

Evaluación de Servicios de Salud Mental en el ámbito de la atención comunitaria

B. Moreno Küstner^a, F. Torres González^a y J. E. Godoy García^b

^a Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada.

Mental Health Services Evaluation

Resumen

La evaluación de la atención comunitaria en salud mental a los pacientes mentales crónicos es una de las áreas de mayor interés desde que comenzó la reforma psiquiátrica. Para realizar una evaluación de la atención en profundidad es necesario tener en cuenta tanto aspectos organizativos como del propio individuo, ya que la nueva concepción de la atención a la salud mental ha implicado un cambio en todo el sistema de servicios de salud mental.

El proceso de evaluación se puede dividir en tres niveles: estructura, procesos y resultados, los cuales se encuentran interrelacionados entre sí. Para cada uno de estos niveles existen indicadores específicos que ayudan en el proceso de evaluación de los mismos, y todos ellos deben cumplir unos requisitos mínimos tales como ser válidos, objetivos, sensibles y específicos.

La principal aportación que se deriva a partir de este trabajo de revisión es que para una buena evaluación y planificación de servicios es necesario conocer qué tipo de servicios están implicados en la atención, cuáles son los pacientes que acuden a los servicios y qué cambios se han producido en dichos pacientes.

Palabras clave: salud mental, atención comunitaria, evaluación de servicios.

Summary

The evaluation of the community mental health services to the chronic mental health patients is one of the areas of more interest since the psychiatric reform began. To carry out an evaluation of the attention in depth it is necessary to keep in mind many different aspects. The new conception of the mental health services has implied a change in the whole system.

The evaluation process can be divide in three levels: structures, processes and results which are interrelated to each other. For each one of these levels specific indicators exist and all should complete a minimum requirements as being valid, objectives, sensitive and specific.

For a good evaluation and planning of mental health services is necessary to know what type of services are implied in the attention, which are the patients that go to the services and which are the changes that have taken place in this patients.

Key words: mental health, community, mental health, services evaluation.

«No querer saber, o creer que sabemos, es una muestra de contumacia intelectual que no se debe permitir en el ámbito de la salud mental» (Berrios, 1991).

INTRODUCCIÓN

CORRESPONDENCIA:

B. Moreno Küstner.
C./ Compositor Ruiz Aznar, 8, 4.º D.
18008 Granada.
Correo electrónico: bertamk@ugr.es.

La atención a la salud mental ha cambiado considerablemente en los países desarrollados, durante los últimos 40 años, se ha trasladado el eje del sistema desde el hospital psiquiátrico a la comunidad. Como ocurre con todos los cambios que se introducen en las ciencias médicas, también en Psiquiatría es necesario evaluar si el nuevo modelo de atención comunitaria ha supuesto realmente una mejora en las condiciones de vida de los pacientes, en la remisión de los síntomas y si sus familias tienen una mejor calidad de vida.

Esta nueva concepción de la salud mental ha implicado un cambio en todo el sistema de servicios de salud mental, sin embargo, el desarrollo hacia la psiquiatría comunitaria se ha basado en muchas ocasiones en conceptos ideológicos y ha carecido de datos y estudios fiables

sobre la verdadera efectividad de este modelo. Se ha producido, sobre todo, como respuesta a un cambio social, y no ha estado en muchos casos respaldado por datos –anteriores o posteriores– que permitan una evaluación comparada de los logros alcanzados¹. En la mayoría de los países europeos en los que se ha llevado a cabo la reforma, el desarrollo de los nuevos servicios psiquiátricos ha sido implementado sin el suficiente conocimiento sobre las necesidades asistenciales de los pacientes².

Este desarrollo se debería haber basado en el conocimiento de las cifras de morbilidad de la población, sus necesidades asistenciales, la eficiencia de los nuevos tratamientos y los factores asociados a estos parámetros³. Por todos estos motivos, la evaluación de la atención comunitaria en salud mental a los pacientes mentales crónicos es una de las áreas de mayor interés desde que comenzó la reforma psiquiátrica^{4,5}. Al mismo tiempo que se ha venido aceptando este modelo de atención, ha crecido el interés por evaluar los nuevos tipos de actividades asistenciales⁶. Las cuestiones que se plantean tienen como objetivo comparar los dos modelos de cuidados entre sí y contestar a preguntas tales como si el nuevo modelo responde de manera satisfactoria a las nuevas necesidades de los pacientes. Este tipo de interrogantes solamente se pueden responder si se lleva a cabo una evaluación sistemática de los servicios de salud mental.

Con anterioridad a la reforma psiquiátrica, en la evaluación de servicios de salud mental se tenían en cuenta, principalmente, las características psicopatológicas medidas en términos de severidad o la utilización de servicios en términos de número de ingresos o duración del ingreso; sin embargo, con el enfoque de la atención comunitaria este tipo de indicadores resultan insuficientes. Hoy día, para realizar la evaluación global de los servicios de salud mental es necesario tener en cuenta una gran variedad de factores de tipo biológico, psicológico, clínico, social y económico. Dicho planteamiento es uno de los mayores beneficios de este largo proceso de cambio⁷ y recientemente se ha avanzado enormemente en estos aspectos de la evaluación.

LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La evaluación de los servicios de salud mental está ligada inequívocamente a la evaluación de los sistemas sanitarios en general. Aunque la preocupación por estos temas data del siglo XIX cuando se realizaron las primeras estadísticas sobre movimientos hospitalarios⁸ es durante las dos últimas décadas, cuando se ha producido un incremento del interés por la evaluación de servicios en la mayoría de los países desarrollados. Este interés ha estado motivado por la coincidencia de varias circunstancias tanto sanitarias como sociales. Entre ellas se pueden señalar la aparición y extensión de los servicios sanitarios públicos unido al incremento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Todo ello, junto con los avances tecnológicos, supusieron un aumento del gasto

sanitario que coincidió con el comienzo de los recortes presupuestarios en materia sanitaria. Aunque también habría que señalar un mayor interés por la calidad de la asistencia no sólo por parte de los profesionales sino también de la opinión pública, el impulso evaluador ha sido promovido principalmente por las áreas de gestión para conseguir criterios que permitan mejorar la eficiencia y rentabilizar y racionalizar el gasto⁹.

En la evaluación de servicios el foco de atención se centra no sólo en el paciente, sino en la organización, en la estructura y en el funcionamiento y cómo estos influyen en los cambios que se producen en el enfermo mental. El tratamiento que se le ofrece a un paciente en un servicio determinado no es el objetivo, el objetivo es evaluar el sistema de atención en su conjunto ya que al estar fragmentado en diferentes servicios el cambio de atención en uno de ellos puede dar lugar a cambios en los otros.

Niveles en la evaluación de servicios

Existen diferentes teorías y formulaciones sobre cómo abordar la evaluación de los servicios sanitarios y en qué niveles se puede llevar a cabo dicho proceso. Una de ellas se basa en la ya clásica división que hace Donabedian¹⁰ y que incluye tres niveles del sistema sanitario como los componentes del proceso de evaluación: estructura –procesos– resultados. Aunque algunos autores han realizado algunas modificaciones, bien reduciendo los niveles a dos –procesos y resultados– incluyendo la estructura en el proceso⁸; otros, en el campo de los programas psiquiátricos introducen un cuarto nivel que sería el del «impacto del programa en la comunidad». Por otro lado, en el esquema de Pineault y Daveluy¹¹ se incluye, primero, una evaluación estratégica y, en segundo lugar, una evaluación táctica que correspondería al esquema de Donabedian. Según el objetivo que se busque con la evaluación se puede incluir también el coste de las intervenciones o la accesibilidad a los servicios si se está más interesado en la planificación y gestión de los servicios¹².

En la aplicación de esta clasificación a los sistemas de salud mental comunitarios se pueden incluir los siguientes niveles¹³:

1. El nivel de estructura, también denominado recursos, se refiere al marco general que define las condiciones del funcionamiento del sistema. Incluye, por un lado, las características sociodemográficas de la población y, por otro, los recursos humanos, físicos y financieros de un sistema sanitario determinado, así como las políticas sanitarias.

2. El nivel de procesos se refiere a todas las actividades diagnósticas, terapéuticas y preventivas que se llevan a cabo en el ámbito de la atención a la salud mental. También se incluye la dinámica del funcionamiento del sistema: los flujos de pacientes, los patrones de utilización de servicios, la continuidad de los cuidados y la in-

tegración y coordinación de todos los dispositivos de atención.

3. Al nivel de resultados pertenecen los cambios psicopatológicos y sociales que acontecen al paciente, el grado de satisfacción que presenta respecto a los mismos y la calidad de vida del paciente. También interesa saber si los cambios son percibidos como tales, qué grado de satisfacción producen, de qué modo repercuten en la calidad de vida del usuario y, por último, si los cambios experimentados representan realmente una respuesta a necesidades previamente objetivables¹⁴.

Parece pertinente señalar la importancia de los tres niveles en el funcionamiento de los sistemas sanitarios y cómo están relacionados los niveles de la estructura y el proceso en la consecución de los resultados. Por ejemplo, es importante conocer el número de camas disponibles en un servicio, el tipo de formación que tiene el personal sanitario (nivel estructura), y disponer del número de contactos ambulatorios que realizan los pacientes de un área determinada y del tipo de tratamiento que están recibiendo (nivel de procesos). Esta información, aun siendo de gran utilidad, debe ir acompañada por una evaluación de los resultados, de los cambios objetivables inducidos por el proceso⁷.

La distinción y el balance entre estructuras, procesos y resultados dentro de los servicios de salud mental están lejos de estar claros¹⁵. Los motivos son varios entre los que se pueden señalar que no existe un consenso sobre una definición operativa de estos tres términos. Además estas tres categorías están interconectadas y necesitan ser vistas como diferentes aspectos de un sistema de salud mental amplio y dinámico y, por último, que esta división de servicios se ajusta perfectamente al paradigma de un proceso de enfermedad agudo en el que la fase «resultados» es la consecuencia de la aplicación de un tratamiento «procesos». La mayoría de los trastornos de salud mental, sobre todo los tratados en los servicios especializados de salud mental son crónicos, recurrentes, y en condiciones de remisión, por lo que no se ajustan al paradigma de una enfermedad mental aguda.

Indicadores en la evaluación de servicios

Una vez definido el contenido de los tres niveles, habría que definir los indicadores que se consideran apropiados y los instrumentos necesarios para ser empleados en el proceso de evaluación en cada uno de esos niveles. En la evaluación de servicios de salud mental es necesario explorar diversas áreas y la recogida de la información requiere la utilización de instrumentos que puedan ser empleados en este proceso de evaluación. Hay que definir unos indicadores fiables que muestren la efectividad de un servicio en la medida en que dicha acción alcanza sus objetivos en términos médicos, psicológicos y sociales.

Según Sartorius¹⁶ existe gran desacuerdo entre los epidemiólogos, gestores, psiquiatras y otro personal implicado en la implantación de servicios de salud mental en definir cuáles son los indicadores que mejor descri-

ben la actividad de un servicio de salud mental. La OMS ha venido insistiendo en la necesidad de utilizar las estadísticas sanitarias en el campo de salud mental y de desarrollar indicadores en salud mental para evaluar los cambios tanto a nivel psicosocial de los individuos como de su psicopatología; también para evaluar los programas y servicios sanitarios y, en general, la calidad de la asistencia psiquiátrica.

Para hablar de estándar de calidad es necesario comparar los servicios, los procedimientos o las intervenciones terapéuticas, y para ello hay que definirlos objetivamente. Los servicios deben ser descritos de forma comparable, y es necesario que las intervenciones sean registradas y evaluadas de manera detallada cuantitativa y cualitativamente. Los pacientes deben describirse según distintas dimensiones: sociodemográficas, síntomas psicopatológicos, funcionamiento social global, calidad de vida y opiniones subjetivas sobre el trastorno y sobre las intervenciones de los servicios⁷.

Los indicadores deben cumplir algunos requisitos tales como ser válidos, objetivos, sensibles y específicos, por tanto deben ser objetivables y estar definidos de forma operativa. Sin embargo, hay que reconocer que existen muy pocos indicadores, y menos en salud mental, que cumplan todos estos requisitos¹⁷. Los indicadores pueden ser de tipo cuantitativo o cualitativo. Los primeros son una expresión numérica de las características de los servicios. Los indicadores de tipo cualitativo, aun ofreciendo una información sobre el grado de consecución de los objetivos alcanzados, están influenciados por el juicio clínico y la subjetividad. Miden sobre todo resultados de un proceso, por lo que su interés estriba más en medir los efectos terapéuticos de un determinado tratamiento que en medir el funcionamiento de un sistema en su globalidad.

Los instrumentos de evaluación psiquiátrica intentan objetivar aquellos aspectos más intangibles del sujeto y de su enfermedad. En los últimos años ha ido creciendo el número y variedad de estos instrumentos. En la mayoría de los casos se valoran aspectos que no son totalmente objetivos. Estos instrumentos deben tener unas características psicométricas mínimas que permitan su utilización tanto en la cultura en la que han sido desarrollados como en otras. Los tres parámetros básicos para medir la calidad de un instrumento de evaluación son su fiabilidad, su validez y su precisión, y en escalas que se utilizan en estudios de seguimiento se podría añadir la sensibilidad al cambio¹⁸.

Indicadores/instrumentos a nivel de recursos

Como indicadores de recursos se puede señalar la información referente a los medios técnicos, recursos humanos y recursos económicos. Estos datos se pueden presentar por *ratio* por habitantes, por países, regiones, áreas, zonas o distritos; si se estandarizan permiten la comparación entre distintas áreas sanitarias. Dentro de los procesos de reforma psiquiátrica estos indicadores

pueden ayudar a hacer una previsión de los recursos necesarios para poner en marcha la atención comunitaria¹⁹ y permiten comparar los recursos existentes antes y después de los procesos de reforma.

Existen también algunos instrumentos que describen de forma más o menos estandarizada la población del territorio donde los servicios operan; o incluso los mismos servicios. El *European Service Mapping Schedule* es un cuestionario diseñado para la descripción estandarizada de servicios de salud mental en el ámbito europeo. Describe la estructura, organización y volumen de los servicios de salud mental, incluye los tipos de servicios y las unidades que los componen, así como el organigrama de los mismos^{20,21}. Dentro de esta línea, pero centrándose en el tipo de intervenciones que se prestan en las unidades y el nivel de especialización que se tiene en cada una de ellas, está la *International Classification of Mental Health Care*^{22,23}.

Indicadores/instrumentos a nivel de procesos

Éstos incluyen todas las actividades que se llevan a cabo desde que el paciente acude a un servicio. Engloba el tipo de atención que reciben los pacientes según sea: ambulatoria, hospitalaria o en centros de día; los tipos de intervenciones que se les suministra: intervenciones en crisis, tratamiento farmacológico, psicoterapia, etc. y personal implicado en los cuidados. Respecto a los pacientes se puede obtener información sobre el número de enfermos que llegan a un equipo, sus características sociodemográficas y de morbilidad. Responden a preguntas tales como: ¿cuántas personas acuden al servicio concreto que pretendemos evaluar?, ¿en qué forma y durante cuánto tiempo?, etc.

Una de las aproximaciones más sistemática para medir la calidad del proceso en el campo de la psiquiatría es el instrumento *Needs for Care Assessment* (Evaluación de Necesidades Asistenciales) elaborado por Brewin et al²⁴. Está basado en la evaluación de problemas a nivel clínico y social junto con un listado en el que figuran las intervenciones que se consideran apropiadas para cada problema determinado.

La escala *Camberwell Assessment of Needs* (CAN)²⁵ es otro de los instrumentos que valora las necesidades de los enfermos en cuanto a cuidados, registrando separadamente las opiniones del usuario y del personal y el grado de satisfacción del usuario con las prestaciones que recibe.

Otro instrumento que se puede utilizar en la evaluación del proceso es el *Mannheim Service Recording Sheet* (MSRS)²⁶, que recoge el uso de los servicios que realizan los pacientes por la red de servicios de salud mental comunitarios; cuantifica tanto los contactos con los servicios como las intervenciones que se le facilitan²⁷.

Sobre la utilización de servicios y el cálculo de costes, basado en unidades de coste, se ha elaborado el *Client Service Receipt Interview* que se utiliza para obtener información retrospectiva sobre la utilización de servicios

asistenciales, alojamiento, servicios comunitarios, ingresos hospitalarios y cuidados informales mediante entrevistas con los pacientes o con las personas encargadas de su cuidado²⁸.

Indicadores/instrumentos a nivel de resultados

Son los indicadores que presentan mayor dificultad para su objetivación pues están influenciados por variables clínicas, personales, familiares o sociales. Índices como ingresos hospitalarios o reingresos se han utilizado como indicadores en la evaluación de los resultados de los tratamientos, aunque no son del todo válidos, ya que muchas veces estas decisiones están condicionadas por la política de ingresos de los hospitales o la disponibilidad de recursos y no por el estado del paciente²⁹.

La evaluación de los resultados, sobre todo en salud mental, está muy influenciada por sesgos de observación, por falta de fiabilidad de los diagnósticos, dificultad en determinar el grado de severidad y definición de factores pronósticos, lo que produce falta de fiabilidad en los resultados de la evaluación o en la comparación entre grupos diferentes.

En este campo específico ha habido un progreso técnico considerable con el desarrollo y la estandarización de instrumentos de medida a través de un ancho rango de facetas que se pueden considerar como «resultados». En términos del funcionamiento individual del paciente medidas para los síntomas, discapacidad, calidad de vida, necesidades, satisfacción, funcionamiento global, carga de cuidados, etc. han sido desarrolladas y traducidas a un gran número de idiomas. También han ganado en validez, fiabilidad y sensibilidad, características mínimas necesarias para poder utilizar estos instrumentos de forma correcta y que nos permitan la comparación entre distintas poblaciones¹⁸.

CONCLUSIÓN

Häfner y van der Heiden³⁰ señalan las dificultades que implica la investigación evaluativa en psiquiatría comunitaria debido a las múltiples situaciones asistenciales, a lo complejo de las intervenciones, a las dificultades para encontrar criterios e indicadores de resultado apropiados, a los problemas en la medición y en el control de las variables más importantes y a las dificultades en la selección de los métodos más adecuados para la recogida de información.

Como se ha comentado anteriormente, volviendo a parafrasear a Donabedian¹⁰, la investigación de servicios se puede dividir en tres tipos, de acuerdo con sus cometidos: la investigación estructural que hace referencia a la investigación basada en estadísticas de los recursos y la organización de los servicios de salud; la investigación sobre el proceso significa la evaluación del funcionamiento de los servicios de salud, y por último la investigación sobre resultados se basa en evaluar la calidad de

los servicios en términos de eficiencia, adecuación, eficacia, etc. en la medida que existe una mejoría en el paciente en todas las áreas tanto clínicas como social y de calidad de vida.

Sin embargo, aunque los tres niveles son importantes para una evaluación global, no todos los investigadores han centrado su interés en los tres tipos por igual. La OMS se ha centrado especialmente en la evaluación de estructuras y procedimientos. En el campo de la evaluación de resultados ha habido un progreso técnico considerable con el desarrollo y la estandarización de instrumentos de medida a través de un ancho rango de facetas que se pueden considerar como «resultados». Thornicroft y Tansella⁷ han publicado una recopilación de estudios sobre los distintos abordajes de la evaluación de resultados.

Para una buena evaluación y planificación de servicios es necesario conocer qué tipo de servicios están implicados en la atención a cada enfermo mental, cuántos son los pacientes que acuden a ellos, qué tipo de tratamiento se les ofrece y cuáles son los cambios que se han producido en estos pacientes a partir de esta oferta. Es necesario utilizar instrumentos informativos que aseguren la monitorización constante de los niveles de eficacia y eficiencia, bien sea en lo que se refiere al tipo de asistencia, a su demanda o a los resultados de la oferta terapéutica. Este sistema permitiría un control sobre el funcionamiento de los servicios, realizado a partir de un conocimiento sólido y de unos indicadores uniformes, pasando de una epidemiología de la enfermedad a una *epidemiología de los servicios*.

En el ámbito de nuestro grupo de investigación (Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental) se está desarrollando una línea de trabajo que tiene como objetivo el análisis de los nuevos patrones de utilización de servicios de salud mental, entendido como el camino que recorre el paciente en la red de servicios de salud mental para tratar de cubrir sus necesidades asistenciales³¹. Para ello se dispone de un registro acumulativo de casos con diagnóstico de esquizofrenia que nos permite recoger de forma longitudinal el uso de servicios que realiza un grupo de pacientes. Los registros de casos psiquiátricos han sido considerados como los sistemas de información más adecuados, a nivel de la evaluación del proceso, ya que recogen información sobre el funcionamiento de los servicios, el tipo de oferta asistencial y la coordinación asistencial³².

Con el cambio a la atención comunitaria el modelo se complica, porque la atención se define como global, lo que supone que es facilitada por diferentes servicios, y además debe de haber una continuidad en el tratamiento, de manera que esté coordinado y que se conozca en todo momento dónde están los pacientes y qué atención están recibiendo; eso implica una flexibilidad en el tratamiento de forma que un paciente puede cambiar de un tipo de servicio a otro, sin «perderse» en la red de servicios o «caerse por las grietas del sistema». Es importante conocer el uso de servicios que realiza el paciente a lo largo de su vida y no solamente en momentos aislados. Disponer de esta información de un grupo de pacientes

con unas características concretas, permitirá predecir cómo pueden utilizar los servicios pacientes con las mismas características, ofrecerá información sobre dinámica de funcionamiento del sistema en su globalidad y describirá el flujo de los pacientes en los distintos servicios; en definitiva, su patrón de utilización de servicios^{33,34}.

Este enfoque de la atención psiquiátrica basado en la relación servicios/demanda a partir del cual se activan distintos flujos de información está produciendo un nuevo modo de investigar en el campo psiquiátrico. El estudio de las intervenciones, de las actividades realizadas en el marco de los servicios sanitarios supone un avance dentro de la epidemiología psiquiátrica que permite evaluar nuevos modelos de atención en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Driscoll C. The TAPS Project.7: Mental Hospital Closure- A literature review of outcomes studies and evaluative techniques. *Br J Psychiat* 1993;162: 7-17.
2. Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson G, Albert M, et al. Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *Br J Psychiat* 1997;171:15-9.
3. Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen E, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, et al. Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:426-31.
4. Freeman HL, Henderson JH. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. Londres: Gaskell; 1991.
5. Knudsen HC, Thornicroft G. Mental health service evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
6. Torres González F, Moreno Küstner B, Salvador Carulla L, Romero C, de Jong A. Clasificación Internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de Neurobiología* 1997;60:142-50.
7. Thornicroft G, Tansella M. *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer-Verlag; 1996.
8. Holland WW. Measurement in health care. En: Holland WW, editores. *Evaluation of health care*. Oxford: Oxford University Press; 1983.
9. Aparicio Basauri V. La reforma psiquiátrica de 1985. En: Aparicio Basauri V, editor. *Evaluación de servicios en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
10. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México: La prensa médica mexicana; 1984.
11. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Barcelona: Masson; 1987.
12. Morosini P, Veltro F. Process or outcome approach in the evaluation of psychiatric services. En: Freeman HL, Henderson JH editores. *Evaluation of comprehensive care of the mentally ill*. London: Gaskell; 1991.

13. Tugwell P. A methodological perspective on process measures of the quality of medical care. *Clin Invest Med* 1979;2:113-21.
14. Torres González F. Instrumentos estandarizados para valorar la calidad de los Servicios Comunitarios de Salud Mental. En: Leal Rubio J, editor. Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
15. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
16. Sartorius N. Mental health care in continental Europe: medley or mosaic? En: Marks IM, Scott RA, editores. Mental health care delivery, Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
17. World Health Organization. Mental health services in pilot study areas. Copenhagen: World Health Organization; 1987.
18. Salvador Carulla L. Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties. En: Thornicroft G, Tansella M, editores. Mental health outcome measures, Berlín: Springer-Verlag; 1996.
19. IASAM. La Reforma psiquiátrica en Andalucía, 1984-90. Series monográficas de salud mental, nº 2. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1988.
20. Salvador Carulla L, Torres González F, Johnson S, Kuhlman R, Vázquez Barquero JL, Beecham J. Versión española del *European Service Mapping Schedule* -Diagrama europeo de servicios. *Archivos de Neurobiología* 1997;60:163-9.
21. Salvador Carulla L, Haro JM, Cabases J, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez-Barquero JL. Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health services areas in North-East Spain. *PSI-COST Group. Acta Psychiatr Scand* 1999;100:335-43.
22. De Jong A. International Classification of Mental Health Care. Groningen: Department of Social Psychiatry, University of Groningen; 1996.
23. Torres González F, Moreno Küstner B, Salvador Carulla L, Romero C, De Jong A. Clasificación Internacional de cuidados de salud mental. *Archivos de Neurobiología* 1997;60:142-50.
24. Brewin CR, Wing JK, Mangel SP, Brugha TS, McCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987;17: 971-81.
25. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatr* 1995;67:589-95.
26. Salize HJ, Rössler W. Mannheim Service Recording Sheet. Mimeo. Mannheim: Central Institut of Mental Health; 1993.
27. Moreno Küstner B, Torres González F, Salize HJ, Rössler W. Ficha Mannheim de contacto con los servicios comunitarios de salud mental. *Archivos de Neurobiología* 1997;60:151-61.
28. Vázquez Barquero JL, Gaite L, Cuesta MJ, García Usieto E, Knapp M, Beecham J. Versión española del CSRI: una entrevista para la evaluación de costes en salud mental. *Archivos de Neurobiología* 1997;60: 171-84.
29. Häfner H, Heiden W. Methodology of evaluative studies in the mental health field. En: Freeman HL, Henderson JH, editores. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. Londres: Gaskell; 1991.
30. Häfner H, Heiden W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Knudsen HC, Thornicroft G, editores. Mental health service evaluation. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
31. Moreno Küstner B. Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Granada: Universidad de Granada; 1998.
32. Bravo ME, Aparicio D, Cuevas C, Díaz B, Eguíagaray M, Fuente J, et al. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos; 2000.
33. Moreno Küstner B, Luna del Castillo JD, Torres González F. The Andalusian case register for schizophrenia. An attempt to Obtain Patterns of use of mental health services for planning medical care. En: Guimón J, Sartorius N, editores. Manage or Perish? The Challenges of managed mental health care in Europe. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999. p. 69-583.
34. Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD. Analysis of patterns of mental health care with three different approaches (cross-sectional, longitudinal and dynamic). *Epidemiología e Psiquiatría Sociale* 2001;10:2.