBJETIVOS

1. FINALIDAD

Contribuir al desarrollo y estandarización de un instrumento para la descripción, clasificación y evaluación de servicios en salud mental.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GENERALES

Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

Objetivo 2. Estudio ecológico de áreas sanitarias pequeñas en 4 áreas con provisión y características dispares.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

1.1. Adaptación conceptual de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

1.1.1. Identificación de ítems críticos

1.1.2. Elaboración de una versión española definitiva

1.2. Análisis de contenido/estructura de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

1.3. Estudio de viabilidad de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

1.4. Validez descriptiva de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

1.5. Estudio de fiabilidad inter-evaluador de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

Objetivo 2. Estudio ecológico de áreas sanitarias pequeñas en 4 áreas con provisión y características dispares.

2.1. Descripción de características sociodemográficas.

2.2. Comparación de la provisión y utilización de servicios.

3. HIPOTESIS DE TRABAJO

Se trata de un estudio descriptivo observacional, no direccional, por lo que no se plantean hipótesis formales. Sí podrían considerarse las siguientes hipótesis descriptivas:

1. El ESMS es un instrumento válido, viable y fiable para la descripción y clasificación estandarizada de servicios.
2. El ESMS permite establecer comparaciones entre áreas sanitarias en España.



III

MATERIAL Y METODO



1. MARCO DEL ESTUDIO

Este trabajo se enmarca dentro de la línea de investigación que desde 1994 están desarrollando los Grupos EPCAT y PSICOST.

En 1994, un panel internacional de expertos compuesto por 6 países de la U.E. (Italia, Alemania, España, Suecia, Holanda, Reino Unido), constituyó el Grupo EPCAT (European Psychiatric Care Assesment Team). Su objetivo es el establecimiento de estándares metodológicos mínimos para una evaluación flexible e integrada de la atención a largo plazo en salud mental, en la que se tengan en cuenta los aspectos económicos y el punto de vista del proveedor. El Grupo Europeo de Evaluación Psiquiátrica acordó una serie de tareas para los distintos miembros, que fueron discutidas entre 1996 y 1997 por el grupo en dos reuniones internacionales anuales, con la financiación del programa BIOMED de la Unión Europea (CT94-1304) (Munizza y cols, 1995). A partir de este trabajo se constituyeron también paneles de expertos nacionales en Italia y España coordinados con el panel internacional.

La parte española del proyecto EPCAT se llevó a cabo por el grupo PSICOST. La organización del grupo siguió la estructura del EPCAT:

-Un equipo multicéntrico: El Grupo PSICOST se coordina desde el Centro de Investigación en Minusvalías (CIM) de la Fundación PROMI y la Universidad de Cádiz. En el mismo participan otros 6 centros: el Departamento de Economía de la Universidad Pública de Navarra, la Fundación Argibide (Pamplona), el S.S.M. de Sant Joan de Dèu en Gavá (Barcelona), la Unidad de Investigación Social de la Universidad de Cantabria, el Grupo de Investigación en Salud Mental Granada-Sur de la Universidad de Granada y la Unidad de Epidemiología y Evaluación de Servicios del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.

-Un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales de formación diversa (psiquiatras, economistas de la salud, profesionales de la salud pública, psicólogos, farmacéuticos clínicos, enfermeros, y trabajadores sociales) y con una actividad profesional variada incluyendo investigación, actividad académica, atención comunitaria pública y privada, y hospitalaria pública.

Uno de los objetivos del Grupo PSICOST lo constituye la estandarización de la Batería EPCAT para la Evaluación de la Atención en Salud Mental.

1.1. SELECCIÓN DE ÁREAS SANITARIAS PEQUEÑAS

Para la selección de áreas del estudio se remitió una carta a los jefes de servicios de psiquiatría a nivel nacional sobre el interés en participar en estudios de evaluación y costes de salud en el contexto de un estudio internacional sobre actitudes ante la economía de la salud (Moscarelli, 1994). Entre aquellas que mostraron interés en participar se seleccionaron 4 áreas que cumplían los criterios marcados por el grupo EPCAT:

- Base geográfica: áreas entre 50.000 y 250.000 habitantes
- Existencia de dispositivos específicos de Salud Mental
- Existencia de una buena base de datos clínicos y de utilización de servicios
- Personal con experiencia en Epidemiología Psiquiátrica
- Disparidad en la provisión de servicios

Las áreas seleccionadas fueron:

- Area de Burlada (Navarra)
- Area de Gavá (Barcelona)
- Distrito de Loja (Granada)
- Distrito de Salamanca (Madrid)

Con el objetivo de aumentar las unidades muestrales (servicios) para el estudio de fiabilidad, se añadió la comunidad autónoma de Cantabria que presentaba una estructura de la salud mental diferente a las demás áreas seleccionadas.

La selección incluyó áreas deprivadas, tanto rurales (distrito de Loja) como urbanas (distrito de Gava), así como áreas no deprivadas, rural/urbana (área de Burlada, Cantabria) y urbana (distrito de Salamanca). Se describen tres áreas pertenecientes a comunidades autónomas que disponen de un modelo de atención propio (Andalucía, Cataluña, Navarra). En 1997, los servicios de Cantabria y Madrid aún dependían del Sistema Nacional de Salud.

1.2. DESCRIPCIÓN DE ÁREAS SANITARIAS PEQUEÑAS. CARACTERÍSTICAS GENERALES

A continuación se describen las características generales de las cinco áreas seleccionadas:

Area de Burlada (Navarra)

Nivel óptimo de provisión de servicios. El Centro de Salud Mental de Burlada (59.000 habitantes) cubre uno de los 8 sectores asistenciales de la Red de Salud Mental de Navarra. Dado que en esta provincia existe un registro de casos (SISNA) en funcionamiento desde 1987, es posible estimar el número de sujetos del sector que realmente son atendidos en dicha área sanitaria. La adherencia al programa terapéutico a cinco años es del 80%. Este sector dispone de una red de dispositivos intermedios bien asentada, constituye un modelo dentro de su C.A. y puede considerarse en la última etapa de la reforma psiquiátrica (nivel 6: psiquiatría comunitaria consolidada) (González de Chávez, 1993). Las competencias sanitarias se han transferido plenamente.

Area de Salud Mental de Gavà (Barcelona)

La red de salud mental de Cataluña está organizada en circuitos asistenciales, en los cuales el Centro de Salud Mental constituye el elemento central al coordinar los demás equipamientos. El área de cobertura del CSM-Gavà abarca una población de 120.000 personas distribuidas en cinco municipios (Gavà, Viladecans, Castelldefels, St. Climent de L., Begues), las cuales pertenecen al área metropolitana de Barcelona. Los servicios de salud mental de esta área han tenido un desarrollo importante en los últimos años y en la actualidad existe una amplia red de servicios intermedios.

Area de Salud Mental de Granada Sur (Loja-Granada)

El Distrito Sanitario de Loja da cobertura a una población de 65.000 habitantes. Cuenta con tres centros de salud (Loja, Alhama de Granada y Montefrío), una unidad de salud mental, unidades de asistencia intermedia (hospital de día y unidad de rehabilitación) y de tipo hospitalario (hospital universitario de Granada). La media de consultas mensuales es de 585 (62 primeras consultas). El área cuenta con un buen sistema de información clínica sobre

los casos de esquizofrenia. Las competencias sanitarias se han transferido plenamente.

Distrito de Salud Mental Salamanca (Madrid)

El Distrito Sanitario de Salamanca, municipio de Madrid y ubicado en el Area Sanitaria 2, ocupa un sector plenamente urbano caracterizándose por servir de asentamiento a barrios de clase media y media-alta con actividad terciaria. Presenta un nivel dotacional y de servicios aceptable. Está compuesto por los barrios de Salamanca y Guindalera. Su población de 142.001 habitantes cuenta con una elevada proporción de mayores de 65 años y relativamente baja proporción de menores de 15 años. En el último año fueron tratados un total de 2097 casos lo que supuso una prevalencia administrativa de 12,25 por 1000 habitantes. El Area Sanitaria cuenta además con un sistema de Registro de Casos Psiquiátricos.

Area de Cantabria

Ausencia de servicios intermedios (Cantabria). Esta comunidad autónoma (590.000 habitantes) no contaba, en el momento de la evaluación, con transferencias sanitarias, ni un programa específico de salud mental. Tampoco existían estructuras intermedias ni plazas residenciales adecuadas exceptuando las del Hospital General de Valdecilla. La reforma psiquiátrica planteada en 1985 no había sido implantada en dicha comunidad, por lo que la red de dispositivos de Salud Mental se reducía básicamente a la atención en el hospital señalado, que cubría atención ambulatoria no sectorizada y hospitalización aguda, y a tres centros de salud mental sin una sectorización efectiva. La situación se correspondía con el nivel "0" de los indicadores del proceso de reforma psiquiátrica (González de Chávez, 1993). Sin embargo, el registro epidemiológico de los casos nuevos de esquizofrenia atendidos en dicha comunidad es adecuado para los años 1989 y 1990, gracias al estudio prospectivo longitudinal de incidencia de esquizofrenia efectuado por el equipo de psiquiatría social de la Universidad de Cantabria (Vázquez-Barquero y cols., 1995).

2. MATERIAL

2.1. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS

Mapa Europeo de Servicios –European Service Mapping Schedule- (ESMS)
(Johnson S y cols., en prensa)

El European Service Mapping Schedule (S. Johnson y R. Kuhlman) es un cuestionario diseñado para la descripción estandarizada de servicios de salud mental en el ámbito europeo. La versión española ha sido elaborada por dos equipos de las Universidades de Cádiz y de Granada (Salvador y cols., 1997).

Se comenta en detalle en el capítulo 5 de Introducción.

2.2. EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Escala Europea Socio-Demográfica (European Socio-Demographic Schedule – ESDS-) (Beecham J y cols., en prensa).

Origen y desarrollo

En diversas investigaciones internacionales previas, tales como las llevadas a cabo en el Reino Unido, se ha observado que algunas de las características sociodemográficas de la población de áreas pequeñas parecen estar relacionadas con la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios. Sin embargo, a pesar de que existen métodos estandarizados de recogida de datos sobre tales variables en diferentes países, carecemos de métodos prácticos y válidos internacionalmente, lo cual ha impedido el avance de la investigación en este campo.

La Escala Europea Socio-demográfica (ESDS) es uno de los instrumentos desarrollados por los miembros del European Psychiatric Care Assessment Team (EPCAT), con la finalidad de estandarizar la evaluación de

los servicios de atención a largo plazo y tratamiento de personas con problemas de salud mental en diferentes países.

El propósito general fue incluir un conjunto de indicadores sociodemográficos simples que tuvieran las siguientes propiedades:

- Una asociación demostrada con las tasas de enfermedad psiquiátrica y/o de utilización de servicios,
- que los datos relacionados fueran recogidos de manera rutinaria y fácilmente accesibles en un formato comparable en cada país europeo, y,
- que las posibles variaciones culturales en el significado de las variables no fueran tan fuertes como para invalidar las comparaciones transnacionales.

Una finalidad secundaria, presente en cualquier diseño de cuestionarios, era encontrar un equilibrio entre la inclusión de suficientes indicadores que asegure que nuestra evaluación sea útil y mantener la escala tan breve como fuera posible. Se seleccionaron por tanto 14 indicadores (ver Anexo 4) para la versión piloto de la ESDS.

Después del estudio piloto en el que participaron 5 países europeos (Alemania, Italia, Reino Unido, Suecia y España) se realizaron algunas modificaciones a partir de las dificultades encontradas y que se incluyeron en la versión definitiva.

Estructura

Se dividieron las preguntas de la versión piloto de la ESDS en dos partes:

En la primera se recoge un conjunto de datos precisos siguiendo las definiciones proporcionadas por el censo británico. Si no existen datos concretos, se pide al evaluador que complete la segunda parte de la pregunta.

En la segunda parte se pide información de ámbito nacional para cada uno de los 14 indicadores, de tal manera que se puede evaluar la posición del área en

relación con la media del país. Esta última sección es importante por dos razones: primero, porque si no se dispone de datos locales, la media nacional puede proporcionar un valor aproximado que los sustituya. Segundo, y desde un punto de vista a largo plazo, con la inclusión de un número suficiente de áreas y países, los datos podrían permitir a los investigadores a formularse preguntas sobre el impacto de la privación relativa y absoluta. ¿Son la morbilidad y la alta utilización de servicios un resultado de la limitación de recursos materiales per se o son el resultado de una situación social que está en el extremo más privado del espectro de una sociedad particular?

Se incluye una cuestión final sobre las dificultades que pueda haber encontrado el evaluador a la hora de cumplimentar la escala

Situación actual de la Escala

La versión española del ESDS fue realizada en 1997 por Salvador L y Romero C siguiendo los criterios de traducción conceptual. Actualmente, la escala se encuentra en proceso de validación una vez realizado el estudio piloto en 5 países europeos (España, Reino Unido, Italia, Alemania y Suecia).

3. METODO

3.1. OBJETIVO 1. ESTANDARIZACIÓN DEL ESMS

3.1.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

En el estudio de estandarización del ESMS, la unidad muestral es el *servicio socio-sanitario* según la definición operativa descrita en el glosario ("las unidades más pequeñas, con estructura administrativa propia, dentro del sistema local de salud mental").

Para la selección de servicios se solicitó a los responsables de salud mental de cada área una lista con todos los servicios de salud mental disponibles. Esta lista fue revisada y completada por dos investigadores de referencia del Grupo Psicost a partir de información obtenida del ítem “relaciones con otros servicios” de la sección D del ESMS.

3.1.1.1. Justificación del tamaño muestral

No existe consenso en estudios de estandarización de instrumentos para evaluación de servicios.

El estudio de *fiabilidad* del ESMS requería la descripción de un amplio rango de servicios de forma que nos permitieran obtener una imagen rápida y clara de la disponibilidad de servicios de salud mental en España. Se estimó inicialmente una N=100.

3.1.1.2. Criterios de inclusión de servicios de salud mental

Se incluyeron en la muestra todos los servicios de salud mental localizados dentro de cada una de las 5 áreas ya seleccionadas además de todos aquellos servicios de salud mental que se encontraban fuera del área pero que eran utilizados por la población del área en una proporción mayor de 5/100.000 habitantes.

3.1.1.3. Criterios de exclusión de servicios de salud mental

Se excluyeron servicios específicos para retraso mental, drogodependencias o psiquiatría infantil así como servicios generales de salud o de asesoramiento. Tampoco se incluyeron las consultas privadas no concertadas por su dificultad en la obtención de datos acerca de las mismas.

3.1.2. DISEÑO

El ESMS permite una descripción operativa de los servicios disponibles en un área sanitaria determinada. El proceso de estandarización se ha llevado a cabo de acuerdo con los siguientes pasos: traducción conceptual, análisis de contenido/estructura, viabilidad, validez descriptiva y fiabilidad inter-evaluador.

Para el estudio de viabilidad y validez se elaboró un cuestionario específico que llamamos *cuestionario de utilidad* (se incluye en Anexo) y en el que se incluyeron 11 ítems relacionados con estos tres parámetros. Este cuestionario de utilidad fue cumplimentado por 15 personas con diferentes perfiles (ver tabla III.1): 5 gestores, 4 profesionales pertenecientes a la red asistencial de salud mental, participantes en el estudio y con conocimiento del instrumento y 6 evaluadores independientes de la red asistencial pertenecientes al estudio (2 de ellos expertos en evaluación de servicios de salud mental). Los profesionales de la red asistencial de salud mental evaluaron el cuestionario a partir de su utilización para la descripción de los servicios de su área de referencia. Los evaluadores independientes y los expertos cumplimentaron el cuestionario de utilidad tras la utilización del ESMS en el taller de entrenamiento mediante el uso de viñetas. Cada ítem del cuestionario fue evaluado por personas con perfil profesional diferente en función del objetivo perseguido en el parámetro estudiado.

Tabla III.1. Perfil de los evaluadores para el estudio de viabilidad y validez

	VIABILIDAD			VALIDEZ		
	Aplicabilidad	Aceptabilidad	Practicabilidad	Simple	Contenido	Divergente
Gestores						
Profesionales de la red asistencial de salud mental* (P.SM)	x	x	x		x	x
Evaluadores independientes de la red asistencial de salud mental (E.UM)						
Expertos en evaluación de servicios* (Exto)		x	x	x	x	x

*Con conocimiento y manejo previo del instrumento

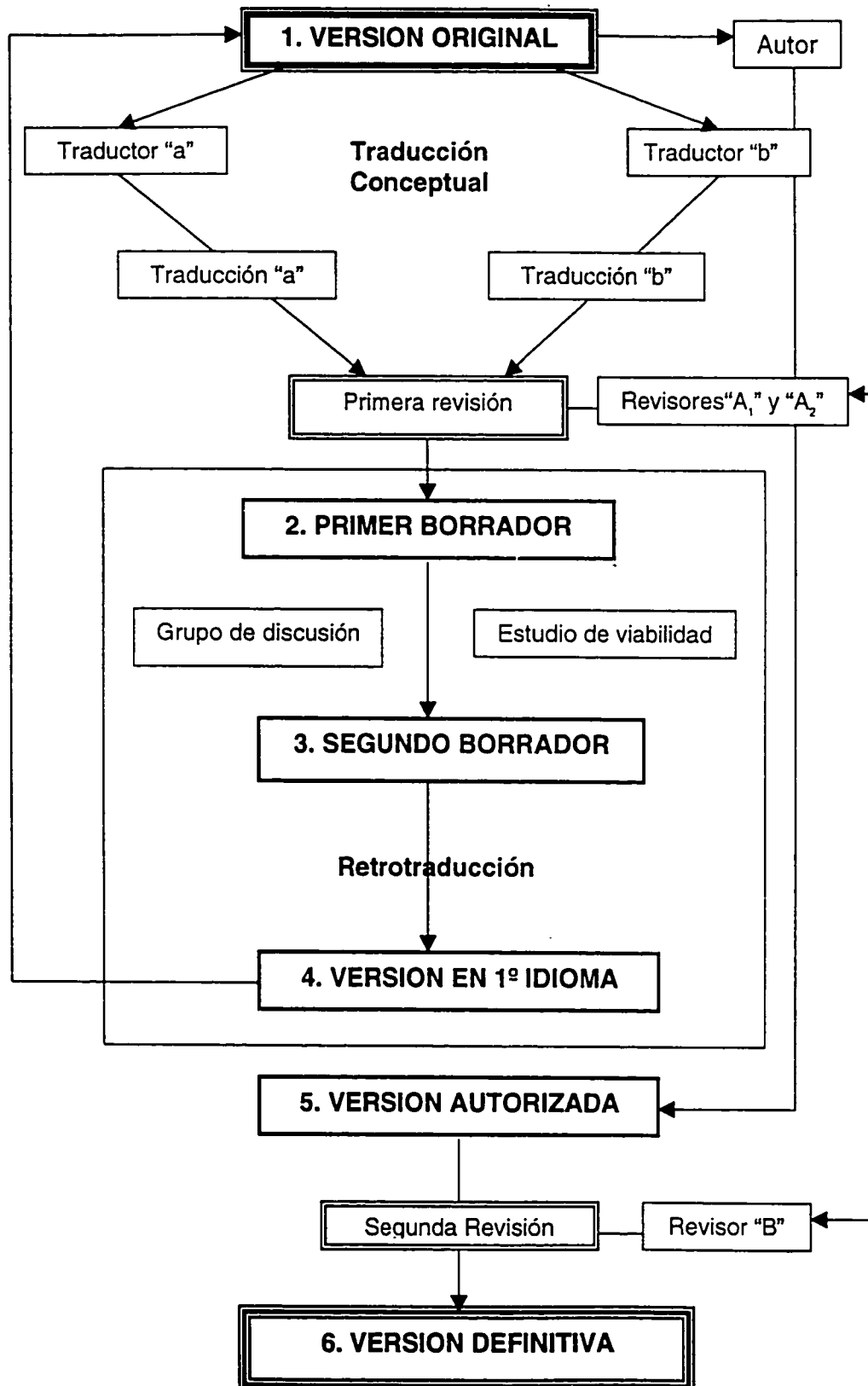
Así, contamos con 9 valoraciones de la dimensión de aplicabilidad (gestores y profesionales asistenciales de la salud mental), 10 valoraciones (profesionales asistenciales de la salud mental, evaluadores independientes de la red asistencial y expertos en evaluación de servicios) para la aceptabilidad, practicabilidad, validez de criterio y divergente, y 6 (evaluadores independientes de la red asistencial y expertos en evaluación de servicios) para la validez simple.

3.1.2.1. Traducción conceptual

La versión española del European Service Mapping Schedule ha sido elaborada por dos equipos de las Universidades de Cádiz y de Granada. Se ha adaptado el proceso de traducción conceptual empleado en los estudios OMS/NIH (Room y cols., 1996), con especial referencia a la traducción española de la batería SCAN (Vázquez-Barquero y cols., 1993) y que pretende recoger fielmente la esencia de la primera lengua adaptándola al entorno cultural de la segunda lengua (Gaite y cols., 1997). Los pasos seguidos en el proceso de traducción conceptual se reflejan en la figura III.1:

1. Se efectuaron dos traducciones independientes por clínicos españoles con buen conocimiento del inglés. Uno de ellos con experiencia en evaluación psiquiátrica estandarizada ("a") y el otro con formación clínica ("b").
2. Dos clínicos bilingües (revisores "A₁" y "A₂") efectuaron la primera revisión comparando las dos traducciones independientes y coordinando la elaboración del primer borrador y de un listado de términos conflictivos. El equipo de evaluadores, constituido por los dos traductores y los revisores llevaron a cabo un análisis de cada ítem en términos de semejanza con respecto al original, contenido, claridad, comprensión y adaptación al entorno cultural, anotando todas las objeciones y sugerencias.
3. Los problemas identificados en la fase anterior se comentaron en un grupo de discusión (Grupo Psicost) y se efectuó un estudio de viabilidad preliminar del borrador "1" en diez casos que pertenecían al estudio de referencia

Figura III.1. Proceso de Traducción Conceptual del ESMS



4. (Psicost). Los ítems críticos se volvieron a redactar y el procedimiento se repitió hasta que los ítems fueron aceptados. Tras este proceso se elaboró un segundo borrador y un nuevo listado de términos y expresiones conflictivas.
5. Se procedió a la retrotraducción del borrador "2" por un traductor nativo, especialista en traducciones técnicas y con un amplio conocimiento de la terminología psiquiátrica. La retrotraducción fue efectuada de forma ciega al instrumento original, pero después se le permitió comparar la misma con el original, incorporando sus sugerencias al listado de problemas.
6. El autor principal de la entrevista cotejó la traducción al inglés del borrador "2" con la versión original y revisó el listado de problemas discutiendo con el revisor "A₁" y con el grupo de discusión las posibles alternativas y sugerencias. Como resultado de este proceso se elaboró una versión autorizada del ESMS.
7. Un clínico con experiencia en evaluación psiquiátrica pero sin conocimientos del inglés (revisor "B") revisó la última versión española del instrumento para comprobar la facilidad de lectura del texto definitivo y su adecuación. Tras esta fase se efectuó una última revisión del cuestionario dando por finalizado el proceso de traducción.

Para valorar la importancia en las disparidades observadas en el proceso comparativo de la traducción, se realizó una clasificación de los términos relacionados o no con el ámbito de estudio, es decir, pertenecientes o no al lenguaje común (generales o técnicos) y, en el caso de tratarse de términos técnicos, si éstos respondían a aquellos que en el contexto de estudio toman un significado especial y de importancia (generales) o eran específicos del área de evaluación de servicios.

La misma clasificación se realizó para aquellos párrafos que presentaron diferencias en su traducción ya se tratara de párrafos del lenguaje común (generales) o relacionados con el contexto de estudio (técnicos) que a su vez

podían ser técnicos generales o técnicos específicos del área. En la clasificación de párrafos conflictivos se añade el caso de párrafos confusos en cuyo caso se pidió aclaración al autor.

Todos los términos o párrafos que presentaron conflictos de traducción se diferenciaron según se tratara de:

Conflictos de criterio: donde aparecen términos o párrafos distintos pero equivalentes en cuanto a significado, es decir, no introducen cambios conceptuales en el significado de los mismos. En ellos, se optó por una traducción acorde con el lenguaje que se maneja en la red sanitaria española con el objeto de hacer más cercano el instrumento a los profesionales que lo vayan a utilizar.

Conflictos de concepto: donde la elección de una u otra traducción del mismo término o párrafo implica cambios conceptuales en el significado de los mismos. En este caso, se llegó al consenso teniendo en cuenta el objetivo que se perseguía en cada contexto.

3.1.2.2. Curso de entrenamiento

En 1998 se organizó en Jerez un curso de entrenamiento en el uso del ESMS donde participaron siete miembros del grupo Psicost.

Se revisaron los problemas de la aplicación del ESMS encontrados en España e Italia y se introdujeron cambios para la versión final.

Posteriormente, se realizó un curso de entrenamiento para los evaluadores locales del estudio de estandarización.

Se realizó un análisis descriptivo del contenido y estructura del instrumento.

3.1.2.3. Estudio de viabilidad

El estudio de *viabilidad* del ESMS se efectuó en las 4 primeras áreas seleccionadas.

La evaluación de la viabilidad del instrumento se realizó en función de las tres dimensiones descritas por Andrews y cols. (1994) y ya comentadas en el capítulo 2 de Introducción (aplicabilidad, aceptabilidad y practicabilidad). Estas tres variables se formularon como ítems dentro del cuestionario de utilidad comentado al inicio del apartado de Diseño.

Los ítems de viabilidad del cuestionario fueron valorados por personas con diferente perfil profesional en función del objetivo de la dimensión estudiada.

Aplicabilidad

Cinco gestores y cuatro profesionales de la red asistencial de salud mental pertenecientes al estudio valoraron las siguientes cuestiones:

¿En qué medida considera que los datos aportados tienen importancia para su aplicación en la gestión y planificación del área?

¿En qué medida considera que la descripción que aporta el cuestionario es útil para describir el área?

Aceptabilidad

Se analizaron las siguientes variables:

-Grado de dificultad medida como alta, media, baja o ninguna en las siguientes variables:

- Codificación del cuestionario*
- Disponibilidad de información*
- Accesibilidad a la información*
- Resistencia de los servicios*
- Tiempo empleado en la cumplimentación*

Estas variables fueron analizadas por 12 personas con conocimiento y manejo previo del instrumento.

Practicabilidad

Los evaluadores (12 personas con conocimiento previo del instrumento) valoraron las siguientes preguntas:

¿En qué medida considera que la exposición de los datos que se aporta es clara y fácil de interpretar?

¿Qué tipo de entrenamiento previo a la cumplimentación del cuestionario considera que sería necesario?

3.1.2.4. Estudio de validez

El estudio de validez de la versión española del ESMS se limitó a la validez descriptiva.

Las variables consideradas como validez descriptiva, incluidas en el cuestionario de utilidad se formularon de la siguiente forma:

Validez simple

¿En qué medida la descripción aportada por el cuestionario es precisa de forma que permita una adecuada "fotografía" de la red de servicios de salud mental del área?

¿En qué medida considera que la exposición de los datos que se aporta es lógica, coherente y tiene sentido?

Validez de contenido

¿En qué medida la descripción del área que aporta el cuestionario es completa y suficiente en cuanto al detalle?

Validez discriminante

Teniendo en cuenta que la validez discriminante puede definirse de diferentes formas, aquí nos referiremos al grado en que el ESMS agrupa servicios similares en la misma rama y diferentes servicios en diferentes ramas (14). En el cuestionario de utilidad formulamos, en este sentido, la validez discriminante de la siguiente forma:

¿Considera que en algún caso servicios con estructura diferente han sido clasificados en una misma rama?

¿Considera que en algún caso servicios con estructura similar han sido clasificados en ramas diferentes?

¿Diferentes servicios se han clasificado en diferentes ramas del ESMS y servicios similares en ramas similares?

3.1.2.5. Estudio de fiabilidad

Un evaluador de cada área seleccionada elaboró una descripción detallada de cada servicio además de cumplimentar los datos de localización y utilización para cada servicio según los criterios del cuestionario ESMS. Dos evaluadores de referencia con experiencia en evaluación de servicios revisaron de forma independiente la descripción y el inventario del ESMS (sección D), recogieron información adicional (informes anuales de actividad) cuando fue necesario y cumplimentaron los árboles de localización y utilización del ESMS (secciones B y C) ciegos a la codificación del evaluador local. Se acordó un código final para la localización de cada servicio después de una discusión entre los evaluadores locales y de referencia. En algunos casos fue necesario consultar a los autores originales del instrumento.

Se analizó la fiabilidad de los datos de la Sección B de localización de servicios. No se realizó análisis de fiabilidad en la Sección C de utilización de servicios al no presentarse discrepancias en este nivel que no fueran las relacionadas con el acuerdo en la localización. Con relación a la Sección B, se analizaron dos tipos de fiabilidad inter-evaluador:

- Acuerdo entre evaluadores con experiencia y conocimiento similar. Se evalúa su entrenamiento y uso del instrumento de evaluación (evaluadores de referencia)
- Acuerdo entre un evaluador de referencia y un evaluador local con experiencia limitada en el uso del ESMS. Es importante evaluar este acuerdo ya que se considera que el ESMS puede ser utilizado por personal sin experiencia en el uso del instrumento.

3.2. OBJETIVO 2. DESCRIPCIÓN ECOLÓGICA DE ÁREAS SANITARIAS PEQUEÑAS

3.2.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionaron 4 áreas pequeñas y una comunidad autónoma con diferente organización y política sanitaria de salud mental.

3.2.2. DISEÑO

Se realiza una descripción ecológica de 5 áreas sanitarias. Para la descripción ecológica del área desde la dimensión geográfica se utilizó el cuestionario desarrollado por el grupo EPCAT para áreas geográficas (European Socio-Demographic Schedule -ESDS-). Los datos solicitados en este cuestionario se cumplieron a través de información recogida a nivel local y en el centro coordinador en cada área. Estos datos se completaron con información procedente del Instituto Nacional de Estadística (INE) (1991, 1998), los informes de La Caixa (1998) y Fundación BBV (1997) y el informe SESPAS (1997). También se solicitó la colaboración del Consejo Económico y Social (CES). En el caso de datos no coincidentes con los solicitados en el ESDS, se incluyó la información más aproximada disponible sobre el área.

Con relación al único estudio de referencia disponible sobre áreas sanitarias pequeñas en España (Benach, 1998) se adaptaron los siguientes indicadores: desempleo, analfabetismo, clase social baja y hacinamiento.

3.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El porcentaje de acuerdo simple (%AC) (Cohen, 1960) se ha utilizado como indicador de la *fiabilidad* ya que los datos entre los que se evalúa la concordancia siguen una escalación ordinal de tres o más grados. Este estimador hace referencia al porcentaje de servicios en cuyos códigos ESMS han coincidido las observaciones de los dos evaluadores de referencia o entre el evaluador de referencia y el evaluador local (fiabilidad interexaminador).

No es posible realizar un análisis kappa ya que el tamaño de la muestra necesario excede el número de servicios disponible en las cinco áreas evaluadas.

Para el *estudio de utilidad del ESMS* se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida siguiendo los criterios de viabilidad, fiabilidad y validez ya descritos.

De igual forma, se efectuó un análisis descriptivo para el *estudio ecológico* de áreas sanitarias.

3.4. LIMITACIONES METODOLOGICAS

El diseño de este estudio presenta una serie de limitaciones metodológicas que deben tenerse en cuenta:

- Tal como hemos comentado, no existe un consenso internacional sobre el tamaño muestral en estudios de validación de escalas, ni sobre su estandarización en entornos culturales una vez efectuada la validación original. El tema se complica cuando las unidades muestrales no son sujetos sino servicios, como es el caso del ESMS.

Teniendo en cuenta que el ESMS ofrece 33 códigos diferentes, clasificados en tres grandes grupos (residenciales, de actividades estructuradas y de día, ambulatorias o comunitarias y no profesionales o de auto-ayuda), la muestra analizada en este estudio puede considerarse baja (N=78).

Un criterio básico para la selección de áreas fue contar con registros mínimos de datos y equipos expertos en epidemiología y evaluación. Aun con estos requisitos, la recogida de datos fue compleja por la falta de registros únicos y la necesidad evidenciada durante el estudio de entrenamiento de los evaluadores. Por todo ello, una ampliación de las áreas habría supuesto un posible descenso en la validez de la recogida de información.

- Esta limitación constituye una dificultad adicional a la hora de abordar el análisis estadístico de los datos para el estudio de fiabilidad. La comparación del nivel de acuerdo por categorías no permite el uso del Kappa simple debido a la baja prevalencia para algunas de las categorías. Por este motivo, hemos optado por un análisis del porcentaje de acuerdo simple (%AC) (Cohen, 1960) como indicador de la fiabilidad.
- La decisión de incluir la comunidad autónoma de Cantabria con el objetivo de aumentar el tamaño muestral supone la consideración de dos submuestras diferentes: una correspondiente a áreas sanitarias pequeñas que cumplan los criterios EPCAT, y otra correspondiente a una comunidad autónoma uniprovincial. Ello dificulta la comparabilidad de estos dos grupos de servicios. Sin embargo, en lo que respecta a la utilidad, nos da una información adicional sobre el uso del ESMS en dos contextos diferenciados.
- La selección de cinco áreas sociosanitarias en España puede plantear dudas acerca de su representatividad en el territorio nacional. No obstante, hemos intentado que las 4 áreas pequeñas seleccionadas presentaran diferencias en cuanto a organización, disponibilidad, funcionamiento y distribución de la red de servicios de salud mental (tal como refleja la

Encuesta Nacional de Salud Mental, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998).

- La evaluación de la viabilidad del instrumento ha sido efectuada por 15 personas con diferentes perfiles profesionales. Este número de evaluadores puede considerarse bajo y los perfiles profesionales no corresponder al conjunto de posibles usuarios de la información aportada por el ESMS. De todas formas, la novedad del cuestionario hacía difícil plantear dicha evaluación de la viabilidad en un número mayor de sujetos y, de hecho, fue difícil reclutar los cinco gestores que se incluyen en el estudio. Se consideró la posibilidad de encuestar a representantes de asociaciones de familiares y usuarios. Esta propuesta fue descartada por el nivel de preparación necesario para efectuar los juicios.

IV

RESULTADOS



1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Se identificaron 92 servicios en las 5 áreas (Tabla IV.1), de los cuales, 29 no habían sido incluidos en la lista por los responsables locales debido a su baja utilización (18) o por la no identificación de los mismos (11). 14 servicios fueron excluidos del análisis por no ajustarse a los criterios del ESMS.

Así, la muestra se compone de 78 servicios. Estos servicios se han descrito en 94 códigos del ESMS ya que nueve de ellos han sido clasificados en más de una categoría de este cuestionario.

Las características específicas de la muestra constituyen el objetivo 2 del estudio y se describen en el apartado correspondiente.

Tabla IV.1. Listado de servicios identificados en 5 áreas sanitarias en España

[illegible]

2. RESULTADOS EN FUNCION DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. Objetivo 1. Estandarización de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS) en servicios sanitarios de salud mental de áreas pequeñas. Un instrumento para descripción, clasificación y evaluación de servicios y costes en salud mental (esquizofrenia) desde la perspectiva de arriba abajo.

2.1.1. Adaptación conceptual de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

2.1.1.1. Identificación de ítems críticos

Siguiendo la metodología de traducción conceptual y la clasificación de términos y párrafos conflictivos establecida, la comparación de las traducciones independientes permitió la detección de una serie de términos y párrafos conflictivos.

Los términos conflictivos se clasificaron de la siguiente forma:

- *Términos generales* (por ejemplo counting)
- *Términos técnicos generales* (por ejemplo schedule, map)
- *Términos técnicos específicos del área* (por ejemplo service, facilities, catchment area, care y setting)

Estos términos fueron clasificados además según el tipo de conflicto (de criterio o de concepto) que plantearon:

- *Conflicto de criterio.* Se localizaron disparidades de criterio en los términos “setting” (localización y emplazamiento), “mapping” (localización y mapeo), “service” (dispositivo y servicio), “facility” (recurso y dispositivo), “map” (árbol

o diagrama) y "counting" (contabilización y recuento). La traducción de estos conceptos se ajustó al lenguaje de la red sanitaria española. En algunos casos se consideraron términos equivalentes o sinónimos. Se acordó la traducción de estos términos de la siguiente forma:

- Setting. Se optó por emplazamiento.
 - Mapping. Se consideró que el concepto de localización se ajustaba mejor al lenguaje de la red asistencial española.
 - Service. Se consideró más adecuado el concepto de servicio.
 - Facility. Servicio y recurso fueron considerados términos equivalentes.
 - Counting. El término contabilización se consideró más adecuado.
 - Map. Arbol y diagrama se consideran términos equivalentes.
- *Conflicto de concepto. Tres términos presentaron conflicto de concepto en su traducción: "schedule" (programa y cuestionario), "catchment area" (área de cobertura y área de captación) y "care" (atención y cuidado). En ellos se llegó al consenso teniendo en cuenta el objetivo que se perseguía en cada contexto. Así, se tradujo "schedule" como cuestionario, "catchment area" como área de cobertura y "care" como atención.*

Con relación a los párrafos, se detectaron conflictos de criterio, entre otros, en los siguientes:

- "servicios que implican contactos entre el equipo de salud mental y pacientes para algún objetivo relacionado con el manejo de la enfermedad mental y sus dificultades clínicas y sociales asociadas"*
- "servicios que conllevan un contacto entre el personal de salud mental y los pacientes con el propósito del control de la enfermedad mental y sus dificultades clínicas y sociales asociadas"*

Los siguientes párrafos, entre otros, presentaron conflictos de concepto:

-“servicios que proporcionan a los pacientes contactos regulares con profesionales de la salud mental pero donde éste se produce en períodos superiores a 15 días”

-“servicios en los que se proporciona al paciente contacto con profesionales de la salud mental, pero en los que la máxima atención proporcionada es inferior a dos semanas”

Los párrafos confusos fueron consultados y aclarados con los autores del instrumento. Por ejemplo, el párrafo *“patients who have been seen only once in the past month or who have not been seen in the past month, but have been seen in the past three months and with whom a further contact is definitely planned within the next three months...”* creó dificultades y finalmente se tradujo como figura en el formato definitivo (ver Anexo 2).

2.1.1.2. Elaboración de una versión española definitiva

La versión española definitiva del instrumento (ver en Anexo 2) se efectuó tras el proceso de traducción conceptual, la realización del estudio piloto y el taller de entrenamiento y la revisión con los autores originales del instrumento de las incongruencias e ítems críticos señalados anteriormente.

2.1.2. Análisis de contenido/estructura de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

La elaboración del instrumento ha seguido los criterios del grupo EPCAT. Así, incluye una sección introductoria, una descripción de la experiencia requerida por los evaluadores, instrucciones claras para la cumplimentación, definición de áreas, población diana, criterios de exclusión e inclusión así como un glosario de términos y ejemplos para cada uno de los códigos. La estructura de árbol propuesta para las secciones B y C simplifica el proceso de codificación.

2.1.3. Estudio de la adecuación de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS)

El ESMS ha sido valorado por los evaluadores locales y de referencia como un instrumento relevante para el objetivo del estudio con una adecuada relación entre su complejidad y el objetivo para el que se pretende utilizar. Sin embargo, y aunque se registra la fecha de cumplimentación del cuestionario, se detecta la carencia del periodo al que hacen referencia los datos recogidos. Este hecho incide en el objetivo de permitir realizar comparaciones entre áreas de ámbito nacional e internacional. El análisis de sus propiedades psicométricas planteado, basado en viabilidad, validez y fiabilidad, resulta adecuado (se comentan en los siguientes apartados).

2.1.4. Estudio de viabilidad de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

Los perfiles profesionales elegidos para la valoración de cada una de las dimensiones de viabilidad se describen en el apartado de Diseño.

Aplicabilidad

Se consideró que el cuestionario recogía un tema importante proporcionando una información con una utilidad valorada como alta por todas las personas que evaluaron esta dimensión excepto un profesional de la salud mental que la valoró como media. La importancia de los datos para la planificación y gestión de servicios fue considerada alta por todos los gestores y entre media y alta por los evaluadores con actividad asistencial.

Tabla IV.2. Valoración de la aplicabilidad del ESMS por profesionales del sector de salud mental

Ítem	Evaluación	Profesionales de salud mental integrados en la red asistencial				Estructuras				
		A	B	C	D	A	B	C	D	E
Item 3.	Utilidad de la descripción	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Item 4.	Importancia de datos para planificación y gestión	1	1	2	2	1	1	1	1	1

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna

* Profesionales de salud mental integrados en la red asistencial

En general, la estructura de árbol del ESMS se ha considerado útil para describir los servicios disponibles en nuestro país.

Aceptabilidad

La facilidad en la utilización (user-friendliness) del instrumento fue valorada de forma dispar en función de los aspectos incluidos en la evaluación y de la procedencia de los evaluadores.

No se encontró resistencia en el personal de los servicios en la recogida de los datos de utilización en ninguna de las áreas seleccionadas excepto en Burlada que se valoró como resistencia media. La utilización de un censo mensual para cumplimentar la utilización de servicios en aquellos casos donde no existan datos globales, requirió la colaboración activa del personal del servicio lo cual resultó complicado especialmente en servicios no públicos que son utilizados por los habitantes del área de forma irregular.

Tabla IV.3. Valoración de la aceptabilidad del ESMS por profesionales del sector de salud mental

	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental	Profesionales de la salud mental
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Tiempo empleado en cumplimentar										
Sección B	1 día	10 días	2 días	1 día						
Sección C	30 días	15 días	2 días	4 días						
Sección D	1 día	2 días	2 días	2 días						
2. Grado dificultad										
Codificación										
Sección B	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3
Sección C	1	3	1	1	2	2	2	2	2	3
Sección D	3	2	4	2	3	3	1	2	3	4
Disponibilidad de información										
Sección B	3	2	3	4						
Sección C	1	1	1	1						
Sección D	3	2	3	2						
Accesibilidad a la información										
Sección B	3	2	3	4						
Sección C	1	2	1	3						
Sección D	3	2	3	3						
Resistencia de los servicios										
Sección B	4	4	4	4						
Sección D	4	4	4	4						

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna

Se detectó una mayor dificultad en la disponibilidad de la información y en la codificación de los datos, fundamentalmente en la sección C de utilización de servicios que fue valorada de alta dificultad por los cuatro profesionales de

salud mental locales. Los ítems de disponibilidad de la información y codificación de los datos están muy relacionados entre sí. La sección B fue considerada de dificultad entre baja y alta según la procedencia de los evaluadores locales. La sección D presentó una dificultad entre media y nula.

La dificultad en la accesibilidad a la información se consideró entre media y baja para la sección D. La sección C presentó una dificultad alta para dos de los evaluadores y entre media y baja para los dos restantes. La sección B fue valorada con una dificultad entre media y nula.

Los evaluadores locales necesitaron entre 1 y 10 días para cumplimentar la Sección B; entre 2 y 30 días para la Sección C y entre 1 y 2 días para la Sección D. El tiempo de cumplimentación osciló en función de la disponibilidad de la información y las diferencias en el número de servicios de cada área.

El estilo de redacción utilizado fue considerado difícil de comprender por un evaluador. Varios términos y enunciados han sido modificados en la versión española. Aparecieron algunos errores e incongruencias en los formatos de cumplimentación del cuestionario remitidos por los evaluadores locales de dos áreas particularmente en la sección "C" (utilización de servicios) con relación a la diferencia entre intensidad del servicio y de la utilización.

Los evaluadores expertos debieron revisar y aclarar dudas con los evaluadores locales a pesar del entrenamiento previo.

Practicabilidad

Se ha apreciado una alta variabilidad en la valoración de la practicabilidad (claridad y facilidad en la interpretación). Cuatro evaluadores la consideraron alta, tres como media y tres como baja.

Nueve de los diez evaluadores consideraron necesario un entrenamiento específico medio antes de la cumplimentación del cuestionario.

Tabla IV.4. Valoración de la practicabilidad del ESMS por profesionales del sector de salud mental

Ítem	Descripción	Centro de Salud Mental de Madrid				Centro de Salud Mental de Barcelona				Centro de Salud Mental de Valencia	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Item 8.	Exposición de los datos clara y fácil de interpretar	2	1	3	3	1	2	3	2	1	1
Item 9.	Entrenamiento previo	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna

Eficiencia

Teniendo en cuenta la valoración positiva de su utilidad (beneficio) así como una dificultad entre baja y media en su cumplimentación, un tiempo de cumplimentación máximo de 30 días y la necesidad de un entrenamiento medio (coste), los evaluadores expertos consideran que la eficiencia del ESMS se sitúa en un rango de medio a alto teniendo en cuenta la carencia de cuestionarios similares.

2.1.5. Validez descriptiva de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

Validez simple

En general, la descripción proporcionada por el ESMS resultó significativa para los evaluadores expertos con relación a la veracidad de la medida en el campo concreto de su aplicación. Las ramas principales ("residencial", "día y actividades estructuradas" y "ambulatoria y comunitaria") permitieron una clasificación lógica de los servicios disponibles en las áreas seleccionadas.

La precisión de la descripción fue valorada como media por los evaluadores expertos y alta por los evaluadores independientes.

Tabla IV.5. Valoración de la validez simple del ESMS por profesionales del sector de salud mental

	Evaluadores Expertos	EXPERTOS EN EVALUACIÓN DE SERVICIOS		PROFESIONALES DE SALUD MENTAL INDEPENDIENTES RED ASISTENCIAL			
		A	B	A	B	C	D
Item 6. Descripción precisa		2	2	1	1	1	1
Item 7. Exposición de los datos lógica, coherente y con sentido		1	1	1	1	1	1

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna

P.SM: Profesionales de la red asistencial de salud mental

La exposición de los datos se consideró lógica, coherente y con sentido a un nivel alto en todos los evaluadores. En este sentido, se detectó un problema con relación a los datos de utilización de servicios que fueron codificados de diferente manera según la información disponible en cada servicio. Así, encontramos servicios en los que la utilización venía dada por tasas mensuales y en otros por tasas medias anuales.

Validez de contenido

Los evaluadores consideraron que el instrumento presentaba una descripción completa y suficiente a un nivel medio para 7 de los 10 evaluadores.

Tabla IV.6. Valoración de la validez de contenido del ESMS por profesionales del sector de salud mental

Item	Descripción	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	completa y suficiente	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna

Dos servicios no pudieron clasificarse adecuadamente en las categorías del ESMS: el servicio de interconsulta psiquiátrica en el distrito de Salamanca (Madrid) y el servicio jurídico de la Asociación ANASAPS de Burlada (Navarra).

El ESMS establece dos criterios de inclusión y exclusión que se han considerado incompletos:

- *Punto de corte (mínimo 5 usuarios en el pasado año por 100.000 habitantes) para identificar servicios fuera del área seleccionada que deben ser incluidos, y*
- *Los servicios situados dentro del área pero que no atienden a ningún sujeto del área deben excluirse,*

Ello se debe a que su aplicación exhaustiva deja fuera del estudio a algunos de los servicios oficiales de las áreas. Así, varios servicios de Loja (Cortijo "la Matanza" y los pisos protegidos) y del distrito de Salamanca (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Unidad Media Estancia Benito Menni, Programa de Apoyo a la Rehabilitación Comunitaria y Mini-Residencia del Retiro) quedarían fuera del mapa por no atender a ningún sujeto en el momento de la recogida de datos.

En nuestro estudio, hemos optado por no excluir dichos servicios al considerarse necesarios para una descripción completa de los servicios de salud mental disponibles en el área.

La exclusión de los servicios dirigidos a población infantil y adolescente crea problemas en la medida que en algunas áreas (p.e. distrito de Salamanca – Madrid-), el punto de corte entre servicio infanto-juvenil y de adultos se encuentra en los 16 años y en otras (p.e. Granada) en los 18 años.

La redacción del criterio de intensidad para clasificar la rama final de “servicios ambulatorios y comunitarios” se presta a confusión. Encontramos servicios que han sido clasificados siguiendo el criterio de disponibilidad teórica más que el de disponibilidad real en la práctica de rutina. Esta confusión se traduce en algunos servicios en una incongruencia entre la información aportada acerca de la disponibilidad del servicio (sección B) y los datos sobre la utilización de dicho servicio (Sección C).

La codificación en más de una rama de un mismo servicio presenta también un problema de validez de contenido.

A otro nivel, la escala establece una distinción deficiente entre hospitales psiquiátricos y hospitales generales al basarse exclusivamente en el criterio de posibilidad de ingreso en 24 horas o no cuando, al menos en España, la atención proporcionada en unos y otros presenta mayores diferencias.

La evaluación de la utilización en los servicios residenciales de estancia indefinida también plantea un problema de validez de contenido. La información acerca de la procedencia de los pacientes ingresados se inicia, en algunas áreas, a partir del momento en que se establece la red actual de servicios de salud mental. De esta forma, pacientes del área que ingresaron antes del proceso de reforma de la salud mental y que aún permanecen en el servicio, no quedarían recogidos como usuarios del área.

Validez discriminante

El ESMS muestra niveles moderadamente adecuados de validez discriminante de forma que 67 de los 78 servicios evaluados fueron descritos adecuadamente por el ESMS de acuerdo con la opinión de los expertos. Once servicios fueron clasificados en ramas similares a pesar de ser juzgados como diferentes por los evaluadores. Este aspecto sólo fue identificado por los evaluadores expertos.

La distinción móvil/no móvil requiere, en el ESMS, que al menos un 20% de los contactos se realicen fuera del emplazamiento habitual del servicio. Este criterio presenta dos dificultades en el ámbito de la validez discriminante:

- Se han identificado 5 servicios que realizan visitas domiciliarias cuando se considera necesario (p.e. paciente que se niega a acudir al servicio) pero que no cumplen el criterio de más del 20% de sus contactos. Estos servicios prestan una atención diferenciada con respecto a otros servicios ambulatorios, aunque se clasifican en la misma rama que aquellos que no prestan este tipo de atención.
- Por otro lado, los servicios cuyo personal cambia de emplazamiento algunos días a la semana de forma establecida (p.e. CSM Burlada donde los profesionales se desplazan varios días a la semana a los pueblos y atienden a los pacientes desde un centro establecido para este uso durante los días indicados), no serían tampoco considerados como móviles según el ESMS.

Tabla IV.7. Valoración de la validez discriminante del ESMS por profesionales del sector de salud mental

	Servicios Evaluados	Profesionales de Salud Mental de Salamanca				Profesionales de Salud Mental de Cantabria				Servicios Evaluados	
		A	B	C	D	A	B	C	D	A	B
Item 9.	¿Servicios con estructura diferente clasificados en una misma rama?	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
Item 10.	¿Servicios con estructura similar clasificados en ramas diferentes?	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2

1. Sí 2. No

En las ramas finales de “Servicios de Día y Actividades estructuradas”, servicios con perfiles diferentes se clasificaron en la misma rama. Así, un servicio que organiza cursos de formación laboral (Cortijo “La Matanza” en Loja) fue clasificado en la misma rama que otro donde los pacientes participaban en actividades artesanales o de entretenimiento (p.e. Mini-Residencia del Retiro en distrito de Salamanca -Madrid-).

Por otro lado, servicios con diferentes perfiles de atención, personal y estructura (Hospital de Día Clínica del Trabajo y Hospital de Día de Chamartín del distrito de Salamanca -Madrid-), son considerados similares por el ESMS por lo que fueron clasificados en la misma rama final debido a la capacidad de admitir pacientes en menos de 72 horas (“servicios de día y actividades estructuradas de agudos”).

El criterio de intensidad en la disponibilidad de la atención puede generar codificaciones engañosas. Así, se han clasificado algunos servicios como O8 (en Burlada, distrito Salamanca y Cantabria) y otros como O9 (en Gavà y Loja) aunque se encuentren en el mismo grupo. Esta confusión se debe a que si un

solo paciente atendido en el servicio cumple el criterio de intensidad alta, se considerará que el servicio es de alta intensidad cuando quizás el servicio no podría mantener este tipo de atención a muchos más pacientes por cuestiones estructurales o de falta de personal. Por ejemplo, el CSM del distrito de Salamanca en Madrid puede, y de hecho realiza, atenciones de alta intensidad ocasionalmente pero, cuando coinciden varios casos en el tiempo, deben tomarse medidas especiales para responder a dicha demanda (por ejemplo hospitalización). De hecho, las unidades ambulatorias evaluadas en nuestro estudio no proporcionan una atención intensiva (tres o más contactos con el paciente en la misma semana), al menos de forma real. Sin embargo, pueden realizar de forma ocasional intervenciones de este tipo pero nunca de forma rutinaria.

2.1.6. Estudio de fiabilidad inter-evaluador de la versión española del European Service Mapping Schedule (ESMS).

La tabla IV.8 muestra los datos de fiabilidad del diagrama de servicios del ESMS (sección B). La fiabilidad global fue alta tanto entre el evaluador de referencia y el local como entre los dos evaluadores de referencia. El porcentaje de acuerdo global fue del 89% entre los dos evaluadores de referencia y del 88% entre el evaluador de referencia y el local.

El acuerdo disminuyó a nivel de ramas finales, presentándose un acuerdo muy alto en las categorías “primarias” y “secundarias”.

Tabla IV.8. Acuerdo entre códigos ESMS en cinco áreas sanitarias

Códigos ESMS	C	N	Acuerdo entre evaluadores C/N (C/N)	C	N	Acuerdo entre evaluador local C/N (C/N)
TOTAL	93	88	75/88 (85,2)	93	79	70/79 (88,8)
SERVICIOS RESIDENCIALES						
SEGURIDAD	1	1	1/1 (100)	1	1	1/1 (100)
AGUDOS						
HOSPITALARIO	9	9	9/9 (100)	9	9	9/9 (100)
NO AGUDOS						
NO HOSPITALARIO	24	24	23/24 (95,8)	24	23	23/23 (100)
Tiempo limitado	3	3	2/3 (66,6)	3	3	3/3 (100)
Apoyo 24 horas	0	0	-	0	0	-
Estancia indefinida	6	6	6/6 (100)	6	6	5/6 (83)
Apoyo 24 horas	6	6	6/6 (100)	6	6	5/6 (83)
NO HOSPITALARIO	15	15	15/15 (100)	15	14	14/14 (100)
Tiempo limitado	4	4	4/4 (100)	4	3	3/3 (100)
Apoyo 24 horas	0	0	-	0	0	-
Bajo apoyo	0	0	-	0	0	-
Estancia indefinida	3	3	3/3 (100)	3	3	3/3 (100)
Apoyo 24 horas	3	3	3/3 (100)	3	3	3/3 (100)
Apoyo diario	5	5	5/5 (100)	5	5	4/5 (80)
SERVICIOS DE DIA Y ACTIV. ESTRUCTURADAS	24	19	19/19 (100)	24	19	19/19 (100)
AGUDOS	4	4	2/4 (50)	4	4	4/4 (100)
NO AGUDOS	20	15	14/15 (93,3)	20	15	14/15 (93,3)
Alta intensidad	20	15	14/15 (93,3)	20	15	14/15 (93,3)
Trabajo	7	5	4/5 (80)	7	5	4/5 (80)
Activ. relac con trabajo	7	5	4/5 (80)	7	5	4/5 (80)
Contato social	0	0	-	0	0	-
SERVICIOS AMBULATORIOS COMUNITARIOS	25	25	25/25 (100)	25	20	20/20 (100)
URGENCIA	14	14	14/14 (100)	14	9	9/9 (100)
MOVIL	14	14	14/14 (100)	14	9	100
NO MOVIL	14	14	14/14 (100)	14	9	100
Horas limitadas	8	8	8/8 (100)	8	5	100
ATENCIÓN CONTINUADA	0	0	-	0	0	-
MOVIL	0	0	-	0	0	-
Alta intensidad	9	9	9/9 (100)	9	9	88,8
SERVICIOS DE AUTO-AYUDA Y NO PROFESIONALES	10	10	10/10 (100)	10	8	80

¹78 servicios disponibles en las 5 áreas. Varios servicios fueron codificados en más de una rama por lo que se evaluaron 93 categorías de atención. Algunos servicios no fueron identificados por los evaluadores. Estos han sido excluidos del análisis.

C=Número total de categorías de atención disponibles en cada código ESMS.

N=Número total de categorías de atención identificadas por ambos evaluadores en cada código ESMS

2.2. Objetivo 2. Estudio ecológico de servicios asistenciales para esquizofrenia en 5 áreas con provisión y características dispares.

2.2.1. Descripción de características sociodemográficas

La recogida de esta información planteó una serie de dificultades:

- Fue necesario recurrir a una gran diversidad de fuentes de información para competir los datos requeridos.
- La información disponible en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística para la mayoría de los ítems correspondía al año 1991 (INE, 1991) por lo que todos los datos se cumplimentaron con referencia a este año.
- El cuestionario solicita información sociodemográfica del área seleccionada, de la comunidad autónoma y del país. Se aprecia una mayor dificultad en la recogida de información en las áreas que en la comunidad autónoma y en ésta a su vez la recogida de información es más complicada que a nivel nacional.
- Es importante considerar el posible sesgo que presenta la información de áreas pequeñas en la medida que excluye, en la mayoría de las fuentes solicitadas, a numerosos municipios de menos de 1.000 habitantes.
- Para algunos de los ítems que del ESDS no han podido cumplimentarse en España al no constar en ninguna de las bases de datos disponibles lo cual demuestra la diferencia en la información sociodemográfica disponible entre países.

Como ya se menciona en el apartado de metodología, las 4 áreas elegidas incluían áreas deprivadas, tanto rurales (Distrito de Loja) como urbanas (Distrito de Gavà), y no deprivadas tanto urbanas (distrito de Salamanca) como mixtas rural-urbana (área de Burlada). Tres comunidades autónomas analizadas han desarrollado su propio modelo de atención (Andalucía, Cataluña y Navarra). Los servicios de Cantabria y Madrid pertenecen aún al Sistema Nacional de Salud (territorio INSALUD). Las principales características de las áreas seleccionadas se resumen en la tabla IV.9.

Tabla IV.9. Características sociodemográficas en cinco áreas socio-sanitarias

	GAVA (km²)		CANTABRIA (6.114 km²)		LOJA (6.114 km²)		BURLADA (1.114 km²)		CANTABRIA (5.253 km²)	
HABITANTES	62.268		135.000		63.493		142.001		500.000	
% POBLACION	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer ²	Hombre	Mujer ²	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0/17 años	26,38	26,63	30,8	29,1	21,14	20,66	16	11,8	27,56	24,81
18/39 años	18,59	17,55	32,03	31,9	39,66	36,43	36	29,5	31,62	29,2
40/64 años	36,98	33,36	28,8	27,4	27,02	27,25	29,2	30,7	28,57	27,95
65 años o más	18,05	22,46	8,3	11,5	12,17	15,66	18,8	28	12,24	18,02
% CATEGORIAS DE EMPLEO	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
empleado	59,04	52,67	50,9	20,9	41,1	50,7	56,1	28,5	25,02	11,28
no empleado	40,9	47,3	49,1	79,1	58,9	49,3	43,9	71,5	74,97	88,71
economía neta	34,01	28,03	24,1	74,2	16,7	16,7	30,4	60,4	18,9	34,25
% soltero, viudo o divorciado*	49,13		29,9		40,28 ³		55,04 ⁴		52,75	
% personas que viven solas	3,4		0,5		1,6		0,09		3,98	
% personas que viven solas con niños *	1,03		1,82		0,9 ³		0,99 ³		0,89	
% personas que vivan en dirección diferente al año anterior	1,9		2,59		1,4		2,24		1,39	
% viviendas privadas con más de una persona por habitac. *	9,8 ⁵		9,6 ⁵		13,2 ⁵		10,3 ⁵		11,7 ⁵	
TASA MORTALIDAD (por 100.000)	204,6 ³		176 ³		232		167,3 ³		145,7 ³	
TASA MORTALIDAD Por debajo de 65 años (por 100.000)*	204,6 ³		176 ³		232		167,3 ³		145,7 ³	
% ANAUFABETISMO	10,6 ⁴		10,6 ⁴		10,6 ⁴		10,6 ⁴		10,6 ⁴	
% CLASE SOCIAL BAJA*	50,2 ⁵		45,6 ⁵		59 ⁵		40,7 ⁵		41,6 ⁵	

* Comunidad autónoma

² Diferente distribución por edad:

Gava y Cantabria: 0/19 años y 20/39 años

Loja: 0/14 años y 15/39 años

Burlada: 18/34 años y 35/64 años

³ En caso de no disponibilidad de datos del área se indican datos de comunidad autónoma.⁴ Valores medianos⁵ Items del ESDS (European Socio-Demographic Schedule)

2.2.2. Descripción comparativa de la provisión de servicios.

La tabla IV.10 muestra el número de categorías evaluadas en cada área según el ESMS. En total fueron evaluados 78 servicios asignados a 94 categorías o tipos de atención. Gavá y Burlada fueron las áreas con menor número de servicios (11 y 12 respectivamente) y de categorías del ESMS (12 y 13 respectivamente) mientras que Madrid tuvo el mayor número de servicios (22 servicios) seguida de Cantabria y Loja (17 y 16 servicios respectivamente). El área con mayor número de tipos de atención o categorías diferentes fue Loja (14 categorías diferentes).

Tabla IV.10. Número de servicios codificados en cada rama del ESMS en cinco áreas sanitarias en España

CODIGOS ESMS	BURLADA	GAVÁ	LOJA	MADRID (D. SALAM)	CANTABRIA
R1					1
R2					2
R3					
R4					
R5					2
R7					
R8				2	
R9					
R10				1	
R11			2		1
R12					
R13			4		1
D2			1		2
D4	1	1	4	2	2
D6					
D7					
D8					
O1					
O2					
O3	1	2	1	1	1
O4					
O5					
O6					
O7			1		
O9		1	1		
S1	1	1	1	4	3

¹La denominación de las ramas aparecen en las figuras 1-3

A pesar de las grandes variaciones entre áreas, los servicios de las cinco áreas seleccionadas presentaron una disponibilidad de sólo 17 de las 33 categorías de atención que plantea el ESMS.

2.2.3. Descripción comparativa de la utilización de servicios

La utilización de servicios se muestra en las figuras IV.1-3. La variabilidad en la disponibilidad de los servicios no estuvo relacionada con su utilización. Por ejemplo, el distrito sanitario de Salamanca (Madrid) presenta una gran variabilidad pero una baja utilización de los mismos. Por otro lado, cinco de los servicios disponibles (en el distrito de Salamanca y de Loja) no estaban siendo utilizados por pacientes del área. Es importante considerar que muchos servicios no estaban integrados en la red ordinaria y no estaban sectorizados, particularmente Cantabria.

La recogida de la información, como se comenta en el estudio de viabilidad, resultó más compleja en esta sección debido a la falta de información de las bases de datos disponibles con relación a los datos solicitados por el instrumento. La figura 3 (Servicios ambulatorios y comunitarios) muestra cómo por ejemplo el desglose por intensidades de la utilización de los servicios fue imposible en las áreas de distrito de Salamanca, Gavá y Cantabria. Por otro lado, el acceso a los datos de utilización relativos a los recursos disponibles para el área pero situados fuera de la misma resultó complicado y en algunos casos como en Burlada, imposible.

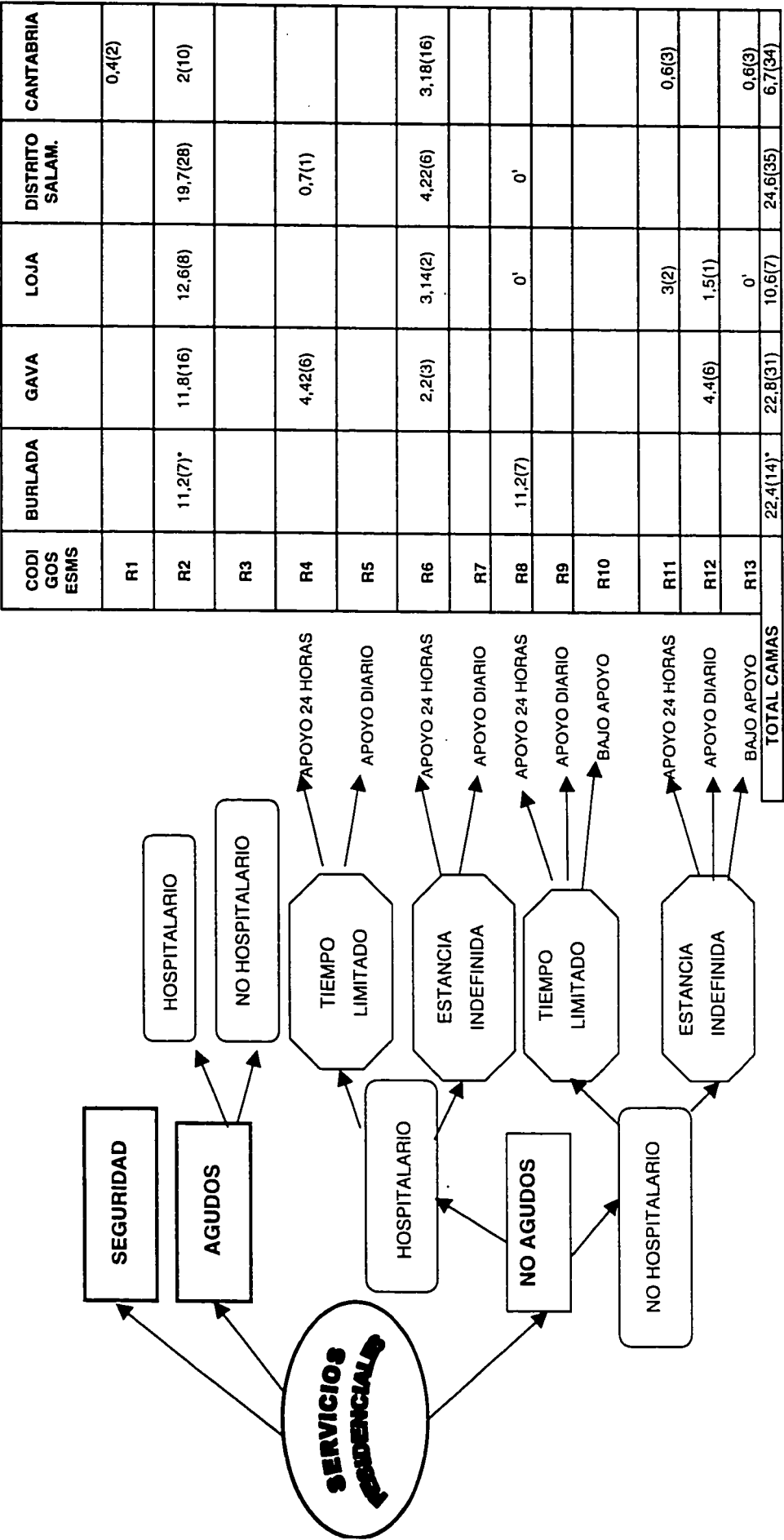
De forma general, podemos observar que los tipos de atención más utilizados han sido: en el árbol R (servicios residenciales), los servicios hospitalarios para agudos; en el diagrama D (servicios de día y actividades estructuradas), los recursos dirigidos a otras actividades estructuradas; para el árbol O (servicios ambulatorios y comunitarios), los recursos de atención continuada.

De forma específica, el área con mayor utilización a nivel residencial fue el distrito de Salamanca con 24'6 camas utilizadas por 100.000 habitantes, seguido de Gavà con 22'8, Burlada con 22'4 (teniendo en cuenta que los datos de servicios fuera del área no fueron incluidos), de Loja con 10'6 y Cantabria con 6'7 camas utilizadas por 100.000 habitantes.

En el diagrama de contabilización de servicios de día y actividades estructuradas, el área con mayor utilización es Burlada con 27'2 usuarios por 100.000 habitantes, seguida de Gavà con 25'7, Loja con 20'4, distrito de Salamanca con 13'3 y Cantabria con 3'9 usuarios por 100.000 habitantes respectivamente.

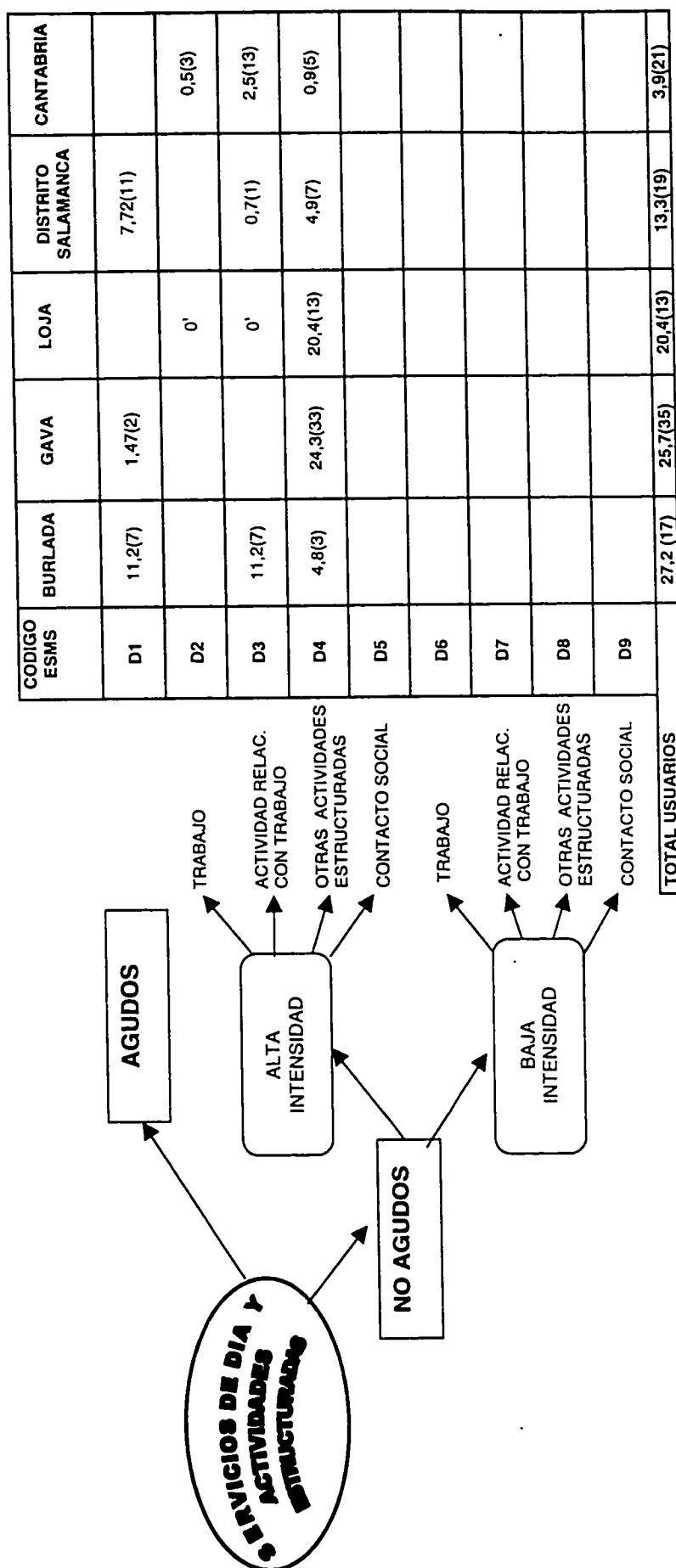
El árbol de utilización de servicios ambulatorios y comunitarios presenta el mayor número de contactos en Burlada con 116 contactos por 100.000 habitantes, siendo el área con menor número Cantabria con 4 contactos por 100.000 habitantes. Con relación al total de usuarios, también es Burlada el área con mayor número (1719'8 usuarios por 100.000 habitantes), seguida de Loja con 814'2, distrito de Salamanca con 601,3, Gavà con 511'4 y Cantabria con 79'2 usuarios por 100.000 habitantes.

Figura IV.1. MAPA DE CONTABILIZACIÓN DE SERVICIOS- SERVICIOS RESIDENCIALES EN CINCO ÁREAS EN ESPAÑA
Ocupación de camas (por cada 100 habitantes) en el mes seleccionado (entre paréntesis datos absolutos)



*Los datos de utilización de los servicios fuera del área no se encontraron disponibles
'Servicios disponibles que no fueron utilizados en el período de referencia por los habitantes del área seleccionada

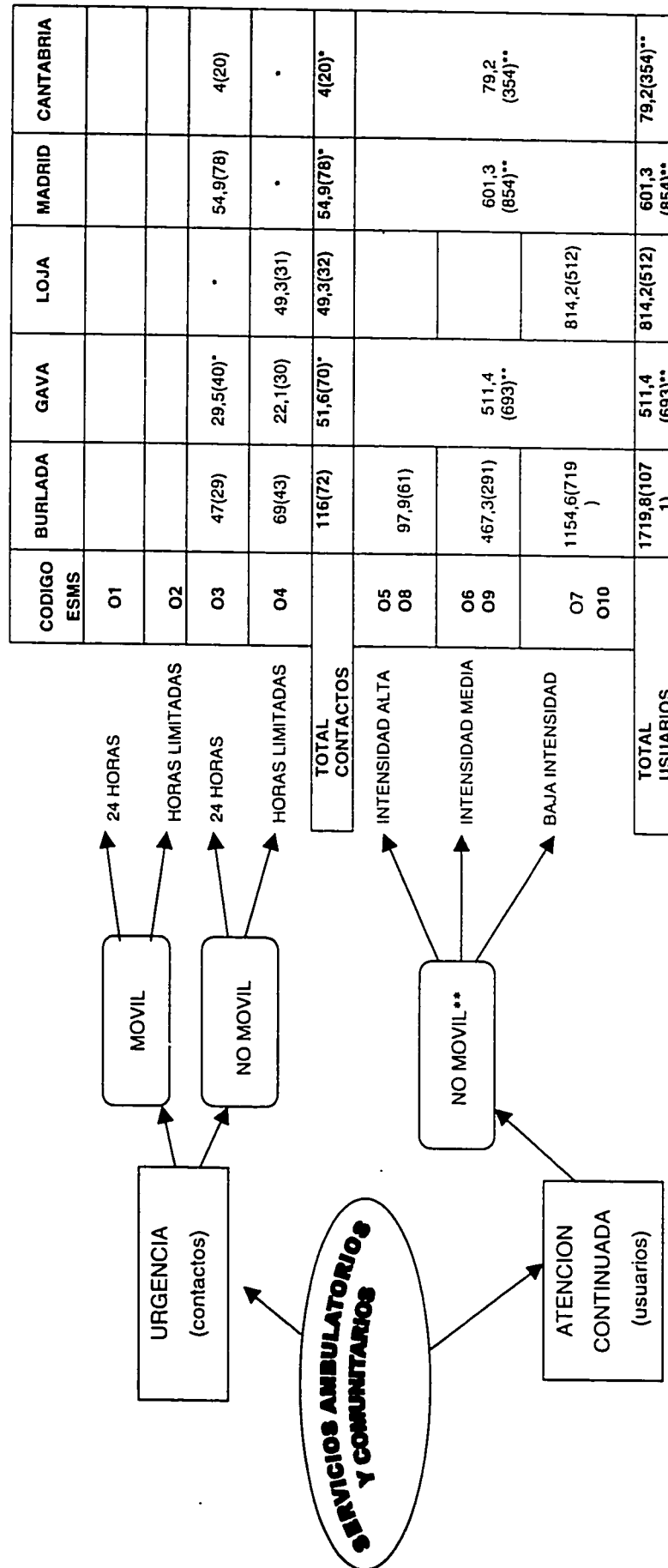
Figura IV.2. MAPA DE CONTABILIZACION DE SERVICIOS.- SERVICIOS DE DIA Y ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS EN CINCO AREAS EN ESPAÑA. Usuarios por 100.000 habitantes en el mes seleccionado (entre paréntesis datos absolutos)



'Servicios disponibles que no han sido utilizados en el periodo de referencia por los habitantes del área seleccionada

Figura IV.3. MAPA DE CONTABILIZACION DE SERVICIOS – SERVICIOS AMBULATORIOS Y COMUNITARIOS EN CINCO AREAS EN ESPAÑA.

Contactos (O1-O4) y usuarios (O5-O10) por 100.000 habitantes en el mes seleccionado (datos absolutos entre paréntesis)



*Datos de utilización de servicios incompletos

**Datos de utilización en atención continuada no desagregados en las bases de datos disponibles



V

DISCUSSION

En 1996, Hansson resumía su experiencia en el área de la evaluación de servicios de la siguiente forma: "Ha habido un aumento en la estandarización de medidas de resultados. Sin embargo, éste no es el caso de las medidas de descripción de servicios y de organizaciones de atención. La estructura y el contenido de los sistemas de servicios sectorizados puede variar enormemente, de ahí la importancia de describirlos en detalle en conexión con la investigación de resultados a nivel de sistemas. Sin descripciones estandarizadas y comparables de la estructura y contenido de los diferentes componentes de los servicios, es difícil hacer análisis y comparaciones sobre las características organizacionales y los componentes del sistema en la evaluación de resultados" (Hansson, 1996).

El presente estudio pretende contribuir a resolver la cuestión planteada por Hansson (1996) con la estandarización de una escala para descripción y clasificación de servicios: el *European Service Mapping Schedule* (ESMS).

De la importancia de este cuestionario da idea su traducción a varios idiomas. En la actualidad, está siendo utilizado en otros países además de

España como Reino Unido, Italia, Dinamarca y Alemania en el contexto de varios proyectos financiados por el BIOMED como EPCAT o EPSILON.

1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones metodológicas que ya se han comentado en el apartado de Diseño. En la realización del mismo, nos hemos encontrado con algunos problemas adicionales:

- *Descripción de las características sociodemográficas de las áreas sanitarias pequeñas*

Hemos constatado una serie de dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo una descripción precisa descripción del contexto así como una comparación efectiva entre las áreas seleccionadas:

- Ausencia de un registro único de datos que responda a las características del contexto que se pretenden evaluar. Ello plantea la necesidad de consultar múltiples fuentes de información con datos en muchos casos no comparables entre sí.
- Ausencia de datos recientes en las fuentes consultadas. Algunas de las características sociodemográficas descritas corresponden a datos de 1991, mientras que los datos de utilización y provisión de servicios recogidos con el ESMS hacen referencia a 1998.
- Algunos parámetros sociodemográficos (por ejemplo, porcentaje de personas por encima de la edad de escolarización vivía el año anterior en una dirección diferente, porcentaje de viviendas que contienen más de una persona por habitación) no se encuentran disponibles en las bases de datos revisadas en España
- Ausencia de datos en la mayoría de las variables consultadas a nivel de áreas sanitarias pequeñas, etc. El acceso a datos referidos a comunidades autónomas o provincias es mucho más sencillo que el de aquellos que hacen referencia a áreas sanitarias pequeñas. Además, la dificultad aumenta al solicitar datos de áreas socio-

sanitarias que no se corresponden con áreas geográficas. En estos casos, la recogida de los datos solicitados ha debido efectuarse de forma independiente para cada uno de los municipios que constituyen un área socio-sanitaria (por ejemplo, el área sanitaria de Burlada está constituida por 55 municipios).

- Límites o puntos de corte diferentes que impiden una adecuada comparabilidad, por ejemplo intervalos por grupos de edad, límite entre atención infanto-juvenil y adulta, etc.

Consideramos que el planteamiento de estas dificultades implica un gran interés al constatar la carencia de herramientas necesarias para una evaluación adecuada de los servicios de salud mental.

- *Recogida de datos de utilización de los servicios de salud mental*

La recogida de datos de utilización de servicios de salud mental que establece el ESMS plantea un abordaje a diferentes niveles. Como primera opción, se establece una recogida de arriba a abajo al solicitar información procedente de las bases de datos (por ejemplo, tasas de utilización anual de un servicio específico). En caso de no disponer de esta información en los registros disponibles, el instrumento indica la posibilidad de una recogida mensual (censo) de la utilización de un servicio. Por último, los criterios de intensidad y movilidad requieren un seguimiento de la utilización del paciente de un determinado servicio (frecuencia de contactos) planteándose un abordaje de abajo a arriba que consideramos iría más allá de la mera descripción y clasificación que establece el instrumento como objetivo. De cualquier forma, el manejo de diferentes abordajes para la descripción de la utilización de los servicios de un área sanitaria específica, plantea dudas sobre la validez sus resultados.

2. DISCUSION EN FUNCION DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

2.1. COMENTARIOS SOBRE LA MUESTRA DEL ESTUDIO Y LAS AREAS SOCIO-SANITARIAS

La selección de servicios (unidad muestral en nuestro estudio), se ha realizado en áreas que presentan diferentes características sociodemográficas y nivel de desarrollo de la reforma psiquiátrica (González de Chávez, 1993), de forma que el rango de las áreas seleccionadas pudiera aproximarse, en la medida de lo posible, a las características generales de la salud mental en España. Ello favorece la representatividad y permite la comparación con otros países europeos.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998), avalan las diferencias existentes entre las áreas seleccionadas.

2.2. ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA

En el proceso de traducción conceptual del ESMS se ha tenido en cuenta la adaptación del lenguaje al entorno sociocultural del país, primando el lenguaje sencillo y comprensible sobre la literalidad de la traducción.

Consideramos que la metodología de traducción debe ser tan rigurosa como para instrumentos clínicos. De hecho, y teniendo en cuenta la experiencia previa de los traductores, los problemas terminológicos encontrados no fueron inferiores a los que aparecen en la traducción de entrevistas clínicas estandarizadas.

2.3. ADECUACIÓN DE LA ESCALA

Las características favorables sobre la adecuación de la escala, descritas en los resultados, apuntan hacia la idoneidad de su uso en áreas socio-sanitarias pequeñas en España.

Además, su combinación con otros instrumentos de la batería EPCAT como el ESDS, para la descripción de las características sociodemográficas del área evaluada, y el ICMHC, para evaluación de módulos de atención, constituyen la opción propuesta por el grupo EPCAT para una evaluación adecuada de servicios que permita asegurar la comparabilidad con otras áreas.

2.4. ESTUDIO DE VIABILIDAD

Es importante destacar que no existen referencias sobre estudios de viabilidad en nuestro país efectuados de forma sistemática. estas son muy escasas a nivel internacional (por ejemplo Slade y cols., 1999 y Andrews y cols., 1994). En nuestra opinión, el marco conceptual más adecuado para esta evaluación es el aportado por Andrews y cols. (1994).

Aplicabilidad

La distinción entre categorización de servicios, utilización de servicios y características principales (secciones B, C y D respectivamente) proporciona información complementaria y facilita tanto la recogida de datos como la identificación de servicios. Dicha información puede resultar de gran utilidad para la toma de decisiones en política sanitaria.

En este sentido, la identificación de servicios disponibles en un área aportada por el ESMS, así como el nivel de intensidad de su atención, permite sacar a la luz las "lagunas de atención" en cada área. Con esta información podemos evaluar el grado en que los dispositivos del área sanitaria cubren realmente las necesidades de todos sus usuarios.

En cualquier caso, son los receptores finales de la información (desde los clínicos hasta los gestores) los que pueden valorar con rigor la aplicabilidad de la escala. En nuestro estudio, hemos recogido la opinión de gestores y profesionales de la salud mental. La valoración de la aplicabilidad de la escala por parte de pacientes y asociaciones de familiares, que no se ha efectuado por la dificultad apreciada en la valoración de la información aportada por personas legas, constituye un estudio posterior de gran interés.

Aceptabilidad

Como indican los resultados, la utilización del ESMS es más compleja de lo que pretendían los autores al diseñar este instrumento. La estructura de árbol que propone el ESMS simplifica la comprensión, y el manejo y cumplimentación de los datos. La dificultad mayor estriba en la disponibilidad de los datos. Ello constituye un factor sujeto, por un lado, a la posible resistencia por parte del personal de los servicios y, por otro, al nivel de sofisticación y detalle de las bases de datos disponibles en cada área. Mientras la cumplimentación de la sección B puede efectuarse por parte del personal sanitario del propio servicio, la sección C requiere información compleja sobre el uso de servicios que debe consultarse en las bases de datos. Es por tanto en la sección C donde aparecen diferencias entre áreas con relación a la disponibilidad de información según las características de dichas bases de datos. Este dato explica que en algunas áreas no hayan podido cumplimentarse las últimas ramas referidas a la utilización del servicio desglosada por nivel de intensidad o que aparezcan datos incompletos en algunos de los servicios identificados. Dificultades que repercuten, evidentemente, en el tiempo de cumplimentación de la escala.

Hemos de destacar que los expertos detectan una mayor resistencia por parte de los servicios que la manifestada por los evaluadores locales. Ello coincide con los datos del estudio Epsilon.

Practicalidad

Los autores del instrumento apuntan la posibilidad de su uso sin un entrenamiento previo específico. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, el personal no experto podría colaborar en la cumplimentación de la escala (p.e. las secciones B y D) pero el formato final debe ser revisado y cumplimentado por evaluadores entrenados o, al menos, bajo la supervisión de evaluadores entrenados. El uso de viñetas y ejercicios prácticos puede resultar de gran utilidad antes de la aplicación del ESMS. El desarrollo y difusión de un entrenamiento estructurado y breve en el uso del ESMS constituye una tarea pendiente. El comentario de estos hallazgos con la autora original han ayudado a formular los estándares de entrenamiento requeridos para futuras versiones del ESMS.

La recogida de información en la sección C, incluye datos transformados a partir de medias anuales y, en los casos donde no existían datos globales disponibles, la información se obtuvo de un censo mensual. La información para el censo mensual requiere obviamente la colaboración activa del personal. Ello resulta especialmente complicado en aquellos servicios no públicos que los habitantes del área utilizan de forma irregular. Por otro lado, el uso indistinto de tasas anuales y de censos mensuales puede llevar a error por dos razones: los censos mensuales pueden presentar importantes variaciones debido a efectos estacionales; además, la opción entre una y otra medida optimizaría la comparabilidad de estos datos con información de ámbito nacional o europeo.

Eficiencia

Podríamos decir que la optimización del coste implementación de la escala a través del control de variables como el entrenamiento previo, la mejora del acceso a las bases de datos, la creación de bases de datos complejas, la implicación del personal sanitario de los servicios, redundaría en el aumento de su eficiencia.

2.5. ESTUDIO DE FIABILIDAD

Los elevados datos de acuerdo obtenidos, mayores entre los evaluadores de referencia que entre el evaluador local y un evaluador de referencia, apoyan la hipótesis acerca de la necesidad de la utilización de la sección B por personal que haya recibido previamente un entrenamiento específico sobre el instrumento. Hay que destacar el hecho de que los evaluadores locales recibieron además supervisión por parte de los evaluadores de referencia y aún así se evidenciaron errores en la interpretación del texto y la cumplimentación de datos.

2.6. ESTUDIO DE VALIDEZ

Los resultados han sido adecuados y permiten considerar que le ESMS es un instrumento válido para la evaluación de servicios en áreas sanitarias pequeñas y a nivel más genérico (por ejemplo Cantabria). Sin embargo, deben efectuarse modificaciones para mejorar su validez global y por apartados. Estos aspectos se comentan con relación a validez simple, de contenido y discriminante siguiendo la estructura por secciones del instrumento.

Sección A

Validez simple

La validez simple del instrumento podría mejorarse con la inclusión de una indicación acerca del período al que hacen referencia los datos aportados.

Es destacable que los datos de utilización se comparan con cifras de población general y no con las de población adulta. Ello puede inducir a error en la interpretación de los datos.

Validez de contenido

Con relación a la validez de contenido del instrumento, el ESMS establece dos criterios de inclusión y exclusión cuya validez es cuestionable:

-Punto de corte (mínimo 5 usuarios en el pasado año por 100.000 habitantes) para identificar servicios fuera del área seleccionada que deben ser incluidos.

Este criterio fue modificado teniendo en cuenta los criterios de nuestro grupo.

-Los servicios situados dentro del área pero que no atienden a ningún sujeto del área deben excluirse.

Ya comentamos en el apartado de resultados que la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión eliminaba de la muestra de estudio algunos de los servicios oficiales de las áreas. Por ejemplo, la Unidad de Rehabilitación de Área y el Hospital de Día del distrito de Loja, se encuentran a 80 kilómetros de su localidad por lo que muchos de los pacientes de este distrito no pueden acudir a estos servicios de forma regular. La importancia de incluir todos los servicios ofertados dentro del área, utilizados o no, nos llevó a la inclusión de dichos servicios que el cuestionario elimina.

A este respecto, es importante establecer una diferencia entre lo que sería área geográfica y área administrativa. Esta diferenciación provocó confusión en algunos de los evaluadores. El área geográfica es aquella que se encuentra acotada por los límites territoriales oficiales. El área administrativa, sin embargo, hace referencia a unos límites que no tienen que coincidir con los territoriales (puede incluir más de un área geográfica) establecidos a nivel oficial para cubrir un objetivo específico (sanitario jurídico, etc). Un ejemplo de área administrativa lo constituye un sector sanitario. Sería posible distinguir un tercer nivel que podríamos denominar límite real y que vendría dado por el "mapa" de los servicios efectivamente utilizados por los habitantes de un área. Por ejemplo

podemos encontrar que determinados grupos de población dentro de un área sanitaria tienden a utilizar con frecuencia servicios privados que se encuentran fuera de los límites tanto geográficos como administrativos. Estos límites reales no pueden ser evaluados con precisión por su movilidad, etc. El ESMS intenta acotar con los criterios mencionados argumentando que el instrumento pretende evaluar aquellos servicios que realmente están siendo utilizados por la población de referencia más que el estudio de la disponibilidad de servicios, siendo conscientes de que este criterio disminuye la eficiencia de la evaluación (S. Johnson, comunicación personal). Sin embargo, consideramos que dicho criterio debería usarse sólo para aquellos servicios no integrados oficialmente en la red sanitaria. Una vez se han incluido éstos, la sección C aportará la información pertinente sobre su baja o nula utilización. Así, la inclusión de todos los servicios oficiales permitiría que el ESMS aportara información significativa acerca de las ineficiencias de la organización del servicio en algunas áreas donde la red de servicios de salud mental pudiera estar en teoría bien desarrollada.

Con relación al punto de corte entre la población infanto-juvenil y la adulta, problema ya comentado, quizás pudiera ser útil modificar el criterio de inclusión de "servicios dirigidos a población adulta" independientemente del punto de corte de edad establecido. Posteriormente, el manejo de la base de datos permitiría la depuración de la muestra excluyendo aquellos sujetos menores de la edad que se establezca por consenso como inicio de la edad adulta para obtener comparaciones entre centros adecuadas. Por supuesto, la mejor solución sería llegar a un consenso con respecto al punto de corte de la edad adulta (16 ó 18 años), así como con respecto a otros indicadores sociodemográficos tanto a nivel nacional como europeo. El tema de los límites tiene una faceta de política sanitaria. Además, la diferencia es dimensional progresiva.

Sección B

Validez simple

El criterio de “hospital” que queda definido en el glosario como “Dispositivos residenciales localizados dentro del espacio de una institución clasificada como hospital según las leyes locales o nacionales” debería sustituirse por una descripción operativa a nivel internacional de “hospital” que facilitase la comparación entre áreas de diferentes países, ya que la diferente normativa al respecto constatada entre varios países europeos dificulta la comparación internacional.

El sistema de clasificación que ofrece el árbol de “actividades estructuradas y de día” tiende a clasificar los servicios en varias categorías de forma que algunos casos no es posible obtener una descripción completa de un servicio en una única categoría. Consideramos que el problema radica en la enorme variedad de actividades que los servicios de día y actividades estructuradas tienden a presentar actualmente en España y que en la mayoría de los casos se adaptan a las diferentes características y posibilidades de los pacientes que utilizan el servicio. Así, podemos encontrar servicios que ofrecen desde el aprendizaje de habilidades sociales, pasando por formación ocupacional, hasta actividades puramente ocupacionales. Pensamos que estas actividades no deben considerarse como excluyentes entre sí por lo que hemos aceptado la clasificación de estos servicios en más de una categoría de atención. De ahí que encontremos mayor número de servicios clasificados en más de una rama dentro del árbol de servicios de día y actividades estructuradas.

El hecho de que algunos servicios puedan clasificarse en más de una categoría aumenta la precisión del instrumento ya que se describen todos los tipos de atención disponibles en cada servicio. Sin embargo, al mismo tiempo, provoca confusión en la interpretación de los datos. La definición en el glosario de cada uno de los códigos hace referencia a “servicios” con determinadas

características cuando, en algunos casos, sólo estamos hablando de un tipo de atención prestada por el mismo servicio. Por ejemplo, el "Cortijo La Matanza" en Granada es un centro de día que ofrece, según el nivel de funcionamiento del paciente, diferentes tipos de actividades; que en el ESMS se clasifican como de trabajo, de actividad relacionada con el trabajo y de otras actividades estructuradas. Por tanto, este servicio viene definido por el ESMS por tres códigos (D1, D2, D3). Por otro lado, el Hospital de Día del área de Burlada se clasifica como D1. De esta forma, en el caso de pretender un análisis específico de todos aquellos servicios que cumplan las características de D1 por ejemplo, nos encontraremos tanto con servicios como con módulos que cumplen la definición de este tipo de atención. Estos aspectos conceptuales hacen referencia al marco conceptual de la evaluación de servicios y se comentan con más detalle en el apartado de Consideraciones conceptuales sobre el marco conceptual en la evaluación de servicios.

En este sentido, debemos mencionar la complementariedad que ofrece la sección D en la medida que recoge una descripción definitiva y aclaratoria al agrupar todos los códigos que definen a cada servicio añadiendo información adicional sobre plantilla y relaciones con otros servicios.

La clasificación de los servicios de interconsulta planteó serias dudas. Los autores originales clasifican este tipo de servicios dentro de la rama de servicios comunitarios o ambulatorios móviles (Johnson, comunicación personal). Sin embargo, desde nuestro criterio y tras un debate sobre el tema en el equipo de discusión del estudio, se consideró que estos servicios atienden una población diana claramente diferenciada (población médica) por lo que deberían clasificarse en una "macro rama" anterior a las tres ramas del ESMS, al igual que otras poblaciones específicas como el retraso mental, la población geriátrica o la infantil. Los servicios destinados a estos grupos de población, según los criterios de inclusión del instrumento, quedarían fuera del estudio por lo que se decide su exclusión. Se sugiere la aclaración de este aspecto en el apartado A de Introducción. Podrían considerarse 4 grandes áreas o "troncos" en la clasificación de servicios de salud mental para población

Adulta (de 18 a 65 años), Geriátrica, Infantil y Médica. No consideramos necesario incluir un “tronco” específico para retraso mental al considerar que su diferenciación responde más a criterios históricos que clínicos.

Validez de contenido

El hecho de que algunos servicios respondan a diferentes códigos del ESMS (principalmente en Loja y Cantabria), ya comentado con relación a la validez simple, incide también en la validez de contenido del instrumento. Ello plantea dudas acerca de si el instrumento estaría clasificando servicios, programas o actividades que oferta el servicio.

A este nivel, es importante destacar que algunos códigos del ESMS clasifican tanto servicios como categorías dentro de un servicio. Así, por ejemplo, el código D4 agrupa servicios como el Centro de Día de Viladecans (Gava) junto con categorías de servicios como el dispositivo de “otras actividades estructuradas” del Centro Ocupacional ASCASAM (Cantabria).

Las categorías establecidas por el ESMS no permiten una clasificación adecuada de dos servicios: el servicio de interconsulta y el servicio de asesoramiento jurídico de la asociación ANASAPS. Para el servicio de interconsulta, hubiera sido necesario partir de una nueva gran rama dirigida a población médica, ya que los usuarios de este tipo de atención no son pacientes de salud mental en su diagnóstico primario.

El caso del servicio de asesoramiento jurídico de ANASAPS tampoco encaja en las categorías que establece el ESMS, por la especificidad del objetivo al que va dirigido. A pesar de ello, sería un servicio a incluir al cumplir el criterio de atención destinada exclusivamente a pacientes de salud mental. Su clasificación en el ESMS requeriría la creación de una rama independiente dentro de servicios ambulatorios y de día que recogiera este tipo de atención, aunque parece clara la necesidad de considerar en un mismo dominio los servicios sociales y sanitarios. Este servicio plantea el dilema aún no resuelto de la división entre servicios socio-sanitarios y judiciales.

Validez discriminante

La escala no permite la distinción entre hospitales psiquiátricos y hospitales generales cuando, al menos en España, la atención proporcionada en unos y otros presenta claras diferencias. Esto se podría solventar añadiendo una subrama que diferenciara los servicios residenciales hospitalarios en unidades de asistencia genérica (incluidas en centros con diferentes especialidades), y unidades monográficas de salud mental.

Sería importante contar con una definición de servicios de día de agudos distinta de aquella basada únicamente el tiempo de ingreso (dentro de las 72 horas) y dirigida más hacia el tipo de atención prestada. Una definición que incluyera la orientación a tratamiento médico como alternativa a la hospitalización permitiría diferenciar los hospitales de día de los centros de día (más centrados en la rehabilitación). Este problema desaparece cuando se administra el ICMHC lo que apoya la importancia de combinar ambos instrumentos en una batería compuesta.

La distinción móvil/no móvil requiere, en el ESMS, que al menos un 20% de los contactos se realicen fuera del emplazamiento habitual del servicio. Este criterio presenta dos dificultades ya comentadas en resultados.

En nuestro criterio, un servicio con posibilidad de visitas domiciliarias o a otros centros (p.e. residencia psicogeriátrica fuera del centro comunitario) debería contabilizarse como móvil y posteriormente podría matizarse su intensidad (baja, media o alta).

De esta forma, consideramos que el punto de corte de móvil/no móvil es categorial y no permite una buena definición de la actividad.

El sistema de codificación de los servicios de día y actividades estructuradas permite hacer una adecuada clasificación de las categorías extremas de este tipo de atención. Esto es, por un lado aquellos servicios orientados a la inserción e integración laboral del enfermo mental ("Trabajo") y

por otro aquellos servicios dirigidos a la rehabilitación social del paciente (“contacto social”). Sin embargo, las ramas intermedias no quedan claramente definidas y permiten la inclusión en el mismo código de servicios de día en los que se realizan tanto actividades relacionadas con el trabajo como actividades dirigidas al aprendizaje y práctica de habilidades sociales, de manejo en la vida diaria, etc. Quizás sería útil la categorización de ambas líneas como ramas independientes con sus niveles de implicación definidos adecuadamente de forma que un mismo servicio pudiera clasificarse en las dos líneas de actuación sin que encontremos problemas de validez discriminante.

Las unidades evaluadas en nuestro estudio no proporcionan una atención intensiva (tres o más contactos con el paciente en la misma semana), al menos de forma rutinaria. Es decir, los servicios pueden realizar esta atención intensiva de forma ocasional si se produce la demanda pero el equipo no está preparado para realizarlo de forma habitual. Esta cuestión podría subsanarse preguntando si en el último mes se han realizado tres visitas semanales al mismo sujeto. De cualquier forma, la puntuación de la intensidad se ha realizado de forma subjetiva. Así, se han clasificado algunos servicios como O8 y otros como O9 aunque se encuentren en el mismo grupo.

Sección C

Validez simple

Ya hemos comentado que el criterio de estacionalidad dificulta la comparación de la utilización de servicios entre áreas. No es posible efectuar comparaciones entre datos recogidos durante el mes de agosto con datos recogidos durante el mes de marzo. Además, p.e. en Burlada, es frecuente la contratación de plazas privadas cuando los servicios públicos se encuentran saturados por lo que su utilización y el propio mapa de servicios fluctúa a lo largo del año.

Los datos de utilización deben referirse a población con las mismas características (case-mix) para poder efectuar comparaciones “de igual a igual”. Por ejemplo, si estamos recogiendo información sobre población adulta, deberemos comparar los datos de un área con los de la población adulta tomada como referencia.

Es importante tener en cuenta la acertada diferenciación que efectúa el ESMS entre contactos, usuarios y plazas. La utilización de los servicios residenciales se recoge en número de plazas utilizadas, la de servicios de día y actividades estructuradas se codifica en plazas para servicios de agudos y en usuarios para servicios no agudos y, por último, los servicios ambulatorios o comunitarios se codifican como contactos para los servicios de urgencia y como usuarios para servicios de atención continuada.

Validez de contenido

Ya comentamos en Resultados que el ESMS puede no recoger la utilización actual de pacientes del área que ingresaron antes del proceso de reforma de la salud mental. Este hecho se produce como consecuencia de las características especiales de la situación de transición en la que aún se encuentra la organización de la asistencia en salud mental en nuestro país. Esta situación hace posible incluso que determinados servicios de estancia indefinida (hospitales psiquiátricos) no hayan sido recogidos en la descripción de servicios de salud mental del área. Estos servicios continúan abiertos atendiendo posiblemente a pacientes del área pero no admiten nuevos ingresos desde que se inició el proceso de reforma por lo que hemos considerado que no forman parte de los servicios disponibles para los usuarios del área.

De esta forma, se pone de manifiesto cómo las características inherentes a las áreas evaluadas deben ser tenidas en cuenta en el cuestionario para permitir una comparación adecuada, en este caso, a nivel internacional.

Una posible solución para el problema comentado podría ser mejorar la operativización de la recogida de la utilización de los servicios residenciales estableciendo criterios temporales: por ejemplo, número de pacientes remitidos desde la red de salud mental a servicios residenciales de estancia indefinida en el último año.

Sección D

Validez simple

Consideramos que el ítem de relaciones con otros servicios debe ser operativizado con más claridad. En nuestro estudio, este ítem ha sido de gran utilidad porque nos ha permitido localizar servicios no incluidos en la lista oficial (27 servicios). Sin embargo, no queda claro si deben incluirse aquí aquellos servicios con los que se comparten estudios de investigación o programas de intervención, psiquiatría de enlace, derivaciones a salud mental o derivaciones en la sanidad general (p.e. a atención primaria).

Resulta de gran utilidad la información sobre las características del personal del servicio recogida por la sección D. Este dato, en situación de solapamiento, ha permitido discriminar los servicios con mayor exactitud que la sección B.

Comentarios generales sobre la validez simple de la escala

En nuestro estudio, la información sobre los servicios se ha obtenido, de forma preferente, a través del responsable del propio servicio. Ello lleva a plantear la influencia que sobre esta información pueda presentar la desideratividad social del profesional. Aunque no se haya producido en ningún caso rechazo explícito a proporcionar la información solicitada, debemos considerar la posibilidad de que esta información pudiera estar sesgada. De hecho, en algunos servicios se aprecia cierta incongruencia entre la

información aportada acerca de la disponibilidad del servicio (sección B) y la contrastada con la sección C de utilización (real) de dicho servicio.

Probablemente se podría evitar este sesgo añadiendo en el glosario dos notas:

- En la sección B, la información sobre la disponibilidad del servicio debe indicar la forma en que el servicio estructura sus actividades (de una manera reglada y rutinaria) y no la posibilidad esporádica de que pueda realizarse una atención con características especiales (por ejemplo atención diaria a un paciente durante una semana). El posible sesgo de recogida de información y las reticencias por parte del personal ya han sido comentadas por el equipo danés que trabaja en este instrumento.
- En la sección C, y continuando con el objetivo de obtener una información sobre la atención rutinaria prestada por el servicio, sería importante que los datos sobre la utilización del servicio no se tomaran con relación al último mes. sino que deberá indicarse si la atención solicitada se produce de manera sistemática en un periodo mínimo de 6 meses. De esta forma, obtendríamos una información sobre la utilización real del servicio en los últimos 6 meses.

2.7. COMENTARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS AREAS SELECCIONADAS

Es importante destacar la gran cantidad de fuentes diferentes que se han consultado para describir las características sociodemográficas de las áreas seleccionadas, debido a la carencia de bases de datos completas. Ello apunta hacia la necesidad de potenciar la creación de este tipo de bases de datos, consensuadas a nivel nacional e internacional, si queremos incluir de forma sistemática la descripción de las características sociodemográficas del área socio-sanitaria en la evaluación del contexto dentro el marco conceptual

de la evaluación de servicios. Numerosos autores han demostrado ya la relación entre las características sociodemográficas del área socio-sanitaria y la salud mental, tanto en lo relativo a tasas de morbilidad (Eaton, 1985; Thomicroft, 1991; Dauncey y cols., 1993; Castle y cols., 1993; Lewis and Booth, 1992; Lewis and David, 1992; Buszewicz and Phelan, 1994; Meltzer y cols., 1995; Boardman y cols., 1997), como la indudable influencia en la planificación y provisión de servicios (Johnson y cols. 1998; Beecham y cols., en prensa).

2.8. COMENTARIO SOBRE EL ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PROVISIÓN Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Hemos podido comprobar en el apartado de Resultados que el ESMS permite la obtención de datos de provisión y utilización de servicios en las áreas descritas. Ello hace posible una comparación efectiva de la disponibilidad y uso de los servicios de salud mental entre áreas de un mismo país o de diferentes países desde una serie de indicadores estandarizados para este objetivo.

La revisión de indicadores de ámbito estatal como los que publica el Ministerio de Sanidad y Consumo en su Encuesta Nacional de Salud Mental (Año 1996) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998), apoya la utilidad del ESMS fundamentalmente en lo relativo a su focalización en áreas pequeñas. La mayoría de los indicadores disponibles recogen datos a nivel de comunidades autónomas a pesar de tener la certeza de que no todas las áreas de una misma comunidad autónoma disfrutan de la misma asistencia ya sea por motivos geográficos, por las características sociodemográficas de cada población, por la proporción de minorías étnicas, etc. De esta forma, es difícil plantear una comparación útil entre comunidades autónomas como Navarra y Andalucía por ejemplo. Por todo ello, la posibilidad que plantea el ESMS de realizar descripciones a un mesonivel, supone una ventaja importante a la hora de detectar con mayor precisión las deficiencias de un área socio-sanitaria

pequeña. Con este objetivo, el grupo EPCAT establecía los criterios que deben cumplir las llamadas áreas socio-sanitarias pequeñas: número de habitantes entre 50.000 y 250.000; base geográfica; y disponibilidad de un conjunto de servicios de salud mental para el área de referencia.

Teniendo en cuenta estos criterios quedaría excluida el área de Cantabria, sin embargo, la ausencia de sectorización en dicha área durante el periodo de referencia del estudio hacía imposible su división en áreas socio-sanitarias pequeñas. De esta forma, y considerando siempre sus características diferenciadoras por tratarse de una comunidad autónoma y no de un área sociosanitaria pequeña, se decidió incluirla en el estudio comparativo por su diferente situación con respecto a la Reforma Psiquiátrica y el interés que dicha situación supondría a la hora de establecer comparaciones con áreas con un diferente desarrollo de la Reforma (González de Chávez, 1993). De hecho, los resultados confirman los datos apuntados por Haro y cols. (1998) en su estudio de comparación entre Burlada y Cantabria acerca de su condición de áreas sanitarias extremas.

Un análisis detenido de la provisión de servicios residenciales en las áreas seleccionadas permite diferenciar los recursos hospitalarios de los no hospitalarios. En Cantabria y Distrito de Salamanca (Madrid) se concentra el mayor número de unidades en recursos hospitalarios (en ambos cinco unidades hospitalarias frente a 2 no hospitalarias) mientras que esta proporción va descendiendo en las demás áreas como Burlada (4 hospitalarios frente a uno no hospitalario), Gava (3 hospitalarios y 2 no hospitalarios) hasta llegar a la situación de Loja donde se invierte la proporción (2 hospitalarios y 8 no hospitalarios). Este análisis muestra una diferente distribución de los recursos residenciales que coincide con el nivel de desarrollo con respecto a la Reforma Psiquiátrica de cada una de las áreas. Así, las áreas más avanzadas en dicha reforma tienden a aumentar el número de recursos residenciales comunitarios (no hospitalarios) como pisos protegidos u hogares residenciales y abandonar la idea de hospital como centro de la atención a la salud mental (García y Vázquez-Barquero, 1999).

Sin embargo, es posible observar cómo en todas las áreas se produce un aumento importante en cuanto a recursos de día y actividades estructuradas así como de atención ambulatoria. Podemos afirmar por tanto, que todas las áreas han iniciado el desarrollo de la desinstitutionalización aunque, como indican García y Vázquez-Barquero (1999), algunas no hayan finalizado la "Segunda Fase" consistente en "desplazar el centro de gravedad de la asistencia desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, haciendo de los centros de salud mental el eje de actuación sanitaria".

Por otro lado, es importante tener en cuenta la inadecuación de realizar un estudio comparativo basado exclusivamente en la provisión. Los datos de disponibilidad de servicios deben ser comparados con los de utilización para conseguir un análisis preciso. Podemos observar, fundamentalmente en Loja y distrito de Salamanca, que existen dispositivos disponibles para la población del área que no están siendo utilizados y otros que podríamos decir que están infrautilizados. El análisis detenido de estos datos excede los objetivos de este estudio y abre una línea de trabajo futura de gran interés.

La posibilidad que ofrece el ESMS de diferenciar tanto la provisión como la utilización en función de su intensidad, tiene un enorme interés al permitir abordar, aun de forma somera, en la calidad que ofrecen dichos servicios. Esta información no ha podido cumplimentarse a estos niveles, como ya se comentó en el apartado de Resultados, debido a la carencia de bases de datos con este nivel de detalle. Sin embargo, el establecimiento sistemático de este tipo de información de forma que pudiera incluirse en la evaluación de rutina de servicios y la creación de bases de datos adecuada, conseguiría una evaluación de servicios al nivel de detalle que propone este instrumento.

La necesidad de un instrumento con estas características viene apoyada por la comparación de los datos obtenidos con el ESMS con los Índices de Cobertura y Utilización de la Encuesta Nacional de Salud Mental que publica el Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). Consideramos que esta encuesta plantea una serie de deficiencias:

- Ausencia de un criterio único como indicador de cobertura. Algunos tipos de servicios (por ejemplo unidades de hospitalización breve) presentan como indicador el número de unidades por 100.000 habitantes, otros servicios utilizan como indicador el número de habitantes por servicio (centros de salud mental) y en otros el número de camas instaladas por 100.000 habitantes (hospitalización media y de larga estancia).
- Falta de operativización en las definiciones de los tipos de servicios. Por ejemplo, no se establece una diferencia clara entre Hospital y Centro de Día.
- No aporta una visión global a modo de “fotografía” de la provisión total en salud mental.
- No incluye servicios detectados en un análisis de abajo-arriba.

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud Mental recoge además otros parámetros de enorme interés como son los casos judiciales, tasa de profesionales según categoría, y evolución de estos índices en los últimos años. Estos datos han sido considerados importantes también por nuestro grupo de investigación (Grupo Psicost) y han sido incluidos en un cuestionario de nueva creación, el Cuestionario de Evaluación de Costes de la Esquizofrenia -CECE- y que se encuentra actualmente en proceso de validación. Desde nuestra perspectiva, el SMS pretende una descripción y clasificación de los servicios de un área determinada. A partir de ahí, la evaluación de su actividad, del nivel de calidad, requiere el uso de otros instrumentos.

3. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES SOBRE LA ESCALA ESMS

El ESMS permite una descripción y clasificación de la atención socio-sanitaria que parte de una definición del servicio como “la unidad asistencial más pequeña en el sistema de salud mental que posee una estructura administrativa propia y un presupuesto diferenciado”. Aunque esta definición

plantea el concepto de servicio desde un punto de vista estructural, a la vez, el propio instrumento diferencia los servicios en función de su actividad principal (fundamentalmente en los servicios de día y actividades estructuradas). De hecho, algunos códigos clasifican unidades que se corresponderían más con actividades que con servicios. Por ejemplo, el Taller del Hospital Psiquiátrico de Parayas (Cantabria) se clasifica, siguiendo los criterios del ESMS, como D3 y D4 en función del tipo de actividad que realiza y que depende del nivel de funcionamiento de los pacientes atendidos. En este caso, parece que el ESMS está clasificando más una actividad que un servicio.

La clasificación efectuada de los servicios de salud mental en 4 áreas sanitarias pequeñas y la comunidad autónoma de Cantabria, revela que no siempre es fácil la distinción entre servicios y actividades.

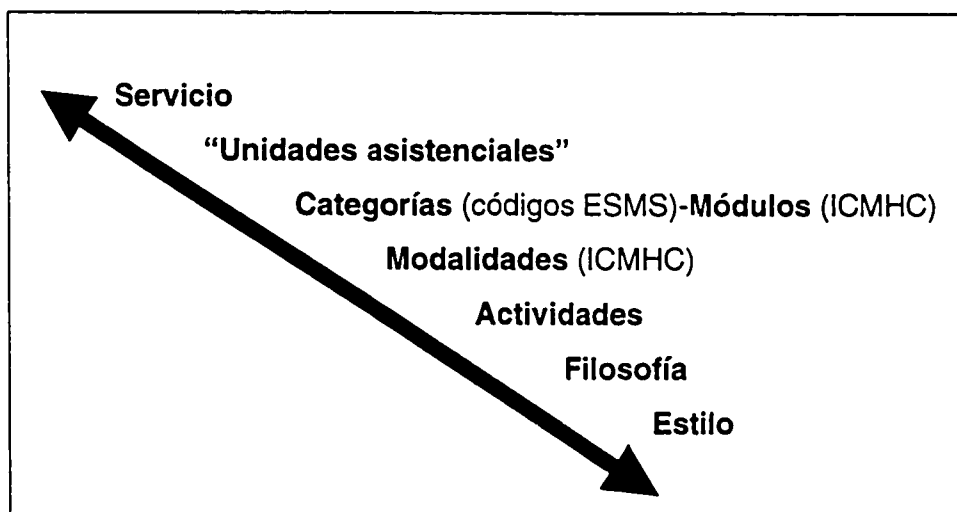
El modelo EPCAT propone instrumentos complementarios para analizar otros niveles diferentes de la atención. Así, se propone el uso combinado del ESMS con el ICMHC con el objetivo de obtener una descripción más completa. El ICMHC realiza una descripción sobre la base de unidades que denomina módulos definidos como “ tipo de atención disponible para grupos dentro de una población definida y caracterizados por presentar problemas sociales y/o psicológicos comparables”. Este se solapa con otros utilizados en el ESMS. Por ejemplo, el servicio de urgencia psiquiátrica hospitalaria puede describirse como una categoría del ESMS y a la vez como un módulo del ICMHC. De hecho, podemos considerarlos términos sinónimos.

Se produce una confusión con relación a las unidades o los niveles que vamos a evaluar desde cada uno de los instrumentos. En un intento de operacionalización de estas unidades, puede considerarse que el servicio constituye una unidad de tipo estructural mientras que el módulo es una medida de actividad, más orientada al nivel funcional. Sin embargo, ninguno de estos conceptos constituye departamentos estancos independientes ya que existen solapamientos entre unidades.

Quizás el problema estribe en la intención de realizar una descripción y clasificación categorial de la atención en base a unidades o niveles específicos. Un planteamiento dimensional de la descripción y clasificación de la atención en el que cada una de las unidades aportara información al conjunto sin pretender una descripción completa del mismo, podría constituir una alternativa más acertada. De esta forma, para una descripción adecuada de la atención, no bastaría con la simple combinación de estos instrumentos (ICMHC y ESMS). Sólo su evaluación global nos daría una medida adecuada de la atención a veces redundante, a veces original.

Podemos considerar que la atención socio-sanitaria puede descomponerse en unidades que siguen un modelo dimensional bidireccional que va desde la estructura de los servicios a su estilo de funcionamiento (Figura V.1).

Fig. V.1. Dimensionalidad de las unidades de análisis en la clasificación y descripción de la atención socio-sanitaria en salud mental (Romero y Salvador, Universidad de Cádiz)



De cualquier forma, parece claro que la actividad constituye la unidad básica para el análisis de los componentes de la atención. Esta función puede descomponerse en varios tipos:

Actividades sanitarias

- ◆ Asistencial
 - ◆ Hacia otros profesionales
 - ◆ Hacia los pacientes
 - ◆ Hacia los familiares
- ◆ Formación
 - ◆ Hacia otros profesionales
 - ◆ Hacia los pacientes
 - ◆ Hacia los familiares
- ◆ Gestión
 - ◆ Administrativa (dirigida al gestor)
 - ◆ Usuario
- ◆ Investigación
 - ◆ Pacientes
 - ◆ Servicios

La interrelación entre dos o más de estas actividades constituirá las unidades en las que se basan cada uno de los instrumentos. Así, por ejemplo el ESMS utiliza como unidad de atención el servicio, mientras el ICMHC trabaja con módulos. Sin embargo, tanto el servicio como el módulo pueden definirse como la suma de diferentes actividades sanitarias (asistenciales, de gestión, de investigación o de formación) interrelacionadas entre sí.

4. CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL EN LA EVALUACION DE SERVICIOS

La necesidad de un marco conceptual integrado que delimite la descripción, clasificación y evaluación de la atención a la salud mental desde diferentes perspectivas es evidente. La aportación del grupo EPCAT (Salvador-Carulla y cols., 2000) así como la de Thornicroft y Tansella (1999), a este respecto nos parece de enorme interés. Sin embargo, tras el desarrollo del

presente estudio surgen una serie de replanteamientos con relación al marco conceptual.

Consideramos de gran utilidad mantener la estructura del modelo de atención EPCAT:

- Paso 1. Creación de un modelo de la atención y marco conceptual para la evaluación de servicios.
- Paso 2. Definición y descripción estandarizada de las áreas de referencia.
- Paso 4. Identificación de la población diana
- Paso 5. Establecimiento de los criterios básicos para el diseño y selección de instrumentos.
- Paso 6. Selección de instrumentos para la Evaluación de la Atención de la Salud Mental
- Paso 7. Estandarización Internacional de la batería de instrumentos para la Evaluación de la Atención de la Salud Mental.

Sin embargo, la aplicación práctica de estas recomendaciones nos lleva a plantear una revisión del marco conceptual de referencia. Así, planteamos un modelo de salud basado en dos dimensiones:

-Nivel de referencia.

Llamado por Thomicroft y Tansella (1999) nivel geográfico. Desde esta dimensión centramos el estudio de la atención desde diferentes perspectivas, cada una de ellas con un determinado nivel de implicación en la atención. Sabemos de la enorme complejidad que supone la evaluación de la atención por lo que sólo la integración de todos los niveles que inciden en su funcionamiento permitirá un estudio adecuado de la atención a la salud.

-Macronivel.

Hace referencia al país, la región. En este nivel coincidimos con los aspectos que incluyen Thomicroft y Tansella (1999) en el nivel país/región donde se comparten una serie de leyes de salud mental

establecidas, no existe ningún estándar clínico y la política global formula y organiza el nivel de entrenamiento de los profesionales. Algunos países, regiones o estados, aunque comparten algunas regulaciones, pueden formular su propia política directiva y sus líneas guía clínicas prácticas particularmente en países con una estructura política más descentralizada. Los temas relacionados con el nivel país/región deben considerarse en otros dominios: social y político, económico y profesional. Hay un tipo de organización en la que las decisiones a nivel país bajan en cascada y limitan lo que es posible a niveles geográficos más bajos. Por ejemplo, las decisiones clínicas de los profesionales en casos difíciles están a menudo coloreadas por el amplio clima de la opinión económica, política y social.

-Mesonivel.

El mesonivel coincide con el nivel local de Thornicroft y Tansella (1999) que se refiere al área que proporciona un sistema integrado de atención de servicios. El tamaño de la población (generalmente entre 50.000 y 250.000 habitantes) establecido por estos autores se corresponde con los criterios establecidos por el grupo EPCAT para fijar los límites de áreas socio-sanitarias pequeñas. Por tanto, nos referiremos aquí a todos los servicios locales organizados sobre la base de un área, es decir, los llamados sectores.

Desde este nivel, el área tiene no sólo la responsabilidad asistencial sobre una población de pacientes determinada (y normalmente definida geográficamente) sino que también debe responder a una perspectiva longitudinal de la evaluación y tratamiento de pacientes. Por ello, Thornicroft y Tansella consideran que la localidad es el punto central para la planificación, organización y desarrollo eficiente del tratamiento y la atención de la salud mental. En este punto diferimos de la opinión de estos autores, al considerar que la unidad básica en la evaluación de la atención a la salud debe ser el servicio y no el área o sector. De esta forma, incluiríamos en este nivel la evaluación dirigida hacia la

perspectiva longitudinal de la atención así como las interrelaciones que se producen entre los servicios que la componen, y que proporciona indudablemente el sector pero añadiríamos un nuevo nivel (micronivel) en el que incluir la evaluación del propio servicio.

-Micronivel. Hace referencia al servicio

La evaluación del servicio, como unidad básica en la evaluación de la atención sanitaria, constituye la perspectiva del micronivel. Desde aquí se tendrán en cuenta las características propias de cada servicio (tanto técnicas como administrativas, de ubicación, etc.) y la población a la que va dirigido.

-Nanonivel. Hace referencia al usuario incluyendo el tratamiento, atención y apoyo a nivel individual o grupal, así como las intervenciones dirigidas a los miembros de sus redes sociales (familiares, cuidadores, amigos). Este nivel, incluido por Thornicroft y Tansella en la Matriz de Salud Mental (1999) nos crea serias dudas con relación a la pertinencia de su inclusión en el espectro de la atención planteado. No podemos obviar su indudable implicación en el proceso de atención pero consideramos que desde la perspectiva de una evaluación de servicios, la unidad de análisis se corresponderá con el servicio y no con el paciente. A partir de aquí, y en función del tipo de análisis que queramos realizar de la atención, consideramos que sería necesario discutir su posible inclusión.

Así, una evaluación clínica debe efectuarse obviamente a nanonivel, valorando tanto el estado inicial, las intervenciones efectuadas y la atención recibida, como los resultados objetivos (disminución de síntomas, reducción en días de hospitalización, disminución de recaídas) y subjetivos obtenidos (satisfacción con la atención, calidad de vida percibida, etc). Sin embargo, si lo que nos interesa es una evaluación de servicios de un área socio-sanitaria determinada, consideramos que la perspectiva del usuario constituiría un elemento integrante de la

perspectiva del servicio (micronivel). De esta forma, en el contexto/estructura constarían por ejemplo las demandas de los usuarios y sus características sociodemográficas, en el proceso las intervenciones realizadas a los usuarios (además de las dirigidas por ejemplo a la gestión del servicio) y en los resultados se incluirían los datos relacionados con los cambios clínicos detectados en sus usuarios.

-Componentes de la atención.

El desglose, descripción y análisis de los componentes de la atención son imprescindibles para su evaluación. Aunque consideremos que los resultados son el aspecto más importante de la evaluación, nunca estos resultados pueden interpretarse sin tener en cuenta la secuencia que lleva hasta ellos. Thornicroft y Tansella (1999), incluyen en esta dimensión (denominada por ellos temporal) el estudio del “input”, proceso y resultados. Sin embargo, nuestro estudio nos lleva a plantear una estructura diferente dentro de esta dimensión:

- Contexto
- Proceso de producción de salud
 - Estructura
 - Proceso
 - Resultados

Establecemos así una distinción entre el contexto y el proceso de producción de salud. No podemos realizar una evaluación del proceso de producción sin tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla el mismo. Esta idea ya fue apuntada por Aparicio (1993) al revisar los modelos de salud existentes que basaban su evaluación únicamente proceso de producción.

Thornicroft y Tansella se centran exclusivamente en lo que nosotros hemos denominado proceso de producción de salud. La diferencia estriba en considerar la importancia del contexto no relacionado directamente con la salud. Existen una serie de factores como pueden ser las características

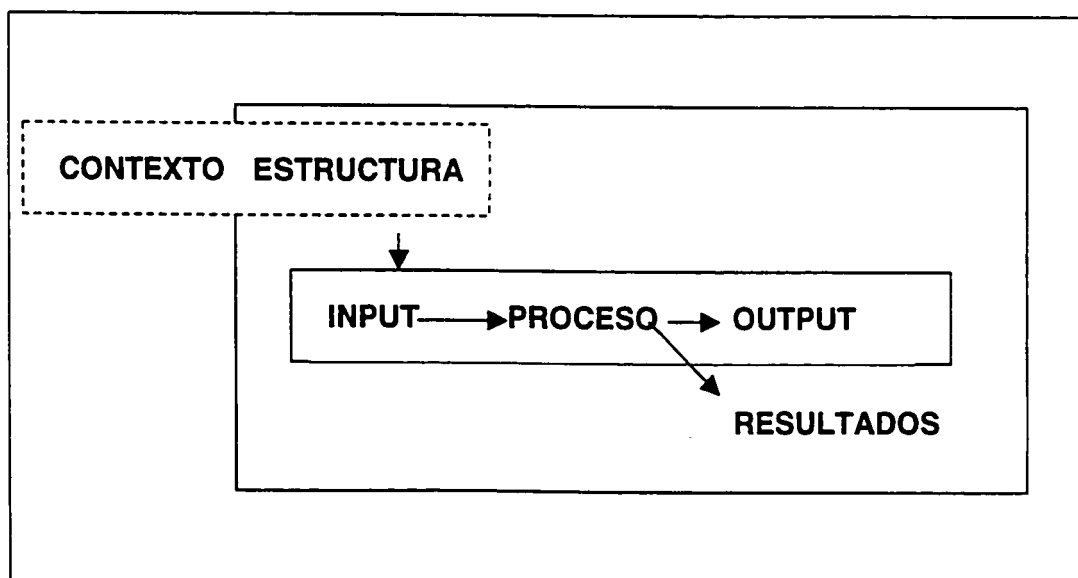
históricas del país de referencia, las condiciones geográficas del área socio-sanitaria, la política nacional, etc., que indudablemente repercutirán en el proceso de producción de salud sin estar directamente implicados en él. Muchos de estos factores han sido incluidos por algunos autores dentro de la estructura del proceso de atención pues es clara la debilidad de la frontera que establecemos y el hecho de que en algunos casos puedan producirse solapamientos. Así por ejemplo, las características sociodemográficas de los usuarios de la atención, podría considerarse tanto como un elemento dle contexto como de la estructura del proceso de la atención.

Es por esto que no se establece una diferencia clara entre contexto y estructura sino que proponemos un Modelo de Salud (figura V.2) dimensional que va desde el contexto hasta el proceso de producción incidiendo tanto en las características generales como en las propiamente socio-sanitarias:

- Contexto general que puede recoger características no relacionadas directamente con la atención socio-sanitaria.

- Contexto socio-sanitario tangible (material clínico, personal clínico) o intangible (política sanitaria,..).

Figura V.2.. Modelo de Salud (Salvador y Romero, Universidad de Cádiz)



Las características del contexto/estructura deberán analizarse además en cada uno de los niveles de referencia establecidos por el Modelo:

- Macronivel: resume las características del contexto de la atención a nivel internacional, nacional o regional
- Mesonivel: contexto definido por las características del área
- Micronivel: el contexto está determinado por las características del servicio sanitario: gestor, personal.
- Nanonivel: el contexto se define por las características sociodemográficas, culturales, sociales y sanitarias de los usuarios.

Una vez evaluado el contexto, debemos considerar el proceso de producción o asistencial. El proceso de producción viene constituido sobre la base de los tres componentes ya establecidos por Donabedian:

-Estructura. Características tangibles e intangibles específicas socio-sanitarias (visibles e invisibles para Thomicroft y Tansella). La estructura, como elemento del proceso de producción se solapa con las características del contexto a nivel de marco conceptual.

-Proceso. Actividades que se desarrollan en el proceso de atención.

-Resultados. Recoge las valoraciones de la efectividad y calidad de la atención.

Al igual que el contexto, cada componente del proceso de producción debe analizarse en cada uno de los niveles (macro, meso, micro y nano).

Estos componentes permiten un análisis desde dos perspectivas:

-Evaluación estructural. Análisis descriptivo del proceso de atención.

-Evaluación funcional. Realiza un análisis cualitativo del modelo incidiendo en aspectos organizativos y de interacciones entre sus

Discusión

componentes. Se incluyen las interacciones que se producen en el sistema de atención siguiendo la aportación de Wilson y cols. (1995) de relaciones a nivel de micro, meso y macro-organización.

Figura. V.3. Modelo de atención socio-sanitaria (Romero y Salvador, Universidad de Cádiz)

	CONTEXTO/ESTRUCTURA				PROCESO				RESULTADOS	
	General	Socio-sanitaria		General	Socio-sanitaria		General	Socio-sanitaria		
		Tangible	Intangible		Tangible	Intangible		Tangible	Intangible	
MACRONIVEL	Caract. históricas Caract. culturales Política Nacional Presupuestos generales Indicadores de privación Rol medios comunic.	Presupuesto Nacional de Salud Decisores	Plan Nacional Salud Áreas Internacionales de preferencias en Salud	Cambios en política nacional	Auditorías	Relaciones decisor con: coordinador, gestor, asociaciones de familiares Toma de decisiones	Disminución de la tasa de personas sin techo	Coste-beneficio Disminución de la tasa mortalidad estandarizada	Disminución del Estigma	
MESONIVEL	Caract. históricas Caract. culturales Caract. sociodemog. Caract. geográficas Indicadores de privación Rol medios comunic	Presupuestos de Salud del área	Plan Autonómico de Salud Evaluación de necesidades Evaluación de la demanda		Actividades de coordinación Control Indicadores	Relaciones coordinador con: decisor, gestor, asociaciones de familiares	Disminución del estigma	Aumento de la cobertura sanitaria	Establecimiento de resultados de grupo	
MICRONIVEL	Ubicación	Disponibilidad teórica del servicio Material clínico y no clínico Presupuesto servicio Personal clínico y no clínico	Formación del personal Evaluación de necesidades Evaluación de la demanda		Actividad clínica (tasa contactos, nº ingresos,...) Actividades de gestión	Relaciones gestor con clínico, coordinador y decisor Relaciones clínico con gestor, coordinador, usuarios, otros profesionales Patrones de uso		Mejora en la accesibilidad Disminución de recaídas	Mejora en la satisfacción del usuario/ personal Aumento de la calidad de vida del usuario Nivel de discapacidad	
NANONIVEL		Población diana	Necesidades población		Contactos asistenciales	Relaciones del usuario con clínico, gestor y decisor				

5. LINEAS FUTURAS

- En el estudio efectuado, la mayoría de las modificaciones acerca del ESMS se han comentado en la Discusión. También podría plantearse la adición de un algoritmo informatizado que simplificara la cumplimentación del instrumento.
- El análisis conjunto del ESMS con los datos del ESDS constituye otro trabajo de enorme interés con relación al estudio de las correlaciones entre características sociodemográficas y patrones de utilización de servicios. En este sentido, existen datos en la literatura que apuntan hacia una relación directa entre factores ambientales, tales como el grado de urbanización, con la demanda de servicios psiquiátricos así como con tasas más altas de tratamiento de trastornos mentales en áreas urbanas que en rurales. (Parry-Jones, 1991; Lewis y cols., 1992; Thornicroft, 1991).
- La aplicación de los resultados del ESMS en la toma de decisiones en política sanitaria plantea otras posibilidades:
 - Identificación de lagunas en la atención de servicios locales en un área socio-sanitaria.
 - Investigación de la influencia de la introducción de un tipo de servicio determinado en la utilización del resto de servicios del área.
 - Obtención de información relacionada con servicios específicos para entender cómo intervenciones aparentemente similares pueden ofrecer diferentes resultados en diferentes áreas.
 - Comparación del volumen de servicios proporcionados en un área geográfica específica con el proporcionado en áreas óptimas (criterios valorados como de buena práctica según estudios de evaluación). Esta estrategia de comparación es particularmente apropiada para pacientes psicóticos de larga duración que presentan los niveles más altos de frecuencia y número de contactos con los servicios (Lehtinen, 1997).

- Estudios de equidad horizontal y vertical que permitan la detección de carencias en la atención recibida por pacientes de diferentes áreas.
 - Estudio de seguimiento que faciliten la evaluación del funcionamiento de los servicios a lo largo del tiempo.
- A pesar de la adecuación del ESDS para la descripción de las características sociodemográficas del contexto de los servicios de salud mental y la aparente sencillez que muestra, hemos podido constatar las dificultades que implica su cumplimentación. Por ello, sería necesario el desarrollo de un estudio de adaptación similar al efectuado con el ESMS. Además, su utilidad práctica depende en gran medida de la existencia de registros a nivel nacional, regional, de áreas pequeñas y municipios que permitan la recogida sistemática de sus variables.
 - Consideramos que una descripción de servicios adecuada debe basarse no sólo en el número de servicios disponibles, número de usuarios que los utilizan y en la frecuencia e intensidad de sus contactos, sino también en la calidad de los mismos. De esta forma, no podremos clasificar de igual manera servicios que atienden a gran cantidad de pacientes en el mismo espacio que otros servicios que, con el mismo personal, atienden a un grupo más reducido de pacientes. Existen casos como en el distrito de Salamanca (García Noblejas I y II) que indican una deficiente clasificación basada en su capacidad potencial de visitas. La información obtenida podría mejorarse de forma significativa si añadiéramos un criterio de tiempo de dedicación por paciente y nivel de formación del profesional que realiza la atención. Este análisis excede los objetivos del trabajo planteado pero constituye un estudio de enorme interés para el futuro. La combinación del ESMS con el ICMHC también permite la información sobre la calidad de los servicios.

VI

CONCLUSIONES

De los datos anteriores y de su discusión, resulta pertinente establecer las siguientes conclusiones con respecto a los objetivos propuestos:

1. Según la revisión efectuada, puede considerarse que este trabajo constituye el primer estudio de adaptación sistemática de un instrumento para evaluación de servicios de salud mental que incluye análisis de viabilidad, validez, fiabilidad y utilidad.

2. Estructura y diseño

2.1. La estructura de árbol que presenta el European Service Mapping Schedule (ESMS) permite una descripción estandarizada de la provisión y utilización de los servicios de salud mental disponibles en un área socio-sanitaria.

2.2. La información aportada por la Sección D del ESMS resulta imprescindible para una descripción completa y precisa de los datos de disponibilidad de servicios de un área sanitaria específica que recoge la Sección B. Ello apoya la adecuación de la estructura por secciones que plantea el instrumento.

2.3. El diseño del ESMS y su combinación con otros instrumentos del EPCAT, permite una mejor definición y descripción de pequeñas áreas así como comparaciones tanto en el ámbito nacional como internacional.

2.4. Se detectan una serie de dificultades en la estructura del ESMS para las que se plantean las siguientes sugerencias:

- Establecimiento preciso de los puntos de corte de la población diana
- Referencia a criterios reales y no teóricos en relación a la disponibilidad de los servicios de salud mental
- Utilización de medidas consensuadas para la recogida de datos
- Definición consensuada a nivel internacional del concepto de hospital así como la inclusión de la distinción entre hospital psiquiátrico y general en el glosario.
- Reestructuración del mapa de servicios de día y actividades estructuradas incluyendo una rama para el tipo de actividad y otra para las características de dicha actividad.

3. Viabilidad

El ESMS es un instrumento viable para la descripción y clasificación de servicios de salud mental, presentando un buen nivel de eficiencia y de aplicabilidad para la gestión de servicios, así como un nivel moderado en relación a su aceptabilidad y practicalidad.

4. Validez

El ESMS presenta una validez simple elevada, y una moderada validez discriminante y de contenido para la descripción y clasificación de servicios de salud mental en áreas sanitarias pequeñas en España.

5. Fiabilidad

El ESMS muestra una elevada fiabilidad interevaluadores en la descripción y clasificación de servicios de salud mental en áreas sanitarias pequeñas en España.

6. Utilidad

6.1. El ESMS constituye una herramienta de gran utilidad para la evaluación de servicios de salud mental y la comparación entre áreas socio-sanitarias pequeñas por la descripción de la provisión y utilización de servicios de salud mental que aporta.

6.2. El ESMS permite la detección de servicios de salud mental no incluidos por los responsables locales de las áreas sanitarias. En las 5 áreas sanitarias evaluadas, el ESMS localizó 29 servicios no detectados por las autoridades locales, lo que supone un 37,1% del total de servicios disponibles en las cinco áreas.

6.3. La utilidad del ESMS depende en gran medida de la existencia de registros y bases de datos completos, actualizados y de buena calidad para la recogida de datos de utilización de servicios de salud mental.

6.4. Es necesario el diseño de un curso de entrenamiento breve en el uso del ESMS para los evaluadores del instrumento.

7. Aspectos relacionados con el Modelo EPCAT de evaluación de servicios

7.1. Se constata la necesidad de combinar los datos obtenidos con el ESMS con los de otros instrumentos de la batería EPCAT (ESDS, ICMHC), lo que apoya la adecuación del marco conceptual establecido por el Grupo EPCAT para la evaluación de servicios de salud mental.

7.2. Es necesario mejorar las definiciones incluidas en otros cuestionarios EPCAT e integrarlas con los señalados en el glosario ESMS. Las definiciones de “módulos” del ICMHC y las de “servicio” y “ramas” que aporta el ESMS, deben ser revisadas y aclaradas para evitar solapamientos entre los diferentes conceptos.

VII

BIBLIOGRAFIA

1. Andersen, J., Larsen, J.K., Schultz, V., Nielsen, B.M., Kerner, A., Behnke, K., y cols.. (1989). The Brief Psychiatric Rating Scale: Dimension of schizophrenia-reliability and construct validity. *Psychopathology*, 22, 168-176.
2. Andrews, G., Perters, L., Tesson, M. (1994). Measurement of consumer outcome in mental health: A report to the National Mental Health Information Strategy Committee. Sydney: Clinical Research Unit for Anxiety Disorders.
3. Aparicio, V. (1993). Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En V. Aparicio (Ed.), *Evaluación de Servicios de Salud Mental* (pp. 15-50). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
4. Audit Comission. (1994). *Mental Health Trust Audit Guide*. London: Audit Comission.
5. Augustin, M., Dieterle, W., Zschocke, I., Brill, C., Trefzer, D., Peschen, M., Schopf, E., Vanscheidt, W. (1997). Development and validation of a disease-specific questionnaire on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *Vasa*, 26, 291-301.
6. Baldessarini, R.J., Finklestein, S., Arana, G.W. (1988). Predictive power of diagnostic tests. En F. Flasch (Ed.), *Psychobiology and Psychopharmacology* (pp. 175-189). New York: Norton & Company.
7. Bartko, J.J., Carpenter, W.T. (1976). On the methods and theory of reliability. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 307-317.

8. Bartko, J.J. (1996). Some issues for consideration in multi-site and international reliability studies. En M. Moscarelli, A. Rupp y N. Sartorius (Eds.), *Mental Health Economics and Health Policies: Vol . I. Schizophrenia* (pp. 113-121). Chichester: Wiley & Sons.
9. Battista, R.N., Contandriopoulos, A., Champagne, F., Williams, J.I., Pineault, R., Boyle, P. (1989). An integrative framework for health related research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1155-1160.
10. Bech, P., Malt, U.F., Dencker, S.J., Ahlfors, U.G., Elgen, K., Lewander, T., Lundell, A., Simpson, G.M., Lingjaerde, O. (Eds.), (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87 (Sup. 372).
11. Beecham, J., Johnson, S. and the EPCAT Group. (en prensa). The European Socio-Demographic Schedule: rationale, principles and development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
12. Benach, J., Borrell, C., Chamizo, H. (1998). Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España. En F. Catalá y E. De Manuel (Eds.), *Informe SESPAS 1998: La Salud Pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
13. Bennett, D. (1978). Community psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 132, 209-220.
14. Bennett, D., Freeman, H. (1991). *Community Psychiatry. The Principles*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
15. Brekke, J.S. (1987). The model-guides method of monitoring program implementation. *Evaluation Review*, 11, 281-99.

16. Brekke, J.S., Test, M.A. (1987). An empirical analysis of services delivered at a model community support program. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10, 51-61.
17. Brekke, J.S., Wolkon, G.H. (1988). Monitoring program implementation in community mental health settings. *Evaluation Health Professions*, 11, 425-450.
18. Brislin, R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
19. Brugha, T.S.; Nienhuis, F; Bagchi, D.; Smith, J.; Meltzer, H. (1999). The survey form of SCAN: the feasibility of using experienced lay survey interviewers to administer a semi-structured systematic clinical assessment of psychotic and non-psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 29, 703-711.
20. Boardman, A.P., Hodgson, R.E., Lewis, M., Allen, K. (1977). Social indicators and the prediction of psychiatric admission in different diagnostic groups. *British Journal of Psychiatry*, 171, 457-462.
21. Burns, T., Priebe, S. (1996). Mental health care systems and their characteristics: a proposal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 381-385.
22. Burns, T., Raftery, J. (1991). Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 407-410.
23. Buszewicz, M., Phelan, M. (1994). Schizophrenia and the environment. *British Journal of Hospital Medicine*, 52, 149-154.
24. Byrt, R., Bishop, J., Carlin, J.B. (1993). Bias, prevalence and kappa. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 423-456.

25. Castle, D., Scott, K., Wesseley, S., Murray, R. (1993). Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Social Psychiatry Epidemiology*, 28, 1-4.
26. Catalá, F., Keenoy, E. (1998). Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
27. Camaby, S. (1997). A comparative approach to evaluating individual planning for people with learning disabilities: challenging the assumptions. *Disability & Society*, 3, 381-394.
28. Cicchetti, D.V., Showalter, D., Rosenheck, R. (1997). A new method for assessing interexaminer agreement when multiple ratings are made on a single subject. Applications to the assessment of neuropsychiatric symptomatology. *Psychiatric Research*, 72(1), 51-63.
29. Clinical Standards Advisory Group Committee (CSAGC)(1995). Protocol for assessing services for people with severe mental illness. London: HMSO.
30. Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
31. Costello, C.G. (1994). Advantages of the symptom approach to schizophrenia. En C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of schizophrenia* (pp. 1-26). New York: Wiley & Sons.
32. Czobor, P., Bitter, I., Volavka, J. (1991). Relationship between the Brief Psychiatric Rating Scale and the Scale for the Assessment of Negative Symptoms: A study of their correlation and redundancy. *Psychiatry Research*, 36, 129-139.

33. Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., Wodak, A. (1991). The Opiate Treatment Index (OTI). Manual (National Drug and Alcohol Research Technical Report, N°11). Australia: University of New South Wales.
34. Dauncey, K., Giggs, J., Baker, K., Harrison, G. (1993). Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *British Journal of Psychiatry*, 163, 613-619.
35. De Jong, P. (1996). The WHO-International Classification of Mental Health Care. Preliminary version. Department. of Social Psychiatry. Groningen: University of Groningen.
36. Department of Health (1996). Spectrum of Care. Local services for people with mental health problems. London: NHS Executive.
37. Dickey, B., McGuire, T., Cannon, N., Gudeman, J. (1986). Mental health cost models: refinements and applications. *Medical Care*, 24, 857-867.
38. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.
39. Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. México: La prensa médica mexicana.
40. Eaton, W. (1985). Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiological Reviews*, 7, 105-126.
41. Ellis, P., Welch, G., Purdie, G., Mellsop, G. (1990). Australasian field trials of the mental and behavioural disorders section of the draft ICD-10. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 313-321.

42. Essink-Bot, M.L., Krabbe, P., Bonsel, G., Aaronson, N. (1997). An empirical comparison of four generic health status measures. *Medical care*, 35, 522-537.
43. Feinstein, A.R. (1985). *Clinical epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders.
44. Felton, T. (1997). *Pharmacoeconomics & Outcomes News*, 107.
45. Fenton, W., McGlashan, T.H. (1992). Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 179-184.
46. Flaherty, J.A., Gaviria, F.M., Pathak, D., Mitchell, T., Wintrob, R., Richman, J.A., y Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
47. Freeman, H., Henderson, J. (Eds.). (1991). *Evaluation of comprehensive care of the mentally ill*. London: Gaskell-The Royal College of Psychiatrists.
48. Freudenberg, R. (1967). Psychiatric care. *British Journal of Hospital Medicine*, 19, 585-592.
49. Fundación BBV. (1997). *La formación de los profesionales de la Salud. Escenarios y factores determinantes*. Bilbao: Fundación BBV-Documenta.
50. García, J., Vázquez-Barquero, J.L. (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(5), 281-291.

51. Gaite, L., Ramírez, N., Herrera Castanedo, S., Vázquez-Barquero, J.L. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología*, 60, 91-111.
52. George, L.K. (1989). Definition, classification and measurement of mental health services. En C.A. Taube, D. Mechanic, A. Hohmann (Eds.), *The future of mental health services research* (pp. 303-324). Washington: Department of Health and Human Services.
53. Goldsmith, M.F., Wagenfeld, M.O., Manderscheid, R.W., Stiles, D.J., Windle, C., Witkin, M.J. (1994). The ecology of mental health facilities in metropolitan and nonmetropolitan counties. En *Mental Health, United States, 1994* (pp 126-134). Washington: CMHS Center for Mental Health Services.
54. González de Chavez, M. (1993). Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. En V. Aparicio (Ed.), *Evaluación de Servicios de Salud Mental* (pp 53-94). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
55. González-Sáiz, F.M., Salvador-Carulla, L., Martínez Delgado, J.M., López Cárdenas, A., Ruz Franzí, I., Guerra Díaz, D. (1997). Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos. Versión española del Opiate Treatment Index (OTI). Cádiz: Servicio de Publicaciones. Universidad de Cádiz.
56. Hansson, L. (1996). Sectorised services outcome research. En H.C. Knudsen, G. Thornicroft (Eds.), *Mental health service evaluation* (pp 197-212). Cambridge: Cambridge University Press.

57. Hargreaves, W.A. (1994). Measurement of program implementation. Presentado al III Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry. The Economics of Schizophrenia, Depression, Anxiety, Dementias, Venice.
58. Hargreaves, W.A., Shumway, M., Hu, T-W. (1996). Measuring service use and delivery. En M. Moscarelli, A. Rupp, y N. Sartorius (Eds.), Handbook of Mental Health Economics and Health Policy: Vol. 1. (pp.347-358). Chichester: Wiley & Sons.
59. Haro, J.M., Salvador-Carulla, L., Cabasés, J., Madoz, V., Vázquez-Barquero, J.L. and the PSICOST Group. (1998). Mental health services utilization and costs of patients with schizophrenia in three áreas of Spain. British Journal of Psychiatry, 73, 334-340.
60. Harrison, J., Barrow, S., Creed, F. (1995). Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups. British Journal of Psychiatry, 167, 456-462.
61. Hernández-Aguado, I., Porta, M., Miralles, M., García-Benavides, F., Bolúmar, F. (1990). La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. Medicina Clínica (Barcelona), 95, 424-429.
62. Hoffman, N.G., Ninonuevo, F.G. (1994). Concurrent validation of substance abusers self-reports against collateral information: percentage agreement vs. K vs. Yule's Y. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18(2), 231-237.
63. Holland, W.W. (1983). Measurement in health care. En W.W. Holland (Ed.), Evaluation of care. Oxford: Oxford University Press.
64. Hollen, P. (1994). Psychometric properties of two instruments to measure quality decision making. Research in Nursing and Health, 17, 137-148.

65. Hoult, J., Rosen, A., Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 18, 1005-1010.
66. Instituto Nacional de Estadística (1991). Censo de población 1991. Instituto Nacional de Estadística. Area de Formación.
67. Instituto Nacional de Estadística –Base de datos TEMPUS: 1994 – (versión 4.02) (1998). Instituto Nacional de Estadística [Productor y distribuidor].
68. Jarman, B. (1983). Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal*, 286, 1705-1709.
69. Jarman, B., Hirsch, S. Statistical models to predict district psychiatric morbidity. (1992). En G. Thornicroft, C.R. Brewin, J. Wing. (Eds.), *Measuring Mental Health Needs* (pp 62-80). London: Gaskell.
70. Jarman, B., Hirsch, S., White, P., Driscoll, R. (1992). Predicting psychiatric admission rates. *British Medical Journal*, 304, 1146-1151.
71. Jenkins, R., McCulloch, A., Parker, C. (1997). Supporting governments and policy-makers. Geneva: Nations for Mental Health, WHO.
72. Jerrell, J.M., Hargreaves, W.A. (1991). The operating philosophy of community programs. Berkeley: Institute for Mental Health Services.
73. Johnson S, Kuhlman, R. and EPCAT Group. (en prensa). The European Service mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

74. Johnson, S., Salvador-Carulla, L., and the EPCAT Group (1998). Description and classification of mental health services: an European perspective. *European Psychiatry*, 13, 333-341.
75. Johnson, S., Thornicroft, G., Strathdee, G. (1996). Assessing population needs. En G. Thornicroft, G. Strathdee (Eds.) *Commissioning Mental Health Services* (pp 37-52). London: HMSO.
76. Jöreskog, K.G., Sörbom, D. (1993). LISREL VIII. Structural equation modelling with the Simplis command language. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
77. Kates, N., Humphrey, B. (1993). Psychiatric networks: they make sense, but do they work? *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 319.
78. Kibel, D.A., Laffont, I., Liddle, P.F (1993). The composition of the negative syndrome of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 744-750.
79. Knapp, M. (1995). The economic perspective: framework and principles. En M. Knapp (Ed.), *The economic evaluation of mental health care* (pp. 1-26). Aldershot: Arena Ashgate.
80. Kovess, V. (1997). Mental health services description. Prospects for the future. En M. Tansella (Ed.), *Making Rational Mental Health Services* (pp 91-103). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
81. Kramer, M.S., Feinstein, A.R. (1981). Clinical biostatistics: LIV. The biostatistics of concordance. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 29, 111-123.
82. La Caixa. (1998). *Anuario Comercial de España*. Barcelona: Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona.

83. Leaf, P.J. (1986). Mental health systems research. En W.R. Scott, B.L. Black (Eds.), *The organisation of mental health services* (pp 97-129). Beverly Hills: Sage.
84. Leff, J. (1997). *Care in the community. Illusion or reality?* Chichester: Wiley & Sons.
85. Lehtinen, V. (1997). Population needs for mental health services. Introduction to the theme. En M. Tansella (Ed.), *Making Rational Mental health Services* (pp 3-12). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
86. Lewis, G., David, A., Andreasson, S., y cols.. (1992). Schizophrenia and city life. *Lancet*, 340, 137-140.
87. Lewis, G., Booth, M. (1992). Regional differences in mental health in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 608-611.
88. Mackinnon, N.J. (1998). A systems approach to the evaluation of a disease management programme. *Formulary* 33, 769-770 & 775-778 & 787-788.
89. Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G., Lawrence, R.E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
90. Marquis, P. (1998). Strategies for interpreting quality of life questionnaires. *Quality of Life Newsletter*. March, Special Issue, 3-4.
91. Martinez-Arias, R. (1995). *Psicometria: Teoria de los tests psicologicos y educativos*. Madrid: Editorial Síntesis.
92. McDowell, I., Newell, C.(1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.

93. McGuire, Drummond, M. (1993). Economic evaluation in health care: an introduction for psychiatrists. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 211-217.
94. McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
95. McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
96. Mechanic, D. (1996). Emerging Issues in International Mental health Services research. *Psychiatric Services*, 47, 371-375.
97. Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M., Hinds, K. (1995). The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households: OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. London: HMSO.
98. Micheli, G. (1982). La valutazione dei servizi tra razionalità economica e specificità psichiatrica. En D. de Martis, F. Pavan, S. Vender (Eds.), *Problemi di Valutazione dell'intervento Psichiatrico*. Rome: Il Pensiero Scientifico Editore.
99. Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). Sistema de información en salud mental. Indicadores año 1996. Tablas 1991-1996. Serie de Informes Técnicos, 12.
100. Moos, R.H. (1988). Life-stressors and coping resources influences in health and well-being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-158.

101. Moos, R.H., Lemke, S. (1984). *Multiphase Environmental Assessment Procedure*. Stanford University.
102. Moreno Küstner, B., Torres González, F., Salize, H.J., Rösler, W. (1997). Ficha Mannheim de contacto con los servicios comunitarios de salud mental. *Archivos de Neurobiología*, 60, 151-161.
103. Moscarelli, M. (1994). Health and economic evaluation in schizophrenia: implications for health policies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Sup. 382), 84-88.
104. Munizza, C., de Jong, P., Perris, C., Salvador, L., Thornicroft, G., von Cranach, M., Knapp, M. (1995). Psychiatric Rehabilitation-Standardization of procedures for the assessment of activities and costs/benefits. *Biomedical and Health Research. The BIOMED I Programme*. En A.-E. Baert, SS. Baig, C Bardoux, GN Fracchia, M Hallen, O. Le Dour, MC Razquin, V. Thévenin, A Vanvossel, M Vidal (Eds.). Amsterdam: IOS press.
105. Muthen, B.O., Grant, B., Hasin, D. (1993i). The dimensionality of alcohol abuse and dependence: Factor analysis of DSM-III-R and proposed DSM-IV criteria in the 1988 National Health Interview Survey. *Addiction*, 88, 1079-1090.
106. Muthen, B.O., Hasin, D., Wisnicki, K.S. (1993ii). Factor analysis of ICD-10 symptom items in the 1988 National Health Interview Survey on Alcohol Dependence. *Addiction*, 88(8), 1071-1077.
107. Netten, A., Beecham, J. (Eds.). (1993). *Costing Community Care. Theory and practice*. Aldershot: Arena Ashgate.

108. Nohr, C. (1995). From Assesment to Decision-Making. En E.M.S.J. van Gennip and J.L. Talmon (Eds.), Assesment and Evaluation of Information Technologies in Medicine (pp 117-126). Amsterdam: IOS Press.
109. Parry-Jones, W., Queloz, N. (1991). Mental health and deviance in inner cities. Geneva: University of Naples. World Health Organisation. United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute.
110. Patmore, C., Weaver, R. (1991). Community mental health teams: lessons for planners and managers. London: Good practices in Mental Health.
111. Pineault, R., Da Veluy, C. (1987). La planificación sanitaria. Barcelona: Masson.
112. Real Academia Española. (1992). Diccionario de la Real Academia Española (21ª Edición). Madrid: Espasa-Calpe.
113. Rehin, G., Martin, F. (1963). Some problems for research in community care. En H.L. Freeman, J. Farndale (Eds.), Trends in the Mental Health Service (pp. 34-43). Oxford: Pergamon Press.
114. Room, R., Janca, A., Bennett, L.A. (1996). WHO crosscultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disordersÑ: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2), 199-220.
115. Rössler, W., Salize, H.J., Biechele, U. (1993). Mannheim Service Recording Sheet.
116. Rumeau-Rouquette, C., Breart, G., Padieu, R. (1981). Méthodes en épidemiologie. Paris: Flammarion Médecine-Sciences.

117. Ruud, T., Husby, R., Breimoen, M., Kalve, M. (1996, junio). ICMHC: reliability, results and suggestions for improvements. Presentación en European Network For Mental Health Service Evaluation (ENMESH). Second Conference "Evaluating Mental Health Services. Progress and Prospects", Verona.
118. Sabshin, M. (1966). Theoretical models in community and social psychiatry. En L.M. Roberts, S.L. Halleck, M.B. Loeb (Eds.), *Community Psychiatry*. Madison: University of Wisconsin Press.
119. Salize, H.J., Moreno Küstner, B., Torres-González, F., Reinhard, I., Estevez, J.F.J., Rössler, W. (1999). Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 328-334.
120. Salvador-Carulla, L. (1996). Assessment of instruments in psychiatry: Description and psychometric properties. En G. Thornicroft y M. Tansella (Eds.), *Mental Health Outcome Measures* (pp. 189-206). Berlin: Springer.
121. Salvador-Carulla, L., Atienza, C., Romero, C. and the Psicost Group. (2000). Use of the EPCAT Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services: The Experience in Spain. In. Guimon J, Sartorius N, eds. *Manage or Perish: The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe*. New York: Plenum Press.
122. Salvador-Carulla, L., Haro, J.M., Cabaesés, J., Madoz, V., Sacristán, J.A., Vázquez-Barquero, J.L. and the PSICOST Group. (1999). Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two extreme health scenarios in north-eastern Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 335-343.

123. Salvador, L, Romero C. Parámetros de calidad en la evaluación de instrumentos de salud mental. Trabajo no publicado.
124. Salvador-Carulla, L., Romero López-Alberca, C., González-Sáiz, F. (en prensa). Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A., Berrios G.E., Fernández de Larrinoa P.P. (Eds.) *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*.
125. Salvador-Carulla, L., Torres, F., Johnson, S., Kuhlman, R., Vázquez-Barquero, J.L., Beecham, J. (1997). Versión española del European Service Mapping Schedule (Diagrama Europeo de Servicios). *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 163-169.
126. Selai, C., Rosser, R. (1995). Eliciting EuroQol descriptive data and utility scale values from inpatients. *Pharmacoeconomics*, 8(2), 147-158.
127. Serban, G. (1977). *New Trends of Psychiatry in the Community*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
128. Slade, M., Thornicroft, G., Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 243-249.
129. Somoza, E. (1996). Eccentric diagnostic tests: Redefining sensitivity and specificity. *Medical Decision Making*, 16, 15-23.
130. Stein, L.I., Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
131. Strang, J., Bradley, B., Stockwell, T. (1989). Assessment of drug and alcohol use. En C. Thompson (Ed.), *The instruments of psychiatric research* (pp 211-232). Chichester: Wiley & Sons.

132. Strathdee, G., Thornicroft, G. (1992). Community sectors for needs-led mental health services. En G. Thornicroft, C.R. Brewin, J. Wing (Eds.), *Measuring Mental Health Needs* (pp 140-62). London: Gaskell.
133. Strathdee, G., Thornicroft, G. (1993). The principles of setting up mental health services in the community. En D. Burghra, J. Leff (Eds.), *Principles of social psychiatry* (pp 473-489). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
134. Strathdee, G., Thornicroft, G. (1997). Community psychiatry and service evaluation. En R. Murray, P. Hill, P. McGuffin (Eds.), *The Essentials of Psychiatry* (pp. 513-533). Cambridge: Cambridge University Press.
135. Sutherby, K.; Szmukler, G.I.; Halpern, A.; Alexander, M.; Thornicroft, G; Johnson, C.; Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 56-61.
136. Sytema, S., Micciolo, R., Tansella, M. (1996). Service utilization by schizophrenic patients in Groningen and South-Verona: an event-history analysis. *Psychological Medicine*, 26, 109-119.
137. Tansella, M. (1986). Community psychiatry without mental hospitals. The Italian experience: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, 664-669.
138. Tansella, M., Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 28, 503-508.
139. Tausig, M. (1987). Detecting 'cracks' in mental health service systems: application of network analytic techniques. *American Journal of Community Psychology*; 15, 337-51.

Bibliografía

140. Thiemann, S., Csemansky, J.G., Berger, P. (1987). Rating scales in research: The case of negative symptoms. *Psychiatry Research*, 20, 47-55.
141. Thompson, C.(Dir.): (1989). The instruments of psychiatric research. Chichester: Wiley & Sons.
142. Thornicroft, G. (1991). Social deprivation and rates of treated mental disorders. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 158, 475-484.
143. Thornicroft, G., Brewin, C.R., Wing, J. (Eds.). (1992). Measuring mental health needs. London: Gaskell- The Royal College of Psychiatrists.
144. Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.
145. Thornicroft, G., Tansella, M. (1996). Mental Health Outcome Measures. Berlin: Springer-Verlag.
146. Thornicroft, G., Strathdee, G., Johnson, S. (1995). The case for catchment areas for mental health services. *Psychiatric Bulletin*; 19, 343-5.
147. Tibaldi, G., Munizza, C. and the EPCAT Group. (en prensa). Standardized assessment of psychiatric care. A new methodology and its application in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
148. Torres, F., Moreno, B., Salvador-Carulla, L., Romero, C. De Jong, A. (1997). Clasificación internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 141-150.

149. Vázquez-Barquero, J.L. (Dir.). (1993). SCAN. Cuestionarios para la evaluación clínica en psiquiatría. Madrid: Meditor.
150. Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta, M.J., De la Varga, M., Herrera, S., Gaite, L., Arenal, A. (1995). The Cantabria first-episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 156-162.
151. Vuori, H.V. (1988). El control de la calidad en los servicios sanitarios; conceptos y metodología. Barcelona: Masson.
152. Weisbord, M.R. (1976). Organizational Diagnosis: six places to Look for Trouble with or without a theory. *Group and Organization Studies*. En W.W. Burke (Ed.), *Organization Development: Principles and Practices* (p 170). Canadá: Little Brown and Co.
153. Whynes, D.K., Neilson, A.R. (1993). Convergent validity of two measures of the quality of life. *Health Economics*, 2, 229-235.
154. Wilkinson, G., Williams, B., Krekorian, H., McLees, S., Falloon, I. (1992). QALYs in mental health: a case study. *Psychological Medicine*, 22, 725-731.
155. Wilson, R., Rowan, M.S., Henderson, J. (1995). Core and comprehensive health care services: 1. Introduction to the Canadian Medical Association's decision-making framework. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1063-1067.
156. Wing, J.K. (1992). Epidemiologically-based needs assessment: review of research on psychiatric disorders. London: Department of Health.

157. Wing, J.K., Curtis, R.H., Beadsmoore, A., Lelliot, P. (1998). Protocol for assessing services for people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 172, 121-129.
158. Wittchen, H.-U., Essau, C.A. (1990). Assessment of symptoms and psychosocial disabilities in primary care. En N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lecrubier y U. Wittchen (Dir.), *Psychological disorders in general medical settings* (pp 111-136). Toronto: Hogrefe & Huber Publ.
159. Wittchen, H.-U., Robins, L.N., Cottler, L.B., Sartorius, N., Burke, J.D., Regier, D., y cols.. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA field trials. *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653.
160. Wollenberg van den, A.L. (1977). Redundancy analysis: An alternative to canonical correlation analysis. *Psychometrika*, 42, 207-219.
161. World Health Organization. (1987). *Mental health services in pilot study areas: report on a European study*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
162. World Health Organization. (1992). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Ginebra: WHO Regional Office for Europe.
163. World Health Organization (1996). *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
164. Zahner, G. (1991). The feasibility of conducting structured diagnostic interviews with preadolescents: a community field trial of the DISC. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 659-668.

VIII

ANEXOS

ANEXO I

DISEMINACION DE RESULTADOS

DISEMINACION DE LOS RESULTADOS

Hasta la actualidad, la revisión efectuada y los datos obtenidos de la presente tesis, se han publicado de forma parcial en los siguientes artículos de revistas científicas o colaboraciones en libros:

- Salvador, L., Romero, C., Martínez, A., Haro, J.M., Bustillo, G., Ferreira, A., Gaite, L., Johnson, S., for the EPCAT/PSICOST Group*. Standardization of the European Service Mapping Schedule in Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Aceptado para publicación en 20 noviembre de 1999.
- Salvador-Carulla, L., Romero López-Alberca, C., González-Sáiz, F. (en prensa). Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A., Berrios G.E., Fernández de Larrinoa P.P. (Eds.) *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*.
- Salvador-Carulla, L., Haro, J.M., Cabañes, J., Madoz, V., Sacristán, J.A., Vázquez-Barquero, J.L. and the PSICOST Group*. (1999). Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two extreme health scenarios in north-eastern Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 335-343.
- Salvador, L., Atienza, C., Romero, C., PSICOST*/EPCAT Group. Use of the EPCAT Model of Care for standard description of psychiatric services: the experience in Spain. Aceptado para publicación en 14 junio de 1999.
- Haro, J.M., Salvador, L., Cabañes, J., Madoz, V., Vázquez-Barquero, J.L. and the PSICOST Group*. (1998). Mental health services utilization and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *British Journal of Psychiatry*, 73: 334-340.

- Salvador, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, M.C. (1999). Aplicación de medidas del coste-efectividad al análisis de programas de atención en Salud mental. Update Psiquiatría, 7, 90-104.

* C. Romero es miembro del equipo investigador del Grupo PSICOST

FACTOR DE IMPACTO

El impacto total obtenido según el listado SCI de 1997 es de 6.441:

- Acta Psychiatrica Scandinavica: 2 (1.588)
- British Journal of Psychiatry: 3.265

ANEXO II

EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE

**THE EUROPEAN SERVICE
MAPPING SCHEDULE
(ESMS)
(DIAGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL)**

Versión 3 - Febrero 1997

Sonia Johnson, Robert Kuhlmann y el Grupo EPCAT

Traducción al castellano por:
L. Salvador, C. Romero, F. Torres, C. Rosales.
Enero 1999

INDICE

Introducción	3
Principios generales	4
El Diagrama de Servicios	6
Sección A: Preguntas introductorias	7
Sección B: Diagrama de Servicios - principios	8
Glosario, ejemplos y líneas guía	9
Diagrama de Localización de Servicios Residenciales	19
Diagrama de Localización de Servicios de Día y/o de Actividades Estructuradas	20
Diagrama de Localización de Servicios Ambulatorios/ Comunitarios	21
Servicios de auto-ayuda y no profesionales	22
Sección C: Diagrama de Utilización de Servicios	
A- Principios	23
B- Normas para la Contabilización de Servicios	24
C- Contabilización de servicios - normas para categorías específicas	26
Diagrama de Utilización de Servicios Residenciales	29
Diagrama de Utilización de Servicios de Día y/o de Actividades Estructuradas	30
Diagrama de Utilización de Servicios Ambulatorios y Comunitarios	31
Sección D: Inventario de Servicios - principios	32
Inventario de Servicios	34

INTRODUCCION

El Diagrama Europeo de Servicios (European Service Mapping Schedule) permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de salud mental que atiende a la población adulta con enfermedad mental de un área de cobertura la provisión de servicios de salud, servicios sociales, voluntariado y sector privado.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la **estructura y oferta** de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura sanitaria.
- Medir y comparar los **niveles de provisión** de los principales tipos de servicios de salud mental entre diferentes áreas de cobertura sanitaria.

El Cuestionario utiliza un sistema de árboles o diagramas para la descripción estandarizada de servicios. La página 6 ilustra su estructura.

Este cuestionario consta de 4 secciones principales que deben cumplimentarse:

- A. **Preguntas Introductorias:** Se refieren al área de cobertura y la población para las que se cumplimenta el cuestionario.
- B. **Diagramas de Localización de Servicios:** Proporcionan un método estandarizado para enumerar y categorizar servicios para la población del área de cobertura, basado en las principales funciones del servicio.
- C. **Diagramas de Utilización de Servicios:** Proporcionan un método estandarizado para medir niveles de utilización de servicios por la población del área de cobertura en las categorías principales de los servicios.
- D. **Inventario de Servicios:** Permite hacer una lista más detallada de las características de servicios específicos: complementa la información de la Sección B y proporciona una estructura que compile un inventario completo de servicios locales.

El Diagrama de Servicios se ha diseñado para permitir hacer **comparaciones internacionales**, al menos dentro de Europa. Debería ser posible, por tanto, asignar a una categoría (concreta) los servicios más importantes de tipo comunitario, ambulatorio, de día u hospitalario.

Se pretende la posibilidad de utilizar el ESMS sin un entrenamiento específico. Sin embargo, su uso correcto requiere la aplicación de un número sustancial de reglas y definiciones operativas, citadas en las páginas siguientes. Para cualquier uso previsto del instrumento se aconseja una familiarización previa en detalle con éstas. Los usuarios del instrumento deberán contactar con Sonia Johnson (dirección en página 1) para comentar cualquier sugerencia y para informar de cualquier uso previsto del instrumento.

PRINCIPIOS GENERALES

A. Servicios incluidos: la unidad básica para la que el Diagrama de Servicios debe ser aplicado es el *conjunto de servicios de salud mental que proporcionan atención a la población de un área de cobertura específica*. Se incluirán tanto los servicios situados dentro del área de cobertura como aquellos servicios situados fuera del área pero que hayan sido utilizados al menos por cinco residentes (de cada 100.000 habitantes) del área de cobertura en el año pasado. Los servicios localizados dentro del área de cobertura pero que no proporcionan servicios a ninguno de sus residentes deben ser excluidos.

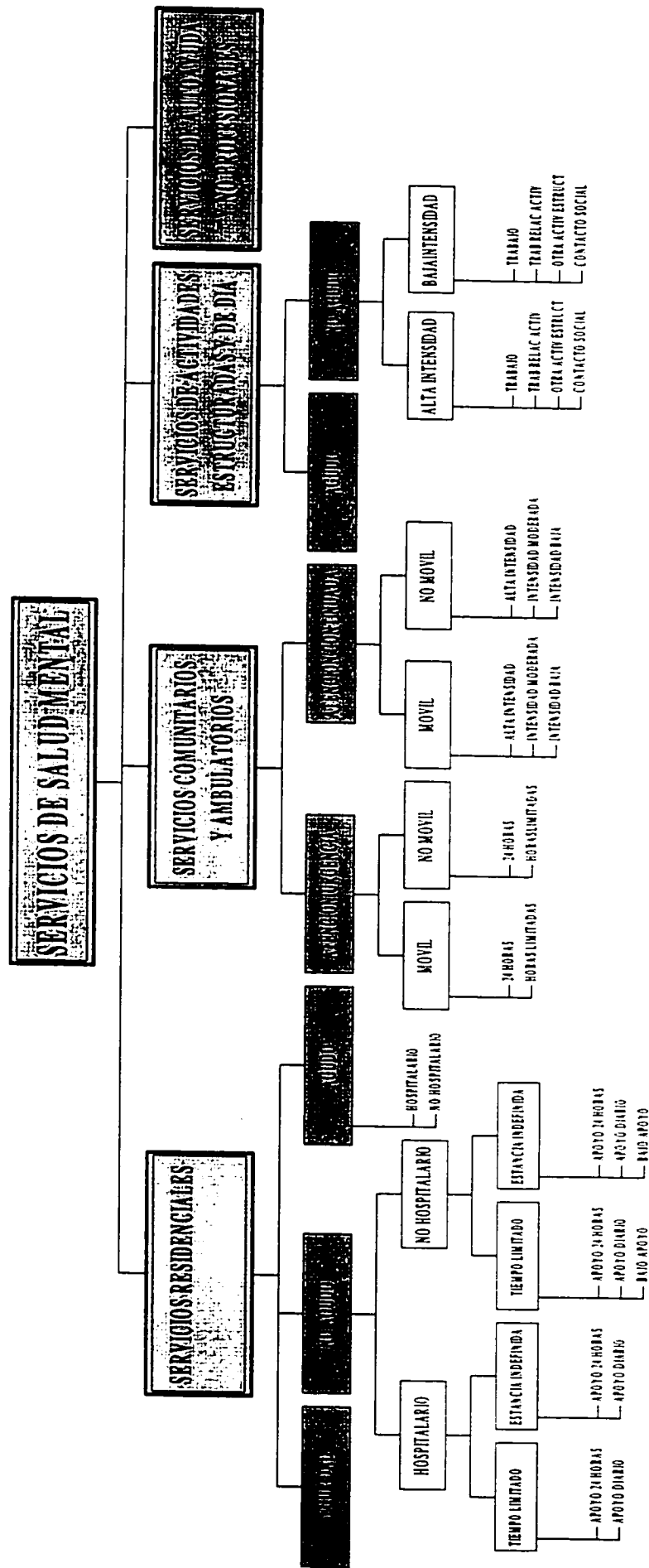
B. Definición de servicios de salud mental: el abanico de servicios a considerar son todos aquellos servicios que tengan como objetivo específico algún aspecto en la atención de la enfermedad mental y de las dificultades clínicas y sociales relacionadas con ésta. Deben incluirse los recursos proporcionados por el servicio de salud, servicios sociales y sectores de voluntariado y privado. Sin embargo, no deben incluirse aquellos servicios genéricos (comunes a otras especialidades) que, aunque sean importantes para muchas personas con enfermedades mentales, no han sido planificados considerando las necesidades específicas de esta población, p.e. recursos genéricos para personas sin hogar u oficinas de servicios sociales que se ocupan de tramitar ayudas sociales. Los servicios destinados a atención primaria de salud, que puedan incluir atención a la salud mental pero que no se especializan en ella, deben excluirse también. Los recursos cuyo objetivo principal es la provisión de asesoramiento y/o psicoterapia deben excluirse, **excepto** aquellos donde se identifique específicamente como grupos diana a personas con enfermedad mental severa como esquizofrenia o individuos que están en contacto con otros servicios de salud mental secundarios.

C. Grupos de pacientes incluidos: la 'población por defecto' a la que se pretende aplicar el ESMS es la población de adultos del área de cobertura con trastornos mentales y del comportamiento con edades comprendidas entre 18 y 65 años. No se ha diseñado para cubrir servicios destinados a niños y adolescentes, a individuos cuyo único diagnóstico primario es un trastorno por abuso de sustancias, retraso mental o a tercera edad. Los servicios dirigidos a uno o más de uno de los grupos citados pero que no incluyan adultos con enfermedad mental entre 18 y 65 años no deben incluirse cuando esta población por defecto sea la base para completar la escala. Por ejemplo, un centro de desintoxicación de alcohol o un centro de día para adultos con enfermedad mental por encima de 65 años no debería citarse. Sin embargo, un centro de día que proporciona servicios tanto para tercera edad como para personas más jóvenes con enfermedad mental debe incluirse en el Diagrama de Localización de Servicios y sus contactos con individuos por debajo de 65 deben incluirse en el Diagrama de Utilización de Servicios. Dentro de un estudio comparativo, los centros pueden acordar desviarse de esta población por defecto e incluir servicios específicos para ancianos con enfermedad mental o abuso de sustancias - esto será aceptable siempre que todos los centros del estudio estén aplicando el mismo criterio. Los grupos clínicos a incluir se discutirán más a fondo en las introducciones de la Secciones B y C, donde deberán especificarse los grupos clínicos en que se basan las respuestas.

D. Selección de partes del ESMS: cumplimentar la escala completa proporcionará una visión global de la estructura y nivel de provisión de servicios de un área de cobertura. Sin embargo, no siempre será posible ni necesario usar la escala completa, pudiéndose seleccionar la sección del Diagrama de Servicios y las partes de las

escala que ellos requieran. Por ejemplo, las secciones residenciales pueden usarse solas si este es el único aspecto de la provisión de servicios que es de interés, o la Sección B puede usarse sin la Sección C si existe información detallada acerca del número de plazas disponibles. Para efectuar estudios comparativos es importante que cada centro use las mismas secciones de la escala.

DIAGRAMA DE SERVICIOS



SECCIÓN A

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS

1. ¿Quién ha cumplimentado el cuestionario? (citar nombre/s y profesión)
2. ¿A qué intervalo de tiempo se refieren los datos cumplimentados en el cuestionario?
3. ¿Qué fuentes de información se han usado para completar la escala?
4. ¿Cómo se denomina y cuál es la localización del área de cobertura?
5. ¿En qué pueblo, ciudad o región y país se encuentra?
6. ¿Cuál es el tamaño de su población?
7. ¿Qué criterios se han utilizado para definir el área? (p.e. límites de la administración local, sector de servicios de salud, etc.)
8. La población por defecto a la que normalmente se aplica el ESMS es la de adultos con enfermedad mental del área de cobertura con edad comprendida entre 18 y 65 años, excluyendo aquéllos con un único diagnóstico de abuso de sustancias o retraso mental. Sin embargo, dentro de un estudio se puede decidir variar este criterio e incluir, por ejemplo, servicios específicos para drogodependientes o para enfermos mentales ancianos. ¿Se ha decidido variar los criterios de inclusión en el estudio?

Si es así, descríbalos:

(La introducción a la Sección C requiere que el grupo clínico al que se va a aplicar el cuestionario sea especificado con detalle)

SECCIÓN B DIAGRAMAS DE LOCALIZACIÓN DE SERVICIOS

PRINCIPIOS

- El propósito de la sección B es obtener una categorización completa de los dispositivos o instalaciones proporcionados en los servicios de salud mental para la población local, clasificados de acuerdo con su función, disponibilidad y emplazamiento.
- En las páginas de la 9 a la 18 aparece un glosario con las definiciones de todos los términos usados en el árbol de localización de servicios. Este glosario debe seguirse fielmente. Junto a las definiciones aparecen ejemplos de servicios dentro de cada categoría y directrices sobre qué categorías deben ser mutuamente excluyentes.
- Los servicios fuera del área de cobertura deben incluirse si prestan atención de forma usual a la población del área de cobertura. Se sugiere el criterio de que se incluyan estos servicios si han atendido al menos cinco residentes por 100.000 habitantes del área de cobertura durante el pasado año. Cualquier servicio situado en el área que no preste atención rutinariamente a esta población debería ser excluido.
- Se proporcionan diagramas independientes para: 1) servicios residenciales; 2) servicios de día; 3) servicios ambulatorios y comunitarios, y; 4) servicios de autoayuda y no profesionales. Sin embargo, este último tipo de servicios no se incluye en los Diagramas de Contabilización de Servicios, ya que se asume que su volumen de actividad no puede documentarse con precisión.
- Los "servicios" se definen como las unidades más pequeñas, con estructura administrativa propia, dentro del sistema local de salud mental.
- Aquellos servicios que cumplan los criterios de una rama en el árbol de localización, deberán anotarse a continuación de la misma a la derecha de la página.
- La localización de cada servicio en el árbol se identifica por una combinación de dos letras y un número: (i) la "R", "D", "O" y "S" mayúsculas indican si el servicio es parte de los diagramas residenciales, de día, ambulatorios o de auto-ayuda; (ii) a la rama final de cada uno de estos árboles se le asigna un número; y (iii) dentro de cada rama, a cada servicio se le asigna una letra. Estas letras y números se usan como referencia cruzada entre la Sección B y la Sección D, la cual proporciona información adicional sobre los servicios.
- Algunos servicios pueden cumplir criterios para más de una rama en los árboles de localización. En ese caso, deben anotarse en cada rama para la que cumplan criterios. Esto ocurrirá especialmente para áreas con servicios comunitarios altamente integrados, en las cuales, p.e., el mismo equipo puede proporcionar servicios de urgencias, atención continuada y de día. Sin embargo, existen ramas que son mutuamente excluyentes - se dan más detalles en el glosario

GLOSARIO PARA LA SECCION B (DIAGRAMAS DE SERVICIOS)

En cursiva se presentan ejemplos de los tipos de servicios que pueden clasificarse en cada rama del diagrama de localización de servicios. Esta lista de ejemplos no pretende ser exhaustiva. También se proporcionan directrices sobre las ramas mutuamente excluyentes, p.e., pares de ramas donde un dispositivo en concreto nunca debe ser clasificado como perteneciente a ambas ramas a la vez.

Ramas **DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERV. RESIDENCIALES (R)**

1. Servicios residenciales Aquellos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los pacientes y cuyo propósito se relaciona con la atención clínica y social de la enfermedad mental -los pacientes no deben dormir allí sólo porque no tienen casa o por no poder retornar a su hogar en el mismo día.

La mayoría de los dispositivos residenciales son clasificables como pertenecientes a sólo una de las ramas, aunque ocasionalmente puede ser necesario codificar un único servicio en varias ramas - p.e., una residencia que incluye a la vez camas claramente destinadas para el ingreso de crisis y camas para pacientes con ingresos planificados y por períodos indefinidos. Los dispositivos no se deben clasificar a la vez como de tiempo limitado y como de estancia indefinida, o como hospitalario y no hospitalario. Los dispositivos de apoyo 24 horas, los de día y los de bajo nivel de apoyo son también categorías mutuamente excluyentes.

R1__1.1. S.R.Unidades de seguridad Camas para pacientes que, según la opinión de los facultativos, no pueden controlarse adecuadamente en las unidades habituales del área debido a su peligrosidad para sí mismos o los demás, o aquéllos a los que una orden judicial obligue, por razones de seguridad, a ser atendidos en este dispositivo específico en lugar de los dispositivos locales genéricos. Nota: Las camas asignadas a ingresos involuntarios no deben ser categorizadas automáticamente como unidades de seguridad - es posible que algún paciente con ingreso involuntario sea asignado a un dispositivo de atención a agudos. Sólo las camas específicamente destinadas a proporcionar un nivel de seguridad mayor que aquéllas a las que se asignan rutinariamente los pacientes del área de cobertura pueden ser clasificadas como unidades de seguridad.

Ejemplo Rama R1 - Incluyen hospitales de seguridad, salas de vigilancia, unidades psiquiátricas de prisiones y unidades de seguridad regionales. Se incluyen también las salas de cuidados intensivos diseñadas para ofrecer un nivel más alto de seguridad que otras salas psiquiátricas de agudos del mismo hospital. El hecho de aceptar ingresos voluntarios o de tener puertas cerradas con llave no es suficiente para clasificar una sala como sala de seguridad - esta categoría se reservará para los dispositivos que reciben a pacientes clasificados como demasiado peligrosos para sí mismos o para los demás como para ser ingresados en los dispositivos de internamiento habituales del área de cobertura, o porque exista una orden judicial que indique que dicho paciente no debe ser ingresado en las salas de ingreso habituales del área de cobertura. Los servicios de seguridad

pueden ser de agudos o no, y pueden estar en un hospital o en cualquier otro lugar.

- 1.2. S.R. Camas genéricas de agudos (R2-R3)** Dispositivos donde (i) se ingresa a los pacientes debido a un deterioro de su estado mental, conducta o funcionamiento social, relacionado con su trastorno psiquiátrico; (ii) generalmente el ingreso del paciente puede hacerse a lo largo de las 24 horas del día; (iii) los pacientes normalmente conservan su propio alojamiento durante el ingreso.

- R2 _ _ 1.2.1. S.R. Hospitalarios** Dispositivos residenciales localizados dentro del espacio de una institución clasificada como hospital según las leyes locales o nacionales.

Ejemplo Rama R2 - Se incluyen aquí las salas de hospital en las que se ingresan rutinariamente los pacientes agudos de una determinada área de cobertura, así como las salas de agudos de hospitales generales y psiquiátricos.

- R3 _ _ 1.2.2. S.R. No-hospitalario** Todos los dispositivos residenciales localizados fuera del espacio hospitalario.

Ejemplo Rama R3 - Incluye una oferta de camas no hospitalarias que pueden utilizarse como alternativa al ingreso hospitalario. También pueden incluirse aquí los dispositivos innovadores tales como las casas de crisis, las residencias de crisis o las camas de urgencia de los centros comunitarios de salud mental.

- 1.3. S.R. No-agudos (R4-R13)** Todos los dispositivos residenciales que no satisfagan el criterio de dispositivos para agudos o de unidades de seguridad.

- 1.3.1. S.R. Hospitalarios (R4-R7) (ver 1.2.1.)**

- 1.3.1.1. S.R. Tiempo limitado (R4-R5)** Dispositivos donde rutinariamente se especifica un período máximo de permanencia. Un dispositivo debe clasificarse como de tiempo limitado si se ha fijado un período máximo de estancia para al menos el 80% de los residentes en dicho dispositivo.

- R4 _ _ _ 1.3.1.1.1. S.R. Apoyo 24 horas** Dispositivos en los que se realiza monitorización y atención social y clínica al paciente durante 24 horas al día por parte del personal localizado en dicho recurso (p.e. personal doméstico y de seguridad no se incluye).

Ejemplo Rama R4 - Pueden incluirse aquí las salas de ingreso que admiten pacientes para rehabilitación o los programas comunitarios terapéuticos en los que se especifica al comienzo de la intervención que dicho programa finalizará en un periodo concreto de meses o años.

R5_ _ _ 1.3.1.1.2. Dispositivos residenciales con personal asignado

durante el día Dispositivos en los que habitualmente trabajan miembros del personal durante al menos alguna parte del día, cinco días a la semana, con responsabilidades relacionadas con el control y el cuidado social y clínico de los pacientes.

Ejemplo Rama R5 - Los servicios reseñados aquí son dispositivos similares a los de la rama R4, pero que no cuentan con la presencia de personal durante 24 horas seguidas en la sala.

1.3.1.2. S.R. Estancia indefinida (R6-R7) Dispositivos que no cumplen los criterios mencionados para los servicios de 'tiempo limitado'.

R6_ _ _ 1.3.1.2.1. S.R. Apoyo 24 horas (ver 1.3.1.1.1.)

Ejemplo Rama R6 - Pueden clasificarse en esta rama las salas de ingreso psiquiátrico de larga duración, en las cuales los pacientes son ingresados durante períodos de tiempo indefinidos y que tienen asistencia de personal durante las 24 horas del día.

R7_ _ _ 1.3.1.2.2. Dispositivos residenciales con personal asignado durante el día (ver 1.3.1.1.2.)

Ejemplo Rama R7 - Aquí pueden clasificarse las salas de ingreso de larga duración que no tienen asistencia de personal durante las 24 horas del día.

1.3.2. S.R. No-hospitalarios (R8-R13) (ver 1.2.2)

1.3.2.1. S.R. Tiempo limitado (R8-R10) (ver 1.3.1.1.)

R8_ _ _ 1.3.2.1.1. S.R. Apoyo 24 horas (ver 1.3.1.1.1.)

R9_ _ _ 1.3.2.1.2. Dispositivos residenciales con personal asignado durante el día (ver 1.3.1.1.2.)

R10_ _ _ 1.3.2.1.3. S.R. Dispositivos de bajo nivel de apoyo

Dispositivos en los que el paciente reside por necesidades relacionadas con el control de su enfermedad mental y donde existe una conexión directa entre residir en dicho recurso y algún grado de apoyo del equipo que normalmente está presente menos de 5 días por semana.

Ejemplo Ramas R8 a R10 - Las residencias, los hogares para grupos, las comunidades terapéuticas y otros servicios específicamente diseñados para personas con enfermedad mental pueden clasificarse en estas ramas siempre y cuando dichos servicios especifiquen un período de tiempo máximo durante el cual se puede permanecer en los mismos. Como ejemplo aparecen los servicios que proporcionan programas de

rehabilitación de duración limitada o aquellos que proporcionan alojamiento temporal.

1.3.2.2. S.R. Estancia indefinida (R11-R13) (ver 1.3.1.2.)

R11_ _ _ 1.3.2.2.1. S.R. Apoyo 24 horas (ver 1.3.1.1.1.)

R12_ _ _ 1.3.2.2.2. Dispositivos residenciales con personal asignado durante el día (1.3.1.1.2.)

R13_ _ _ 1.3.2.2.3. S.R. Dispositivos de bajo nivel de apoyo (ver 1.3.2.1.3.)

Ejemplo Ramas R11 a R 13 - Se deben incluir aquí aquellos dispositivos residenciales en los que no se especifica ni se fija una duración máxima de la estancia, pero cuyo objetivo es proporcionar un alojamiento permanente cuando se requiere.

Ramas **DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS DE DIA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS (D)**

2. Servicios de día y/o de actividades estructuradas (D) Son dispositivos que (i) están disponibles normalmente para varios pacientes al mismo tiempo (en lugar de atender a los pacientes de uno en uno); (ii) proporcionan alguna combinación de tratamiento de problemas relacionados con la enfermedad mental, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo; (iii) se hallan disponibles durante un horario de apertura establecido; y (iv) se espera que los pacientes utilicen estos servicios más allá de los períodos en los que tienen un contacto “cara a cara” con el personal (el servicio no sólo se basa en que los pacientes vengan a la cita con el personal y se marchen al acabar la consulta).

D1_ _2.1. Servicio de agudos de día Dispositivos donde (i) los pacientes se admiten regularmente debido al deterioro del estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con su trastorno psiquiátrico; (ii) aliviar este deterioro es un objetivo del programa; (iii) el ingreso en el programa puede realizarse dentro de las 72 horas (no debido a las listas de espera).

Ejemplo Rama D1 - Ejemplos de servicios que deben clasificarse aquí son los hospitales de agudos de día que proporcionan intervenciones de urgencia y destinados a ser una alternativa a los ingresos hospitalarios.

2.2. Servicios de día para no-agudos (D2-D9) Todos los dispositivos de día que no satisfagan el criterio de dispositivos para agudos o de unidades de seguridad.

2.2.1. Alta intensidad (D2-D5) Dispositivos que normalmente están disponibles para atender a pacientes durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana. Para que el servicio sea clasificado como de ‘alta intensidad’, no se requiere que todos los pacientes sigan una atención tan frecuente, pero ésta debe ser posible (dentro de la práctica habitual del servicio) si así se requiere.

D2_ _ 2.2.1.1. Trabajo Servicios que proporcionan a los pacientes la oportunidad de trabajar con una paga de al menos el 50% del salario mínimo que se reciba por ese tipo de trabajo en la zona. Cuando no exista un salario mínimo, sugerimos estimar una cantidad basándose en el sueldo inicial de empleos similares anunciados en la prensa local durante el mes anterior. El trabajo puede ser en un emplazamiento protegido o en un emplazamiento donde algunos trabajadores no sean enfermos mentales. Sin embargo, los pacientes no obtienen el empleo a través de una competencia totalmente abierta -sus trabajos son, de alguna manera, específicamente reservados para gente con necesidades especiales incluyendo aquellas que aparecen por enfermedad mental.

D3_ _ _ 2.2.1.2. Actividad relacionada con trabajo (D3) Servicios donde los pacientes llevan a cabo una actividad que se parece mucho a un trabajo remunerado en el mercado normal pero en el que a los pacientes no se les paga o se les paga menos del 50% del salario local esperado para ese tipo de trabajo.

D4_ _ _ 2.2.1.3. Otras actividades estructuradas Servicios que proporcionan otras actividades estructuradas que no sean trabajo ni relacionadas con éste. Tales actividades pueden incluir habilidades de entrenamiento, actividades creativas como arte o música y actividades grupales. Estas actividades estarían disponibles al menos el 25% de la jornada.

D5_ _ _ 2.2.1.4. Contacto social Servicios que cumplen los criterios para servicio de día no-agudo pero donde no se oferta el trabajo u otras actividades estructuradas, o éstas sólo están disponibles durante menos del 25% de la jornada, por lo que las principales funciones del servicio son la provisión de contacto social, ayuda práctica y/o apoyo.

2.2.2. Baja intensidad (D6-D9) Dispositivos en los que normalmente no es posible atender a pacientes durante al menos el equivalente a 4 medios días por semana.

D6_ _ _ 2.2.2.1. Trabajo (ver 2.2.1.1.)

D7_ _ _ 2.2.1.2. Actividad relacionada con trabajo (ver 2.2.1.2.)

D8_ _ _ 2.2.1.3. Otras actividades estructuradas (ver 2.2.1.3.)

D9_ _ _ 2.2.1.4. Contacto social (ver 2.2.1.4.)

Ejemplos de Ramas D2 a D9 - Talleres protegidos, empresas sociales, clubes sociales y centros de día y de estancias transitorias son ejemplos de servicios que deben incluirse en estas ramas de acuerdo con las horas de provisión de servicio y las actividades que oferte.

Ejemplos de Servicios que no deben ser generalmente clasificados a la vez como de 'alta intensidad' y 'baja intensidad' - cuando el paciente puede acudir al menos cuatro medios días por semana, el servicio debe ser considerado como de alta intensidad, incluso cuando la utilización real es menor que ésta.

Ejemplos de Servicios que no deben ser generalmente clasificados a la vez como de 'contacto social' y 'de trabajo', 'actividad relacionada con el trabajo' u 'otra actividades estructuradas' - sólo pueden ser clasificados como de 'contacto social' aquellos servicios que no proporcionen trabajo o alguna otra actividad estructurada durante al menos el 25% de su horario laboral.

Ramas **DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS COMUNITARIOS
Y AMBULATORIOS (O)**

3. Ambulatorios y comunitarios (O) Son servicios que (i) conllevan un contacto entre el personal de salud mental y los pacientes con el propósito del control de la enfermedad mental y de sus dificultades sociales y clínicas asociadas y que (ii) no ofrecen un servicio diario o residencial como los descritos anteriormente.

3.1. Atención de urgencia (O1-O4) Servicios que (i) proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a un deterioro en el estado mental, comportamiento o funcionamiento social relacionado con el trastorno psiquiátrico, y (ii) en las que dicha respuesta se puede proporcionar normalmente en el mismo día dentro de las horas de trabajo.

3.1.1. Servicios móviles (O1-O2) Servicios donde el contacto se produce normalmente en un abanico variado de emplazamientos incluyendo la propia casa de los pacientes y que corresponden a aquellos considerados como más apropiados desde el punto de vista de profesionales y pacientes. Para que un servicio sea considerado como móvil, se requiere que al menos el 20% de los contactos tengan lugar fuera del lugar donde está establecido dicho servicio. Para algunos servicios, el emplazamiento principal de provisión de servicios puede variar de un día a otro (p.e., los servicios de áreas rurales que se desplazan de pueblo en pueblo). Esto no significa que tenga que ser clasificado como 'móvil', a menos que el personal realice su trabajo fuera del emplazamiento principal del día.

Servicios que no deben ser clasificados a la vez como 'móvil' y 'no-móvil' - si al menos el 20% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil.

O1_ 3.1.1.1. 24 horas (O1) Servicios que están disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana.

O2_ 3.1.1.2. Horario limitado (O2) Servicios que no siempre están disponibles (menos de 24 horas al día, 7 días a la semana).

Ejemplo de Ramas O1 y O2 - incluyen equipos de intervención ante crisis y equipos de tratamiento en residencias de agudos. Algunos equipos genéricos de salud mental comunitaria pueden también proporcionar servicios que cumplan este criterio y por lo tanto pueden incluirse en dichas ramas así como en la rama de 'atención continuada'.

Servicios que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.

3.1.2. Servicios no-móviles (O3-O4) Servicios que no cumplen los criterios para 'móvil'.

O3_ 3.1.2.1. 24 horas (ver 3.1.1.1.)

O4_ 3.1.2.2. Horario limitado (ver 3.1.1.2.)

Ejemplo de Ramas O3 y O4 - Ejemplos de servicios que pueden incluirse aquí son las clínicas de urgencias psiquiátricas y los servicios de traumatología de los hospitales generales, que proporcionen un servicio específico de evaluación psiquiátrica.

Servicios que no deben clasificarse a la vez como '24 horas' y 'de horario limitado' - si existe algún período de tiempo durante la semana en el que el servicio está cerrado y no realiza visitas, éste debe clasificarse como 'de horario limitado'.

3.2. Atención continuada (O5-O10) Servicios que proporcionan a los pacientes contacto regular con un profesional de salud mental; este contacto puede ser a largo plazo si se requiere.

3.2.1. Servicios móviles (O5-O7) (ver 3.1.1.)

Servicios que no deben ser clasificados a la vez como 'móvil' y 'no-móvil' - si al menos el 20% de las visitas tienen lugar fuera del centro principal donde se localiza el servicio, éste debe ser clasificado únicamente como móvil.

O5_ 3.2.1.1. Intensidad alta Servicios con capacidad para realizar contactos cara a cara con pacientes al menos 3 veces por semana, si está clínicamente indicado.

O6_ 3.2.1.2. Intensidad media Servicios que no tienen capacidad para proporcionar un contacto con los pacientes de al menos 3 veces a la semana, pero que sí pueden proporcionar atención quincenalmente cuando se requiera.

O7_ 3.2.1.3. Intensidad baja Servicios que proporcionan a los pacientes contactos regulares con profesionales de la salud mental, pero cuya frecuencia de contactos es inferior a una vez cada quince días.

Ejemplo de Ramas O5 a O7 - Ejemplos de servicios que pueden ser clasificados en estas ramas son los equipos de salud mental comunitaria, los servicios de enfermería psiquiátrica comunitaria y los equipos de apoyo.

'Alta intensidad', 'intensidad media' y 'baja intensidad' son mutuamente excluyentes - si un servicio puede proporcionar contacto tres veces a la semana, se clasificará como de 'alta intensidad', incluso si muchos de sus pacientes contactan con dicho servicio con menor frecuencia. Si un servicio puede proporcionar contacto al menos una vez quincenalmente, pero no al menos tres veces por semana, es de 'media intensidad', incluso si alguno de los pacientes contactan con dicho servicio menos de una vez cada quince días. Sólo los servicios que generalmente no pueden

proporcionar contacto al menos una vez cada quince días deben ser clasificados como de baja 'intensidad'.

3.2.2. Servicios no-móviles (O8-O10) (ver 3.1.2.)

O8_ 3.2.2.1. Intensidad alta (ver 3.2.1.1.)

O9_ 3.2.2.2. Intensidad media (ver 3.2.1.2.)

O10_ 3.2.2.3. Intensidad baja (ver 3.2.1.3.)

***Ejemplo de Ramas O8 a O10** - Ejemplos de servicios que pueden clasificarse aquí son las clínicas ambulatorias y los centros de salud mental comunitarios, en los que se realiza menos del 20% de los contactos con los pacientes fuera del centro principal donde se localiza el servicio.*

Ramas **DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS DE AUTO-AYUDA Y
NO PROFESIONALES (S)**

- S1** Servicios dirigidos específicamente a adultos con enfermedades mentales, pero que no emplean a personal especializado en evaluación, apoyo o tratamiento de personas con enfermedad mental.

***Rama S1** - Los servicios que deben clasificarse aquí son aquellos cuyo cometido principal es proporcionar algún tipo de apoyo, ayuda o contacto a personas con enfermedad mental o a sus cuidadores, pero si no emplean a personal cuyo rol sea proporcionar los servicios residenciales, de día, ambulatorios o comunitarios descritos en las otras ramas. Deben clasificarse aquí los grupos de auto-ayuda dirigidos por usuarios o los centros de estancia transitoria, las asociaciones de cuidadores informales que proporcionan apoyo mutuo y los servicios proporcionados totalmente por voluntarios.*

DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES

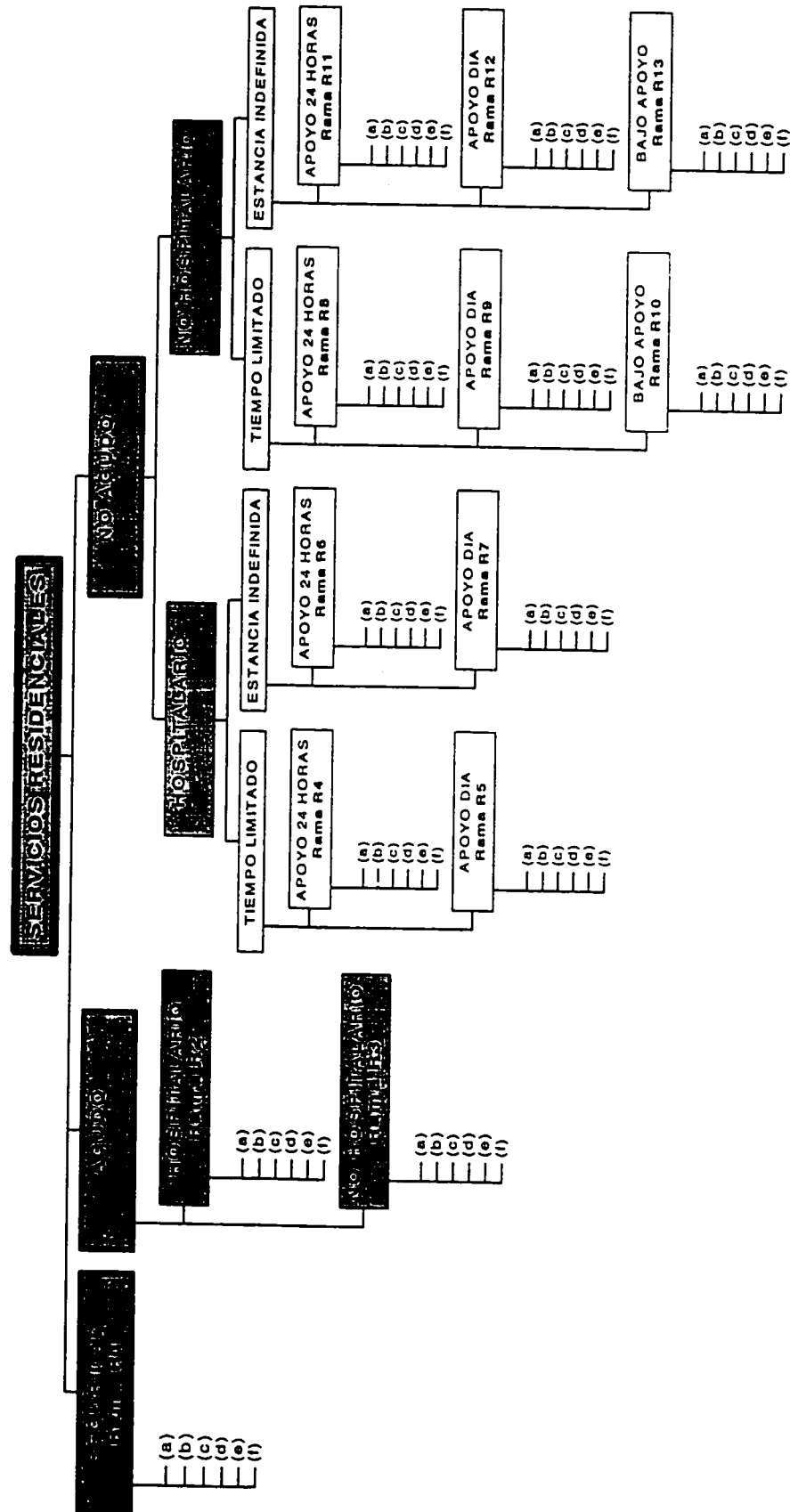
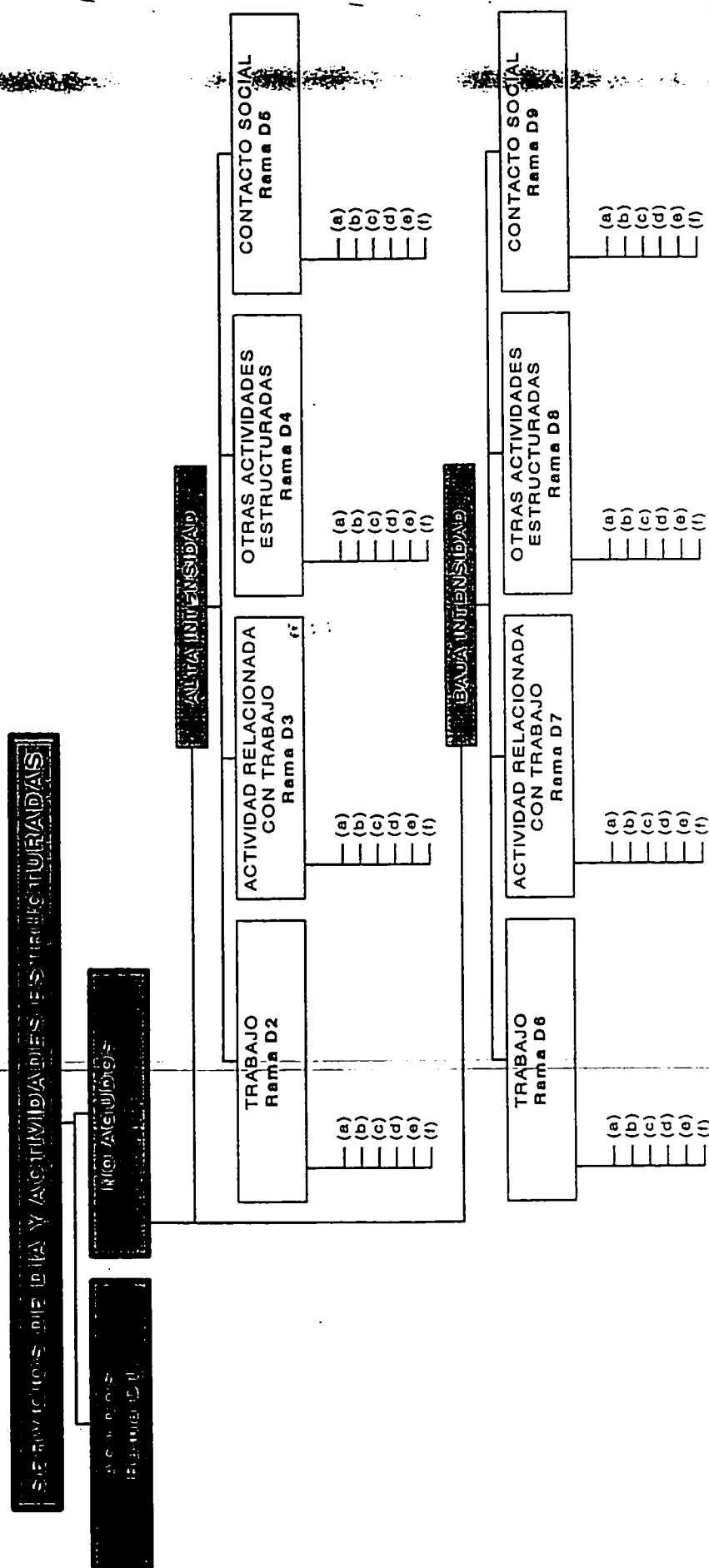


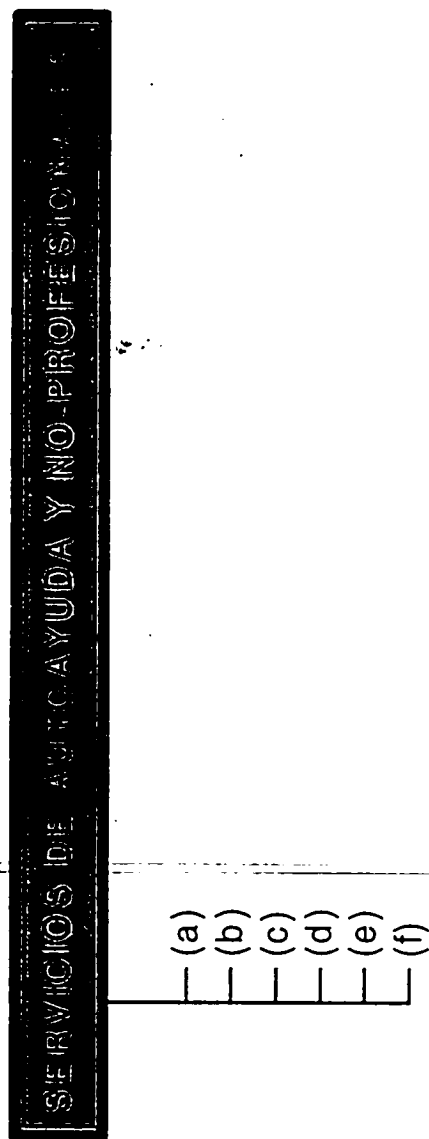
DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS DE DIA Y ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS



SEMPRE LOS COMUNICAMOS Y AMBULANTOS



**DIAGRAMA DE LOCALIZACION DE SERVICIOS DE
AUTOAYUDA Y NO-PROFESIONALES**



SECCIÓN C DIAGRAMA DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

A. PRINCIPIOS

Las versiones de los árboles de servicios en esta sección permiten la contabilización de los niveles de provisión de los principales tipos de servicio en un área de cobertura. Los siguientes principios generales deben tenerse en cuenta:

Población:

- **Población del área de cobertura:** La unidad básica es de nuevo la población del área de cobertura. Por tanto, la contabilización debe incluir todo uso de dispositivos de salud mental por miembros de esta población. Estos sujetos se definen como todos aquellos cuya dirección permanente está en el área, y aquellos cuya última dirección permanente no-institucional, anterior a la admisión a un recurso residencial, estaba dentro del área de cobertura.

- **Grupo clínico:** con el fin de contabilizar los contactos con el servicio, es necesario identificar los grupos clínicos cuyos contactos van a contabilizarse. Es necesario especificar claramente los grupos diagnósticos y de edad cuyos contactos con el servicio vayan a ser incluidos en la contabilización. El grupo clínico de aplicación del cuestionario por defecto es el de adultos de entre 18 y 65 años con trastornos mentales o conductuales, sin incluir a personas cuyo único diagnóstico sea el de trastorno por abuso de sustancias o el de retraso mental. Sin embargo, las necesidades de un estudio en particular o la estructura de un servicio en concreto puede llevar a decidir variar dicho criterio.

¿Se va a basar el uso del diagrama de utilización de servicios en la 'población por defecto', p.e., incluyendo sólo los contactos realizados por adultos de entre 18 y 65 años con trastorno mental o del comportamiento, excluyendo aquellos cuyo único diagnóstico sea el de trastorno por abuso de sustancias o el de retraso mental?

☐ Sí

☐ No

Si no es así, por favor, use la siguiente tabla para indicar qué grupos va a incluir:

Edad máxima que va a incluir en la contabilización del servicio (años)	
Edad mínima que va a incluir en la contabilización del servicio (años)	
Grupos diagnósticos que va a incluir en la contabilización del servicio? (marque aquellos que vaya a incluir)	
- Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	☐
- Otras psicosis funcionales	☐
- Trastornos "neuróticos", afectivos, de personalidad o alimentación	☐
- Retraso mental	☐
- Diagnóstico primario de trastornos por abuso de sustancias	☐
- Trastorno mental orgánico	☐
- Todos los usuarios de los servicios especializados de salud mental, sea cual sea su diagnóstico.	☐
- Otra categoría diagnóstica: Especificar:.....	☐

B. NORMAS PARA LA CONTABILIZACION DE SERVICIOS

- Para permitir comparaciones entre áreas, debe calcularse el uso de servicios de la población local por 100.000 para cada contabilización en cada área de cobertura. Esto puede hacerse dividiendo los totales netos por el número total de habitantes del área de cobertura y luego multiplicándolos por 100.000.

- Pueden ocurrir recuentos dobles al utilizar este método, por ejemplo, los pacientes que viven dentro de un servicio residencial y que se benefician de un servicio de día se contabilizan en dos categorías. El ESMS no permite por tanto la valoración del total de usuarios de servicios de salud mental en un área de cobertura.

- Sin embargo, aunque un paciente puede ser atendido en varios recursos y por tanto ser contabilizado en diferentes partes de la escala, ningún contacto con el servicio será contabilizado en más de una rama. Las reglas que se exponen abajo permitirán que cada contacto entre un individuo y un recurso específico de salud mental sea contabilizado una sola vez.

- Las contabilizaciones se basarán en la población clínica opuesta: si se usa la población 'por defecto' sólo contribuirán al total los contactos con servicios efectuados por adultos entre 18 y 45 años con trastornos mentales y de comportamiento, excluyendo los contactos de individuos con un sólo diagnóstico único de abuso de sustancias o dificultades de aprendizaje. En estudios comparativos, es esencial que todos los centros usen el mismo grupo clínico.

- Los recuadros que figuran en cada final de rama deben utilizarse para indicar la contabilización del nivel de provisión de servicios de esa rama. La contabilización en ramas adyacentes se puede sumar para obtener la provisión total de la categoría de provisión superior -p.e. las cantidades para atención continuada de alta, moderada y baja intensidad pueden sumarse para obtener una cifra global de atención continuada y para la que se proporciona un recuadro. En el caso de que la información sea limitada, puede ocurrir que sólo sea posible calcular las categorías superiores del árbol.

- En los casos donde la información sea limitada, se podrán seleccionar de forma independiente sólo algunas partes de los árboles -debe recalcar la importancia de que en estudios comparativos se acuerde cumplimentar las mismas partes de los árboles partiendo de la base de una misma población diana.
- El Diagrama de Utilización de Servicios ha sido diseñado de manera que, en aquellas áreas en las que no se disponga de los datos, sea posible efectuar un censo de un mes de duración de los servicios utilizados por la población del área de cobertura, con el fin de obtener la información requerida.
- Los servicios de auto-ayuda no se incluirán en las escalas de contabilización de servicios ya que es probable que sea difícil evaluar con precisión su volumen de actividad.

C. NORMAS PARA CATEGORIAS ESPECIFICAS DE SERVICIOS

Diagrama de Utilización de Servicios Residenciales

Cada tipo de servicio residencial se define igual que en el glosario de la Sección B (Diagrama de Servicios).

La contabilización para cada tipo de servicio residencial se obtiene calculando la media de personas del área de cobertura que residía en cada tipo de dispositivo en algún momento del mes pasado.

No se podrá contabilizar a un paciente como si estuviera ocupando dos camas en la misma noche -si tiene una plaza residencial de larga duración pero ha sido admitido en una cama de agudos durante el periodo de censo, sólo se contabilizará la cama de agudos.

(Si el número de personas del área de cobertura que usan un tipo específico de servicio residencial ha fluctuado durante el último mes, la media debe calcularse contando el número total de noches de ocupación de camas por miembros de la población del área, y entonces dividirlo por el número de días del último mes).

Diagrama de Utilización de Servicios de Día y/o de Actividades Estructuradas

Las definiciones de servicios de actividades de día y estructuradas, así como las de trabajo, actividades relacionadas con el trabajo y otras actividades estructuradas se encuentran en el glosario de la sección B (Diagrama de Servicios).

Servicios de Día para agudos: el recuento debe obtenerse calculando el número medio de personas del área de cobertura que han utilizado este servicio en cualquier día laboral del último mes. (Cuenta el número total de atenciones en días laborales a miembros de la población del área de cobertura en el mes pasado y divide por el número de días de trabajo del último mes. No contar más de una atención al día por individuo).

Servicios de día para no-agudos: en este caso debe contarse el número de individuos que han hecho uso de cada tipo de servicio en el pasado mes, separando a los individuos en dos categorías:

- **Usuarios de alta intensidad**- aquellos individuos que han utilizado servicios de día o dispositivos estructurados al menos el equivalente a cuatro medios días a la semana durante al menos tres de las cuatro últimas semanas.
- **Usuarios de baja intensidad**- individuos que han sido atendidos en servicios no-agudos de actividades estructuradas y/o de día durante el pasado mes, pero cuyos patrones de atención no cumplen criterios para usuarios de alta intensidad.

(N.A.: es importante subrayar que la Sección B mide la capacidad de los servicios mientras que la Sección C mide la utilización de los mismos por la población. Por tanto, usando este método de recuento, puede ocurrir que algunos de los usuarios de los servicios clasificados en la Sección B como 'servicios de alta intensidad', serán clasificados aquí como 'usuarios de baja intensidad'.

Diagrama de Utilización de Servicios Ambulatorios y Comunitarios

Servicios de urgencia- el cálculo para el uso de servicio de urgencia debería obtenerse calculando el número total de contactos de urgencia en el último mes. Los contactos de urgencia se definen por las siguientes características: (i) tienen lugar como respuesta a la preocupación sobre el deterioro en el estado mental y mal funcionamiento social del paciente; (ii) el contacto asistencial se realiza por parte del profesional de salud mental dentro de la misma jornada laboral en la que se le informa del problema; y (iii) dicho contacto no estaba previsto en la última cita del paciente con el equipo de salud mental.

Contactos de urgencia móvil- aquellos contactos que tienen lugar fuera de los centros de atención donde el equipo implicado lo hace rutinariamente.

Contactos de urgencia no móviles- los contactos de urgencia que tienen lugar en el emplazamiento donde el personal implicado esté localizado durante ese día, se clasificarán como no móviles.

(N.A.: Los contactos no móviles pueden tener lugar en servicios que hayan sido clasificados en la Sección B como móviles -p.e. si un paciente es atendido en el Centro de Salud Mental Comunitario donde se localiza el equipo de salud mental comunitario, este contacto específico se clasificará como contacto no móvil, incluso cuando muchos de los otros contactos del equipo tengan lugar fuera del Centro y sean clasificados como móviles.

Contactos fuera de la jornada laboral- los contactos de urgencia que tienen lugar fuera de la jornada laboral deben contarse como contactos fuera de horario (p.e. contactos de urgencia por la noche o en fin de semana).

Contactos durante la jornada laboral- contactos de urgencia que tienen lugar durante el horario usual de trabajo.

Servicios de cuidado continuado- debe contarse el número de usuarios de los servicios. Esto debe incluir todos los pacientes que han tenido algún contacto con el equipo de salud mental que (i) no eran contacto de urgencia; y (ii) no eran parte integral del cuidado desarrollado por los servicios residenciales o de día.

Servicios de atención continuada móvil- los pacientes se contarán como usuarios de servicios móviles si al menos uno de sus contactos ha tenido lugar fuera del servicio de salud mental asignado o fuera del emplazamiento donde tienen lugar habitualmente las consultas psiquiátricas.

Usuarios de servicios de atención continuada de alta intensidad- los pacientes que han sido vistos al menos tres veces durante una semana en el último mes se clasificarán como usuarios de servicio de alta intensidad. Por ejemplo, si un paciente ha sido atendido el lunes, miércoles y viernes durante una de las semanas del mes anterior, será clasificado como usuario de alta intensidad incluso cuando no hubiera otros contactos durante el mismo mes.

Usuarios de servicios de atención continuada de moderada intensidad- pacientes que han sido vistos más de una vez durante el último mes pero menos de tres veces por semana en dicho período.

Usuarios de servicios de atención continuada de baja intensidad-
pacientes que hayan sido vistos en el último trimestre con menos de dos
contactos en el último mes y para los cuales se ha planificado alguna visita en
los tres meses siguientes.

(N.A.: Al igual que ocurre con la atención de día, puede acontecer que
pacientes clasificados aquí como usuarios de baja intensidad, utilicen servicios
que hayan sido clasificados como de 'alta intensidad' en los diagramas de
localización de servicios de la sección anterior. Si un paciente es atendido una
vez al mes por miembros de un equipo de salud mental comunitario, será un
usuario de baja intensidad aunque el equipo mantenga contacto con otros
pacientes varias veces por semana.

DIAGRAMA DE UTILIZACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES

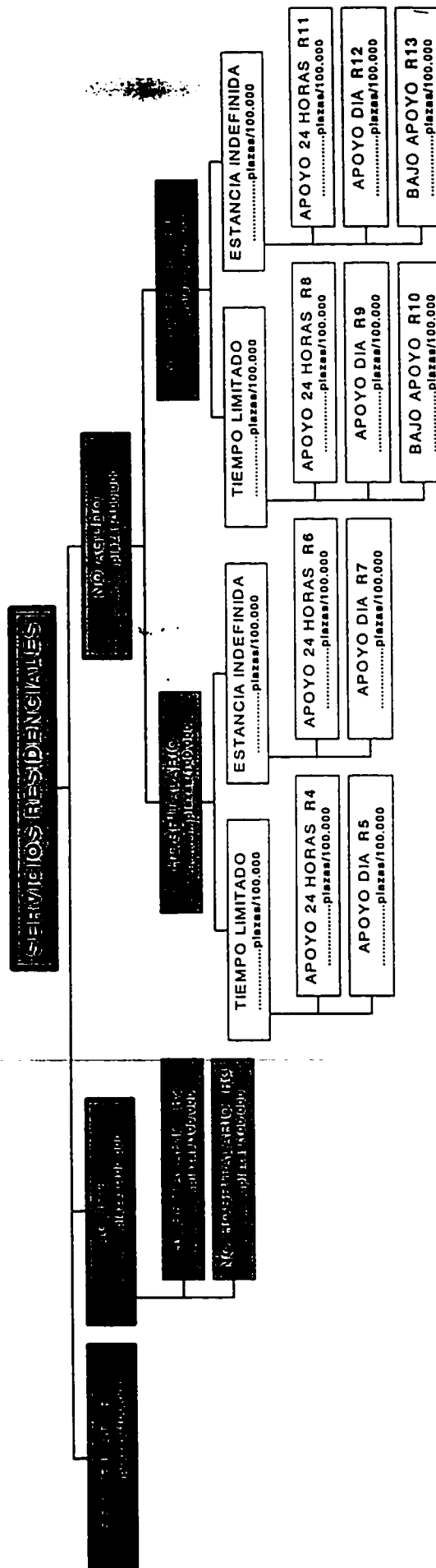


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE SERVICIOS DE DIA Y ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS

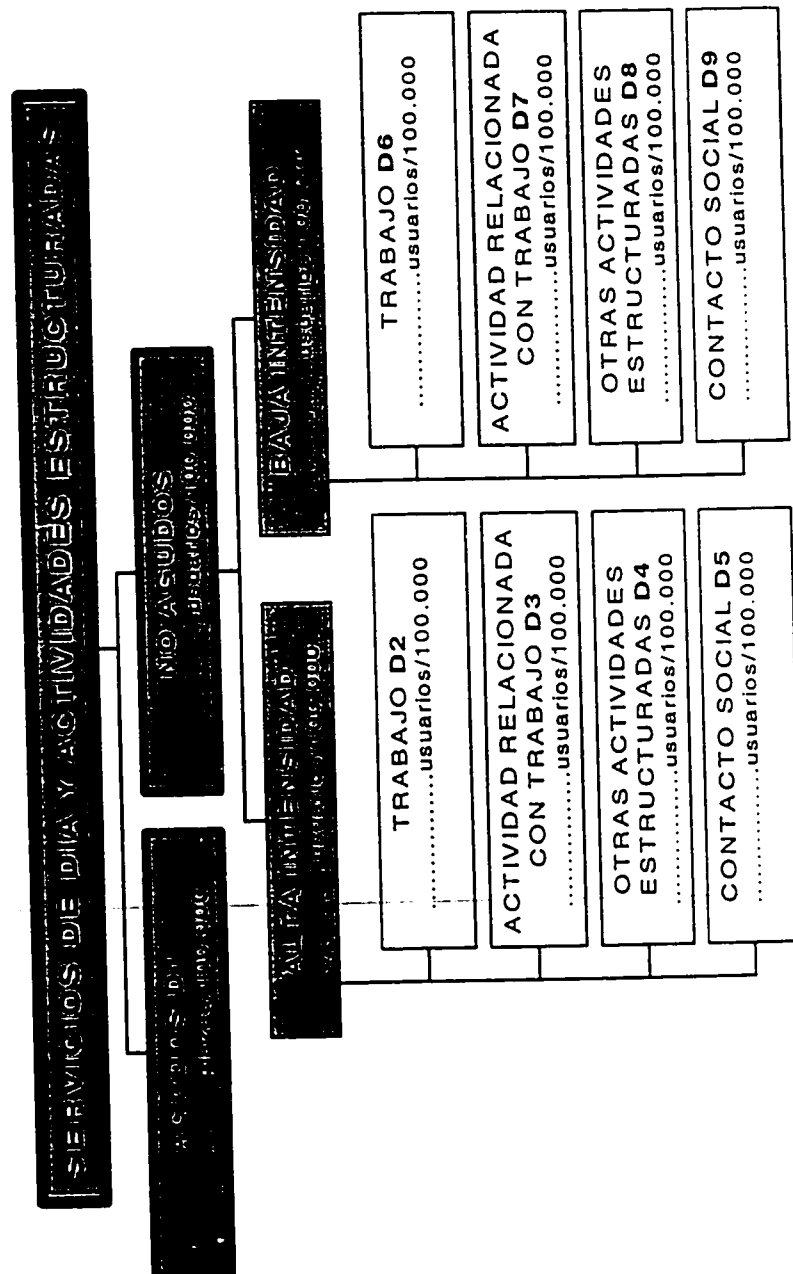
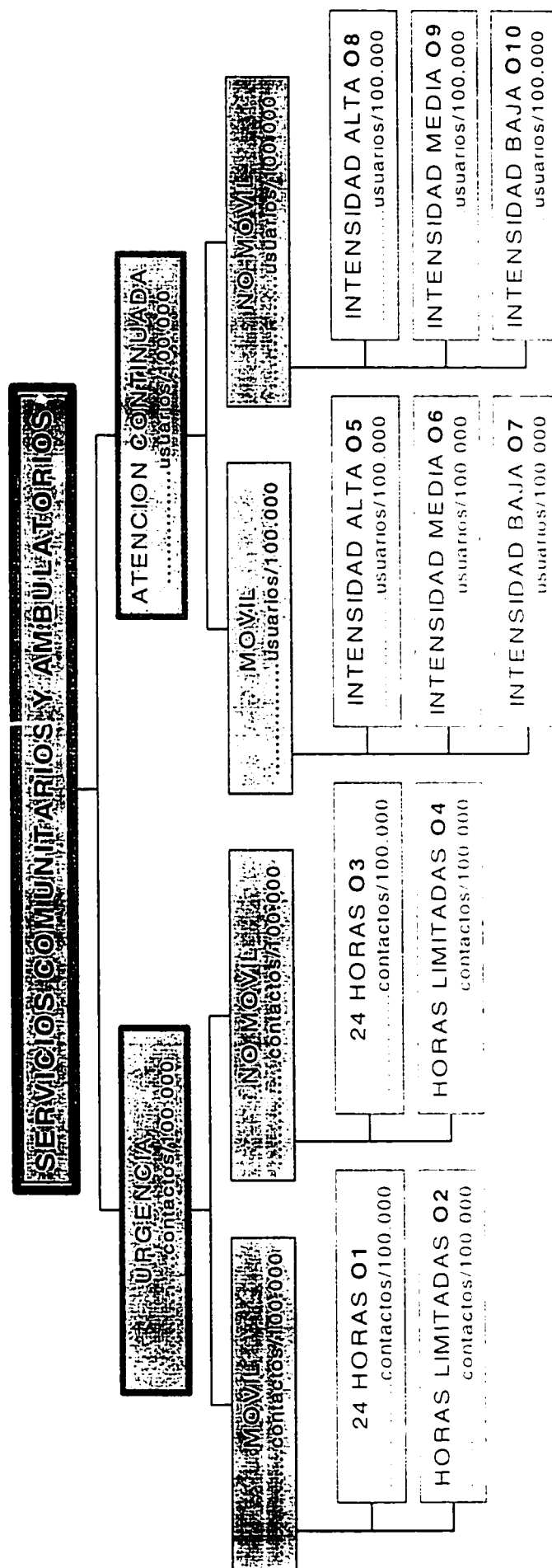


DIAGRAMA DE UTILIZACION DE SERVICIOS COMUNITARIOS Y AMBULATORIOS



SECCIÓN D INVENTARIO DE SERVICIOS

INVENTARIO DE SERVICIOS- PRINCIPIOS

Esta sección complementa a la Sección B proporcionando un listado más detallado de las características de los servicios de salud mental del área.

Se pueden efectuar tantas copias de la Hoja de Inventario como sea preciso para reseñar todos los servicios del área- las hojas de inventario no están por tanto numeradas, pero aparece un recuadro en la esquina superior derecha para anotar el número de página.

A continuación se suministra la siguiente información para cada servicio:

Nombre: Indicar el nombre del servicio

Número/s de rama: Este ítem posibilita el cruce de referencias del Diagrama de Localización de Servicios de la Sección B. La posición/es del servicio en el diagrama de localización de servicios debe especificarse usando los números de rama y los números del servicio que aparecen en los diagramas de las páginas de la 19 a la 22. P.e., si un servicio es el primero que se cataloga como servicio hospitalario de agudos en la página 19, su número será R2a, donde R2 identifica la rama del Arbol donde está localizado y a su número en esa rama. Los servicios pueden ser detallados en más de una rama de los Árboles de Localización de Servicios y por tanto pueden tener más de un número: todos los números deben anotarse aquí.

Objetivos: Se describirán aquí las principales funciones que el servicio desempeña - p.e. sala de agudos de hospital general, taller protegido,...

Localización: ¿El servicio es independiente o está localizado en una institución mayor (p.e. hospital/centro comunitario)? Si se trata de un hospital, especificar general o mental.

Si está situado dentro del área de cobertura:

Principales emplazamientos de trabajo: p.e. viviendas de los pacientes, centros locales de atención primaria.

Horario: Especificar las horas durante las cuales el personal del servicio está disponible para trabajar con los pacientes:

Máxima frecuencia de atención/contacto: especificar la frecuencia máxima de atención o contacto con el personal que los pacientes de este servicio disponen normalmente.

Perfil del paciente: Detallar aquí los principales tipos de pacientes para los cuales se ha programado el servicio y los criterios de admisión.

Plantilla (equipo): Detallar aquí los principales tipos de personal disponibles en el equipo y el número total de horas por semana disponible de cada uno -p.e. 100 horas a la semana de enfermería.

Sector: Se clasificará como Público, Con ánimo de lucro, ó Sin ánimo de lucro.

Agencia gestora: se identificará la agencia responsable del empleo del personal y del resto de la gestión del servicio.

Fuente de financiación:: Indicar la agencia ó agencias que pagan la atención que el servicio proporciona a los pacientes.

Número de contactos/usuarios del servicio: se calculará utilizando el mismo método que en el diagrama de utilización de servicios en la sección C.

Relaciones con otros servicios: Se describirán los trabajos conjuntos o intercambio de personal que tengan lugar regularmente con otros servicios de salud mental. P.e. visitas a residencias por miembros de los equipos comunitarios de salud mental.

INVENTARIO DE SERVICIOS

Nombre:

Número/s de rama:

Objetivos:

Localización:

¿Está situado dentro del área de cobertura?:

Principales emplazamientos de trabajo:

Horario:

Máxima frecuencia de atención/contacto:

Perfil del paciente:

Plantilla (equipo):

Sector:

Agencia gestora:

Fuente de financiación::

Número de contactos/usuarios del servicio:

Relaciones con otros servicios:

ANEXO III

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA UTILIDAD DEL ESMS

ESTUDIO DE EVALUACION
DE LA UTILIDAD DEL
EUROPEAN SERVICE MAPPING SCHEDULE (ESMS)

1.	Tiempo empleado en cumplimentar (marcar en días o minutos)*:	Días	Minutos
	Sección B		
	Sección C		
	Sección D		
Comentarios:			

2.	Grado de dificultad*:	
	1. Alta 2. Media	
	3. Baja 4. Ninguna	
2.1.	Codificación del cuestionario:	
	Sección B	☐
	Sección C	☐
	Sección D	☐
2.2.	Disponibilidad de información:	
	Sección B	☐
	Sección C	☐
	Sección D	☐
2.3.	Accesibilidad a la información:	
	Sección B	☐
	Sección C	☐
	Sección D	☐
2.4.	Resistencia de los servicios:	
	Sección B	☐
	Sección C	☐
	Sección D	☐
Comentarios:		

3.	¿En qué medida considera que la descripción que aporta el cuestionario es útil para describir el área?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

4.	¿ En qué medida considera que los datos aportados tienen importancia para su aplicación en la gestión y planificación del área?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

5.	¿En qué medida la descripción del área que aporta el cuestionario es completa, suficiente en cuanto al detalle?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

6.	¿En que medida la descripción que aporta el cuestionario es precisa de forma que permita una adecuada "fotografía" de la red de servicios de salud mental del área?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

7.	¿En qué medida considera que la exposición de los datos que se aporta es lógica, coherente y tiene sentido?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

8.	¿En qué medida considera que la exposición de los datos que se aporta es clara y fácil de interpretar?* 1. Alta 2. Media 3. Baja 4. Ninguna	☐
Comentarios:		

9.	Una vez revisado el diagrama de localización de servicios, ¿considera que en algún caso servicios con estructura diferente han sido clasificados en una misma rama?* 1. Sí (anote ejemplo) 2. No	☐
Ejemplo:		
Comentarios:		

10.	Una vez revisado el diagrama de localización de servicios, ¿considera que en algún caso servicios con estructura similar han sido clasificados en ramas diferentes?* 1. Sí (anote ejemplo) 2. No	☐
Ejemplo:		
Comentarios:		

11.	¿Qué tipo de entrenamiento previo a la cumplimentación del cuestionario considera que sería necesario?* 1. Alto 2. Medio 3. Bajo 4. Ninguno	☐
Comentarios:		

*Anotar comentarios al final de cada ítem cuando lo considere oportuno.