

Juan J. López-Ibor¹
Blanca Reneses¹

La gestión clínica y la gestión de procesos en el ámbito de los trastornos mentales

¹Instituto de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Instituto de Investigación Sanitaria del
Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)

Centro de Investigación en Red CIBERSAM
España

La irrupción de los nuevos modelos de gestión en el ámbito sanitario no es la consecuencia de necesidades o imposiciones económicas o financieras sino de una profunda transformación de las relaciones entre los prestadores de servicios (médicos y sanitarios), ciudadanos (enfermos) y la administración del Estado.

En los últimos años se han producido cambios radicales en la naturaleza de la relación médico-enfermo, que llevan a nuevas exigencias éticas para los profesionales. Los cambios son consecuencia, por un lado del triunfo de las ideas de la Revolución Francesa y de la secularización y democratización de las sociedades modernas. Por otro, están determinados por las fuerzas económicas que, al mismo tiempo que han permitido el progreso extraordinario en las últimas décadas y la universalización de la asistencia, han introducido un tercer personaje en la relación médico-enfermo. Este tercer personaje, la financiación, es precisamente el que hace posible que los enfermos acudan al médico, y toma la forma de servicios nacionales de salud o de compañías de seguros. Lo que quiere decir que, si bien en el pasado al médico le bastaban su arte y su ciencia para ejercer su profesión con los pocos ciudadanos que tenían acceso a él, hoy en día cuando los pacientes cada vez están mejor informados y son más expertos y responsables; los profesionales, más capaces y mejor formados; y la tecnología médica más compleja y eficaz, estamos en un escenario, y en una trama argumental, totalmente nuevos.

La ética de la medicina tradicional es la ética de beneficencia. El tradicional trato del médico se basa en el logro de la observancia por parte del enfermo, basada en el hecho que el médico realiza lo mejor en beneficio del enfermo, porque es él el que tiene los conocimientos para hacerlo y tomar las decisiones más adecuadas.

En 1972 la Sociedad Americana de Hospitales publicó la *Carta de los Derechos del Enfermo*, al que consideraba como individuo adulto autónomo y libre y por tanto con capacidad de tomar decisiones propias. Nace así la ética de autonomía, de acuerdo con la cual el paciente decide lo que es mejor para él y el médico, como y mejor conocedor de

la enfermedad, debe informar de todas sus características, de los recursos terapéuticos y sus implicaciones para que el paciente pueda decidir con fundamento. El consentimiento informado es pues el eje de esta relación médico-enfermo.

El hecho que la salud haya sido reconocida como un derecho, la constatación que la muerte prematura o la discapacidad consecuencias de una enfermedad no sean sólo un problema personal sino que suponen una carga social (que es la que se mide por los *DALYS*), convierten a la cobertura universal en una meta ineludible. En consecuencia, la financiación de la medicina y la economía sanitaria han dejado de ser problemas personales para convertirse en sociales. Hasta muy recientemente al médico sólo acudían los que podían permitírselo, pero hoy día el estado está obligado a gestionar lo que es un derecho de los ciudadanos, en el caso de España respaldado por la vigente Constitución. Recursos limitados, exigencias individuales y responsabilidad social sólo pueden hacerse compatibles con una adecuada gestión de recursos, tan importante que puede hablarse de una ética de gestión, que preferimos llamar ética de equidad, basada en una justicia distributiva que proporciona de acuerdo con las necesidades de cada individuo.

EL RETO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Las enfermedades mentales se caracterizan, entre otras cosas, por su origen complejo, su relativamente baja mortalidad y alta cronicidad, su gran prevalencia y por ser muy discapacitantes y estigmatizantes, todo lo cual hace que requieran un amplio abanico de recursos tanto médicos como psicológicos y de rehabilitación.

En la complejidad de su origen intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Unos son genéticos, los cuales condicionan una vulnerabilidad y otros son la consecuencia de factores estresantes ambientales, que intervienen en el desencadenamiento y en el mantenimiento de la cronicidad y que pueden actuar como agentes epigenéticos. Además, como en tantas otras enfermedades, una vez puestas en marcha, aparecen mecanismos defensivos o de com-

pensación que en ocasiones se vuelven autodestructivos y por lo tanto en objetivos de la intervención terapéutica. No cabe duda que tanto el dolor como la inflamación tienen un gran valor adaptativo, pero también es cierto que en la práctica clínica es necesario combatirlos cuando su función ha dejado de tener utilidad y sentido. De hecho entre los grupos farmacológicos más prescritos están los analgésicos y los antiinflamatorios. Lo mismo sucede con el síndrome general de adaptación y las enfermedades del mismo descritas por Selye¹ y la gran utilización de corticosteroides y fármacos análogos.

A nivel psicológico sucede algo parecido. La ansiedad, imprescindible para la supervivencia individual, puede convertirse en un síntoma grave que ha de ser tratado con ansiolíticos y controlado con técnicas psicoterapéuticas. Ansiedad y estrés son las dos caras de la misma moneda. Ya hace años que Bakan² describió el paralelismo entre las ideas de Selye y las de Freud³ y cómo éste tuvo que completar sus teorías sobre el papel de la libido en el origen de las neurosis con las del papel de la pulsión de muerte que se le hizo evidente al estudiar los fenómenos obsesivos y los sueños recurrentes tras un acontecimiento traumático. Tan destructivo es este fenómeno, cuando está desvinculado de las pulsiones libidinales, que Stekel⁴ le dio el nombre de *Thanatos*.

También nos encontramos con lo mismo en el plano social. Los establecimientos psiquiátricos que, por lo menos desde la obra del padre Jofré⁵, nacieron para proteger a los enfermos de los abusos y daños infringidos por las gentes, acabaron por convertirse en instituciones totales⁶, es decir, que controlaban todos los aspectos de la vida de sus internos en las que el enfermo perdía su individualidad y con ello las posibilidades de una recuperación. De hecho algo que no solía faltar en estos manicmios es un cementerio en el que el asilado podría descansar al final de sus días.

¿Cuál ha sido la respuesta de la psiquiatría a estos retos? Mejor dicho, de la psiquiatría, de la medicina y de la sociedad en general, que las responsabilidades son compartidas. La tradicional, ya lo hemos visto, la nosocomial, que fue abolida, por lo menos oficialmente en la década de 1970 con los procesos de desinstitucionalización⁷ y de reforma psiquiátrica⁸. Sin embargo, el avance que implicaba un cambio tan radical se vio pronto empañado por la emergencia de posturas enfrentadas, nacidas y criadas desde raíces antropológicas antiguas y con espíritus combativos dignos de causas mejores, que dieron lugar a distintas "psiquiatrías": biológica, psicodinámica, conductual, sistémica o social. La lucha de poder subyacente se desvela si reparamos que algunas de estas "psiquiatrías" están vinculadas a dispositivos o formas asistenciales: de "hospital general", "comunitaria", "de interconsulta" etc. Ninguna de estas pseudo-disciplinas ha sido capaz de dar respuesta a las necesidades de los enfermos y menos aún de la investigación, justo es reconocerlo. Permítansenos algunos ejemplos.

El modelo médico, o mejor sería decir el modelo médico ya caduco, vincula las enfermedades mentales a un órgano, por supuesto, el cerebro y sin embargo el fracaso de la neuropatología a lo largo de muchas décadas fue escandaloso. Así se ha podido decir que "las psicosis endógenas son el oráculo délfico de la psiquiatría"⁹ o que "la esquizofrenia es el cementerio de la neuropatología"¹⁰.

No cabe duda de lo que el psicoanálisis freudiano ha aportado al conocimiento del ser humano y de su enfermar es nuclear. Sin embargo, sus aportaciones como terapia son en comparación muy escasas. Así, el gran crítico del psicoanálisis Thomas Szasz, ha podido afirmar que la neurosis es una religión y el psicoanálisis un culto¹¹ y que el tratamiento psicoanalítico debido a su falta de especificidad se sale de los cauces de la medicina. Es, dice, como si un radiólogo hiciera a todos sus enfermos el mismo tipo de placa con independencia de las indicaciones que tuviera¹².

Hay que subrayar que desde posturas extremas del psicoanálisis, de las corrientes comportamentales o sistémicas y de las más antipsiquiátricas la enfermedad mental es un mito lo cual es dejar a aquellos que padecen trastornos mentales fuera del alcance de toda cobertura de sus necesidades sanitarias. Como siempre cada revolución deja un rastro de sacrificados, en este caso los que padecen enfermedades mentales. También, hay que decirlo, llevaría al paro a muchos profesionales.

Antes mencionábamos que el modelo médico tradicional es caduco y que la noción de entidades morbosas ha sido sustituida por otras que giran en torno al modelo de vulnerabilidad y estrés^{13, 14}. Nadie ha sido más crítico con el modelo kraepeliniano que el propio Kraepelin. Suyas son estas palabras¹⁵:

"El método aplicado hasta ahora para delimitar las formas de enfermedades, teniendo en cuenta la causa, las manifestaciones, el curso y el resultado, así como los hallazgos post-mortem, se ha agotado y ha dejado de ser satisfactorio, por lo deben buscarse vías nuevas".

En casi un siglo la situación no ha cambiado. Basta el siguiente testimonio de Hyman¹⁶, que remeda palabra por palabra el texto citado de Kraepelin:

"Contrariamente a las expectativas optimistas, las estrategias para una validez diagnóstica basada en descripciones clínicas, estudios de laboratorio, en la historia natural de la enfermedad y en la agregación familiar no han contribuido a forjar una nosología basada en entidades nosológicas válidas".

El modelo de Kraepelin tenía otro problema. Para él las enfermedades mentales se caracterizan por su estadio final, no por su curso como suele decirse, que en el caso de la esquizofrenia era un destroz total de la vida psíquica (Zers-

törung), noción que deriva del concepto de endogeneidad de Möbius¹⁷ y del de degeneración de Morel¹⁸. Este último concepto es lo contrario de la teoría de la evolución de Darwin¹⁹ (¡publicada cinco años más tarde!), lo que viene a subrayar la enorme gravedad de unas enfermedades que destruyen lo más específicamente humano, adquirido a lo largo de millones de años de evolución.

El propio Kraepelin señala en el trabajo citado nuevos caminos, que incluyen una propuesta de clasificación funcional, no muy diferente del enfoque actual de Wakefield²⁰ y la necesidad de distinguir entre factores predisponentes, factores precipitantes y factores deteriorantes, algo que es necesario recuperar. Hay que subrayar que este enfoque funcional gira en torno al concepto de disfunción dañina, lo que hace irrumpir de lleno dos aspectos esenciales en la naturaleza de las enfermedades mentales: el mundo de los valores y los aspectos sociales²¹.

LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS EN LA ACTUALIDAD

Detrás de todo esto hay un ser humano necesitado por lo que el paciente es el eje de la actuación médica. Esto trae consigo la necesidad de gestionar situaciones complejas y la llamada medicina gestionada²², que trata de la coordinación de recursos, del consenso sobre intervenciones y resultados, de la enseñanza y comunicación y de la continuidad de cuidados. La medicina gestionada obliga a incorporar una dimensión diferente que amplía el ámbito de actuación de administradores y profesionales²³.

Surge así la asistencia orientada al paciente (*Patient Focused Care*²⁴) en la que éste es el objetivo final de la asistencia. Se trata de proveer a los pacientes de servicios más adecuados y satisfactorios, de garantizar la continuidad de cuidados a lo largo de todo el curso de la enfermedad, de asegurar una calidad excelente, que dé respuesta a sus necesidades y expectativas. También trata de facilitar el trabajo cotidiano, reduciendo la variabilidad e introduciendo estrategias de gestión clínica, todo ello a un coste óptimo para garantizar la sostenibilidad y aumentar el valor del servicio prestado.

El aspecto financiero es importante, como cotidianamente leemos y escuchamos, pero no lo es menos que el que se refiere a los valores de las sociedades actuales entre los cuales está el derecho a la salud y a recibir atención sanitaria. El Informe Sobre la Salud en el Mundo del año 2010 se centra precisamente en esto y lleva por título: "Financiación de los Sistemas de Salud. El Camino Hacia la Cobertura Universal"²⁵. Uno de sus apartados es sobre la "Promoción de la eficiencia y eliminación del despilfarro" y en él se mencionan estrategias para asegurar que los recursos se usen de manera eficiente, sacar el máximo partido a las tecnologías

Tabla 1		Gasto Sanitario (% del PIB) y Expectativa de Vida (años, países seleccionados) en 2009 (Datos de la OCDE) ²⁷	
País	Gasto sanitario ¹	Expectativa de vida ²	
EE.UU.	17,4	78,2	
Suecia	10,5	81,5	
Francia	11,8	81,0	
Alemania	11,6	80,3	
Reino Unido	9,8	80,4	
España	9,5	81,8	
Japón	8,5	83,0	
Luxemburgo	6,8	80,7	

¹<http://www.oecd.org/dataoecd/26/24/48406859.pdf>
²http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population_20758480-table8

y los servicios sanitarios, motivar al personal sanitario, mejorar la eficiencia hospitalaria, conseguir la asistencia correcta la primera vez, reducir los errores médicos, eliminar el despilfarro y la corrupción y evaluar críticamente cuáles son los servicios necesarios. En este informe hay una cita preocupante pero esperanzadora, ya que es un reto y una oportunidad: cerca del 20-40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan.

El coste de los trastornos cerebrales (trastornos mentales más enfermedades neurológicas) en Europa ha sido en 2010 de 798 mil millones de €, de ellos los costes directos suman el 60% (37% costes sanitario directos y 23% gastos directos no médicos) y el 40% son indirectos debidos a la pérdida de productividad de los enfermos²⁶. El problema es que la falta de recursos para la asistencia sanitaria es inevitable, ya que la propia salud requiere inversiones en otras áreas como educación, protección del medio ambiente y de la familia. Por otra parte, no hay una correlación entre gasto sanitario (medido como % del producto interior bruto o PIB) y la salud general^{27, 28} (tomando como índice la expectativa de vida) (Tabla 1).

Ya hemos mencionado que los aspectos económicos son importantes pero no únicos. La gestión clínica ha de incluir a la vez la gestión de los recursos (económicos y humanos), la gestión del conocimiento y la de los valores^{29, 30}. La primera se mide en actividad y en costes, la segunda de acuerdo con la evidencia científica, la tercera gira en torno a las necesidades sentidas, a las expectativas y tiene un alto componente afectivo ya que conmueve los cimientos de la propia existencia del enfermo. En cada una de ellas el peso de las decisiones clínicas es distinto (tabla 2).

Tabla 2		El Peso de las decisiones clínicas	
Tipo de Ética		Responsable	
Tradicional (de beneficencia)		El médico	
De autonomía		El enfermo	
De equidad (de gestión)		La administración sanitaria	
		El médico	
		El enfermo	

La gestión sanitaria consiste, básicamente, en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de pacientes y usuarios.

La atención médica prestada en cualquier sistema sanitario está fuertemente determinada por las decisiones de los médicos. Esto tiene una repercusión en la calidad del servicio prestado al enfermo. Sin embargo, como cada vez más los médicos influyen en la asignación de recursos sanitarios crece su influencia en las decisiones administrativas por lo que demandan una mayor autonomía y responsabilidad en las políticas sanitarias, lo que se traduce en, un nuevo marco de gestión que les permita desarrollar sus proyectos y aspiraciones, desde la perspectiva de su ética profesional y su compromiso con los valores de servicio público.

Ahora bien, los médicos no somos iguales y, en consonancia con lo expuesto más arriba, es posible que la mayor disparidad se encuentre entre los psiquiatras. Más aun, entre los profesionales de la salud mental. Cabe recordar que en muchos recursos comunitarios la regla ha sido, y quizás siga siendo, la asignación de profesionales de acuerdo con el turno de llegada: el primero para el psiquiatra, el segundo para el psicólogo, el tercero para el terapeuta ocupacional, y así sucesivamente. Se trata de lo que se ha llamado variación injustificada (*unwarranted variation*) de John Wennberg³¹ en la prestación de servicios de salud. Este tipo de análisis concierne a las diferencias que no pueden ser explicadas por una enfermedad, necesidad médica, o evidencia científica. Las causas de la variabilidad son complejas, pero en general derivan de no aplicar correctamente lo que la investigación dicta, de decisiones de un enfermo no suficientemente bien informado o de una estructura asistencial no basada en las necesidades reales y en la evidencia sobre si son adecuados o no.

Por lo tanto la lucha contra la variación injustificada se ha de llevar a cabo en tres frentes: 1) el científico, es decir, de acuerdo con la medicina basada en la evidencia o en los hechos; 2) el personal que atañe ante todo al enfermo y su entorno, de acuerdo con la medicina basada en los valores y 3) el de la gestión, de acuerdo con los principios de la asisten-

cia centrada en el enfermo (*Patient Focused Care*) y con el desarrollo de estrategias asistenciales basadas en un consenso entre los diversos agentes: administración del estado, profesionales, asociaciones de usuarios y sociedad civil en general.

Las necesidades de un trabajo multidisciplinar y en equipos, de la participación de una gran cantidad de recursos implicados y la coordinación entre servicios y el hecho que ni enfermos ni enfermedades conozcan de especialidades médicas hacen de la gestión de procesos un requisito indispensable para una buena organización asistencial.

Los servicios clínicos tradicionales tienen unas características que no les permiten hacer frente a las necesidades de la gestión clínica actual. Su estructura es piramidal, su organigrama es rígido, la iniciativa y control, cuando existen, van de arriba a abajo y su cultura es la de plegarse a un modelo unilateral. La consecuencia de todo ello es que muchas veces la meta no es el enfermo sino la de servir al modelo, para protegerlo y expandirlo.

El énfasis en el enfermo y no en el sistema ni tampoco en la propia enfermedad nos ha llevado al diseño de una gestión de procesos basada en el estadiaje, ya que las necesidades, las metas, las intervenciones y los profesionales y recursos implicados son diferentes en distintos momentos evolutivos.

La metodología de la gestión de procesos se basa en el análisis sistemático de la secuencia de las actividades de las que consta un proceso asistencial y en su representación gráfica. Para ello, hay que definir todas las actividades y analizar sus características de calidad. Se trata de definir lo que se va a hacer para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes. Es muy importante incluir indicadores para medir y analizar sistemáticamente los resultados obtenidos y su tendencia a lo largo del tiempo y poder establecer nuevas prioridades³². En el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental hemos recurrido al modelo EFQM como andamiaje para la estructuración de los procesos, con la intención añadida de ir extendiendo a todos sus miembros la cultura de calidad y su medida.

Desde el punto de vista de la gestión, un proceso es un ámbito de actuación en el cual unas personas, a partir de sus conocimientos y de unos recursos, realizan una serie de actividades interrelacionadas entre sí, transformando una entrada en una salida que aporte un valor añadido o utilidad para los destinatarios del mismo. Un proceso puede constar de varios subprocesos y unos y otros se llevan a cabo de acuerdo con una serie de actividades definidas por un conjunto de reglas e instrucciones, que se denominan procedimientos.

Un proceso puede ser una enfermedad (trastorno bipolar), un conjunto de ellas definidas por criterios administrativos (el GRD Psicosis) o por una alta comorbilidad o problemática análoga (estrés-ansiedad-depresión) o un acontecimiento asistencial (urgencias). La gestión de proce-

sos se lleva a cabo muchas veces de un modo espontáneo e irreflexivo en muchas áreas de la vida cotidiana y sobre todo en la docencia y en la gestión de proyectos de investigación. A la medicina le ha costado incorporarlos porque se teme que supongan un cambio de fuerzas de poder en el ámbito de profesionales que son tratados de doctores sin haber alcanzado el doctorado o de *maîtres* en Francia, título que en España se reserva a los matadores de toros y a algunos divos de otras artes.

Un proceso consiste en una entrada, una tipología de enfermos con sus expectativas y necesidades y una salida, la satisfacción al menos parcial de las mismas con los recursos de que dispone la unidad. Recursos, una vez más, de naturaleza diferente (humanos, materiales, de estructura interna, de conocimientos, de tradición, etc.) y distintos de una a otra unidad asistencial.

Es importante señalar que las responsabilidades en el seno de un proceso pueden estar al margen de la ubicación de las personas implicadas en el organigrama de un servicio porque el hecho de haberlo alcanzado no presupone su capacidad para llevar a cabo los distintos procedimientos de que consta. La gestión de procesos presupone una creatividad que va de abajo a arriba, que es fluida y en constante evolución. Por eso la gestión de procesos no puede implantarse por una orden o recomendación administrativa ni tampoco puede importarse de otros centros asistenciales.

La gestión de procesos va más allá ya que por su orientación a las necesidades y expectativas de los pacientes es un instrumento para la mejora de las unidades asistenciales, para la definición de prioridades, que forzosamente serán consecuencia de esas necesidades y expectativas de la población a asistir. En definitiva son, desde nuestro punto de vista, la mejor herramienta para la redefinición progresiva de la visión, misión y valores de la organización.

La implantación de una gestión de procesos tiene una serie de requisitos:

1. Su desarrollo ha de ser autóctono y no impuesto ni importado.
2. Requiere una estructura organizativa de la unidad asistencial "moderna" es decir poco jerarquizada, en cuya cultura predominen la transparencia, la gestión democrática, el trabajo en equipo, la diferenciación y cualificación profesional, el compromiso social.
3. La implantación ha de ser progresiva por las necesidades de su desarrollo y por sus implicaciones en la estructura de la unidad asistencial. También supone un profundo cambio en los hábitos de trabajo, que han de ser asumidos como necesarios y enriquecedores.
4. Los procesos a implantar se deben escoger, de un modo consensuado, por razones estratégicas. Una vez conviene escoger uno sencillo para tener la oportunidad de aprender, otras es necesario hacer frente a una

demanda que por sus dimensiones, su complejidad, la diversidad de profesionales, unidades y servicios implicado o su relevancia social, lo requieran. La propuesta por parte de líderes espontáneos es un criterio determinante, así como valorar de antemano posibles resistencias al cambio para poder solventarlas. Así se elabora un mapa de procesos con sus subprocesos correspondientes.

A partir de ahí el desarrollo de cada proceso requiere:

1. Nombrar un grupo de trabajo con representación de las personas expertas en las actividades que se presuponen. Este grupo puede variar a lo largo del tiempo en su tamaño y composición.
2. El grupo definirá una metodología de reuniones, tareas y plazos.
3. Redactará la Ficha de Proceso, en la que constará la definición global del mismo, sus destinatarios y objetivos, los componentes del proceso (actividades, características de calidad de éstas y profesionales implicados en cada una de ellas), representación gráfica del proceso y de los eventuales subprocesos e indicadores para la monitorización de resultados.
4. Personal que deberá ser asignado y porcentaje de su jornada laboral dedicada al proceso.
5. Documentación de referencia: documentación propia, externa y legislación aplicable.
6. Límites del proceso: inicio y fin del proceso.
7. Líder del proceso (en algún ámbito se le llama propietario): vela por el cumplimiento del proceso, responsabilizándose de la gestión y mejora del mismo.
8. Desarrollo: Secuencia de actividades que constituyen el proceso. Se suele representar mediante tablas indicando las actividades, las características de calidad de cada una de ellas y los responsables.
9. Representación gráfica del proceso en forma de diagramas de flujo que indican la secuencia de actividades y la relación entre ellas.
10. Indicadores: instrumentos y métodos de medida, que permiten evaluar y controlar el proceso. Deben ser medibles, comprensibles y controlables.
11. Registros: recogen la evidencia de la ejecución.
12. Recogida de medidas necesarias para realizar la mejora continua de los procesos.

La gestión clínica supone una descentralización importante de la dirección, la responsabilidad y los riesgos. Cada profesional contribuye de manera protagonista al éxito de su pequeña o gran parcela sea cual sea su profesión. En este esquema de trabajo los equipos profesionales multidisciplinares y los programas de colaboración entre niveles asistenciales, adquieren el máximo interés por ser centrales en la organización de la asistencia. La atención se organiza en torno a las necesidades del paciente, o de un perfil de pacientes con similares necesidades.

Los procesos clínicos se definen como el conjunto de actividades asistenciales médicas y de cuidados que requiere un tipo específico de pacientes que presentan características comunes es cuanto a su diagnóstico y a sus necesidades terapéuticas. La gestión por procesos es así una herramienta central en la Gestión clínica y en la Gestión de calidad³³.

El énfasis en la atención centrada en el enfermo (*Patient Focused Care*) y nuestro propio modelo de gestión, que es un Instituto de Gestión Clínica, nos condujo a adoptar la Gestión por Procesos como un objetivo prioritario en nuestra organización (el Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid).

El primer Proceso clínico que hemos desarrollado es "Trastornos Depresivos y de Ansiedad". Este proceso tiene la particularidad de incluir tanto los recursos especializados del Hospital y de los servicios psiquiátricos ambulatorios como los de Atención Primaria de su área de influencia.

La elevada prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad y el hecho de que una gran proporción de ellos reciben tratamiento en Atención Primaria, sirvieron de argumento para que éste fuera el primer proceso clínico que diseñamos. En otros artículos de este suplemento se muestran las características de este programa colaborativo con Atención Primaria, los detalles de cada subproceso clínico, los pasos para su desarrollo e implementación y el sistema de indicadores para su evaluación.

ESTADIAJE CLÍNICO Y GESTIÓN POR PROCESOS EN PSIQUIATRÍA

El Estadiaje clínico tiene un papel relevante en varias ramas de la medicina y hoy en día puede considerarse una asignatura pendiente en el ámbito de las clasificaciones diagnósticas en psiquiatría³⁴. Su utilidad potencial es contribuir a establecer con mayor precisión el diagnóstico de la enfermedad y su pronóstico, orientando al clínico en las estrategias terapéuticas con mayor posibilidad de éxito en cada estadio. El objetivo principal, tal como lo define PD McGorry³⁵, es definir la extensión o progresión de una enfermedad en un corte temporal, diferenciando los fenómenos clínicos de las fases iniciales e intermedias de aquellos que son propios de su progresión y cronicidad.

A nuestro modo de ver, este modelo aportaría ventajas adicionales tanto en el ámbito clínico como en el de la evaluación de resultados y en el de la investigación.

Desde la perspectiva clínica, el modelo de estadiaje permitiría una mayor precisión en la predicción de la evolución (una vez que podamos identificar marcadores clínicos y neurobiológicos en cada estadio), permite identificar mejor la situación clínica actual de un individuo concreto en el *continuum* de la enfermedad y facilita la selección de las in-

tervenciones terapéuticas específicas con base de evidencia científica según el estadio clínico, minimizando los riesgos. Desde el ángulo de la medición de resultados, facilita la evaluación de la efectividad de las intervenciones orientada a la prevención (el objetivo terapéutico sería conseguir la regresión en el estadio, la remisión o la no progresión).

En el terreno de la investigación, el estadiaje puede contribuir a precisar y ordenar mejor las situaciones clínicas facilitando el estudio de los marcadores neurobiológicos de estado y de rasgo según las enfermedades³⁶.

El estadiaje en las enfermedades médicas clásicas está basado en la alteración anatómica y en el impacto de la enfermedad en el organismo. En cambio, en psiquiatría se introduce el factor de curso y respuesta al tratamiento como elemento para la definición del estadio. McGorry y su grupo³⁷ han sido los pioneros en definir un modelo heurístico de estadiaje clínico para las enfermedades psiquiátricas considerando que la mayor parte de los trastornos son susceptibles de incluir en un modelo de este tipo. Tal como plantea OD Howes y cols.³⁸, actualmente sólo estamos en condiciones de predecir parcialmente resultados con arreglo a ciertas características clínicas, pero tenemos una comprensión limitada de la patofisiología.

En el terreno de los trastornos depresivos y de ansiedad, Hetrick³⁹ y el mismo grupo de McGorry han propuesto un modelo de estadiaje clínico que nosotros hemos adoptado con alguna modificación y que se describe con mayor detalle en el artículo titulado: "Proceso de Depresión en los Servicios de Psiquiatría" publicado en este Suplemento.

El interés en adoptar este modelo tentativo en nuestro medio se basa en su buena adaptación al uso clínico, su sencillez y facilidad de comprensión por el médico y sobre todo por su capacidad potencial de mejorar el diagnóstico y tipificar clínicamente mejor a los pacientes.

Los subprocesos y los algoritmos de decisión terapéutica que sirven de apoyo a los clínicos en el subproceso de los servicios de psiquiatría, se han construido sobre el modelo de estadiaje citado, sin dejar de lado las clasificaciones diagnósticas al uso. Es decir, cada línea de decisión terapéutica se define a partir de un estadio o subestadio clínico.

En los servicios de Atención Primaria, por el momento, no se ha incluido el modelo de estadiaje clínico en el Proceso que nos ocupa, a pesar de que es justamente en este ámbito asistencial donde la detección precoz y la actuación en los primeros estadios de la enfermedad se torna especialmente relevante. La limitación lógica de nuestros recursos al encontrarnos en el marco del Sistema Nacional de Salud no nos ha permitido por el momento ir más allá, aunque es un objetivo en un futuro cercano.

CONCLUSIONES

Las herramientas que proporcionan la Gestión Clínica y, especialmente la Gestión por procesos, son especialmente útiles para la dirección de los servicios psiquiátricos. Las razones principales vienen dadas por las características propias de las enfermedades mentales (cronicidad y necesidad variable de múltiples recursos y profesionales), por las peculiaridades de los servicios de Psiquiatría (habitualmente formados por redes de diferentes unidades) y por la demanda de la sociedad (una medicina basada en la evidencia científica, centrada en el paciente, que responda también a los valores sociales y económicos).

En este suplemento se muestra el resultado del diseño de un proceso clínico colaborativo con Atención Primaria para la atención de los Trastornos Depresivos y de Ansiedad realizado en el Hospital Clínico San Carlos y la Dirección Asistencial Centro de Madrid.

Nuestro objetivo es mostrar que el diseño de un proceso clínico en psiquiatría es posible, enriqueciéndose con la implicación de los Servicios de Atención Primaria. Aunque cada proceso debe desarrollarse de acuerdo a las características de cada red de servicios, este suplemento pretende dar a conocer los elementos básicos del método para realizar un proceso clínico mostrando el resultado de nuestra propia experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Selye H. The Stress Concept Today. In: Kutash IL, Schlesinger LB, eds. Handbook of Stress and Anxiety. San Francisco: Jossey-Bass, 1980.
- Bakan D. Disease, Pain, & Sacrifice. Toward a Psychology of Suffering. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1968. Traducción: Enfermedad, Dolor y Sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Freud S. Más allá del principio del placer. En: Obras Completas. Vol. XVIII, cap.VI. 6a. reimpression. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu, 1995.
- Stekel W. Die Sprache des Traumes. Eine Darstellung der Symbolik und Deutung des Traumes in ihren Beziehungen zur kranken und gesunden Seele für Ärzte und Psychologen. Wiesbaden: J.F. Bergmann, 1911.
- López-Ibor JJ. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(1):1-9.
- Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York, NY: Doubleday, 1961. Traducción: Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu Editores, 1972.
- Thornicroft G, Bebbington P. Deinstitutionalisation—from hospital closure to service development. Br J Psychiatry. 1989 Dec;155:739-53.
- Christodoulou G. Psychiatric reform revisited. World Psychiatry. 2009;8(2):121-2.
- Kolle K. Die endogenen Psychosen. Das delphische Orakel der Psychiatrie. Munch Med Wochenschr. 1955 Feb 4;97(5):135-8; Feb 11;97(6):170-3; Feb 18;97(7):202-5.
- Plum F. Prospects for research on schizophrenia. 3. Neurophysiology. Neuropathological findings. Neurosci Res Program Bull. 1972;10(4):384-8.
- Szasz T. El segundo pecado. Madrid: Ediciones Martínez Roca, 1992.
- Szasz TS. La ética del psicoanálisis. Madrid: Gredos, 1971.
- Zubin J, Spring B. Vulnerability: A New View on Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 1977;86:103-26.
- Goh C, Agius M. The stress-vulnerability model how does stress impact on mental illness at the level of the brain and what are the consequences? Psychiatr Danub. 2010 Jun;22(2):198-202.
- Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zschr. Neurol. 62, 1920. También en: The Forms in which Insanity Expresses Itself. Journal of Mental Science. 1922;68:295-6. y The manifestations of insanity. History of Psychiatry 1992;3(12):504.
- Hyman SE. Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis. Psychopathology. 2002 Mar-Jun;35(2-3):139-44.
- Möbius PJ. Über hereditäre Nervenkrankheiten. (Volkmann's) Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig: A. Meiner, 1879.
- Morel B. Traité des maladies mentales. Paris: Masson. 1852-1853; 2nd edition, 1860.
- Darwin Ch. On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life. London: John Murray, 1859. Traducción: Darwin CR. Origen de las especies por medio de la selección natural o la conservación de las razas favorecidas en la lucha por la existencia. Madrid and Paris: Biblioteca Perojo, 1877.
- Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. Psychol Rev. 1992;99(2):232-47.
- Wakefield JC. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. Am Psychol. 1992;47(3):373-88.
- Yates PD. Understanding Managed Care: A primer for the World Psychiatric Association Congress Manage or Perish. Geneva Switzerland. En: Guimón J, Sartorius N, eds. Manage or Perish? New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999.
- Reneses B. El equipo interdisciplinar en salud mental. En: Guimón J, de la Sota E, Sartorius N, eds. La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003.
- Irwin RS, Richardson ND. Patient-Focused Care. Chest. 2006;130:735-825.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html>
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. CDBE 2010 Study Group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Oct;21(10):718-79. <http://www.oecd.org/dataoecd/26/24/48406859.pdf>;
- http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/life-expectancy-at-birth-total-population_20758480-table8
- Baca E, Lázaro J. Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Ed. Traicastela, 2002.
- Fulford KW. The value of evidence and evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. J Eval Clin Pract. 2011 Oct;17(5):976-87.
- Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. BMJ. 2002 Oct 26;325(7370):961-4.
- Pérez Blanco V, Alarcón Gascuena P. La gestión de procesos. En:

- Manual de Calidad Asistencial. Valladolid: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2009; p. 275-88.
33. Ferrándiz Santosa J, Rodríguez Balo A. El diseño de la calidad. La gestión por procesos. *Jano* 2004;LXVI(1.520):69-72.
 34. Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87:225-30.
 35. McGorry PD. Staging in Neuropsychiatry: A Heuristic Model for Understanding, Prevention and Treatment. *Neurotox Res*. 2010;3:E pub.
 36. McGorry P, Purcell HI, Yung A, Pantelis C, Janik VM. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *MJA*. 2007;187:40-2.
 37. McGorry P, Hickie I, Yung A, Pantelis C, Jackson H. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:616-22.
 38. Howes OD, McGuire PK, Kapur S. Understanding pathophysiology is crucial in linking clinical staging to targeted therapeutics. *World Psychiatry*. 2008;7:162-3.
 39. Hetrick S, Parker A, Hickie I, Purcell R, Yung A, McGorry P. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychother Psychosom*. 2008;77:263-70.