

El uso de indicadores para la gestión de Servicios de Salud Mental

Inacia Bezerra de Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>

Filipe Andrade Bernardi³

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-5470>

Diego Bettiol Yamada^{2,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-6221-722X>

Andre Luiz Teixeira Vinci⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3743-0250>

Rui Pedro Charters Lopes Rijo⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-9348-0474>

Domingos Alves⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-0800-5872>

Antonia Regina Ferreira Furegato¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>

Objetivo: identificar indicadores que se puedan utilizar en la gestión de Servicios de Salud Mental. **Método:** revisión integradora en la que adoptamos la estrategia Población, Concepto y Contexto para formular la siguiente Pregunta Orientadora: "¿Qué indicadores se pueden utilizar para la gestión de servicios de salud mental?". **Resultados:** se incluyó un total de 22 artículos y se los dividió en dos grupos principales: países con ingresos altos iniciales (54%) y países con ingresos bajos y medios (46%). Identificamos 5 estudios que habían experimentado el uso de indicadores, 5 estudios que habían reportado implementación parcial, 9 estudios que no reportaron uso o implementación, 1 estudio sobre el proceso de selección de indicadores, 1 como piloto de implementación y un estudio final con una discusión para la implementación. Los países de ingresos altos también tienen dificultades para implementar indicadores de salud mental. Las principales dificultades para adoptar el uso de indicadores son la falta de servicios básicos de salud mental, recursos económicos, legislación, interés político y directrices para su gestión. **Conclusión:** es inusual encontrar una comparación descriptiva de los programas de monitoreo de la calidad a nivel de sistema en la literatura técnico-científica relacionada con indicadores de salud mental.

Descriptor: Indicadores de Salud; Administración en Salud Pública; Servicios de Salud Mental; Administración de los Servicios de Salud; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Directrices para la Planificación en Salud.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, São Carlos, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Instituto Politécnico de Leiria, Escola de Tecnologia e Gestão, Leiria, Leiria, Portugal.

Cómo citar este artículo

Lima IB, Bernardi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, Furegato ARF. The use of indicators for the management of Mental Health Services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3409. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>.

URL

mes día año

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido cuatro objetivos prioritarios en su Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020⁽¹⁾: fortalecer el liderazgo y la gobernanza efectivos para la Salud Mental (SM); proporcionar servicios de salud mental y social integrales, integrados y receptivos en entornos comunitarios; implementar estrategias de promoción y prevención en SM; y fortalecer sistemas de información, evidencia e investigación para SM⁽¹⁻²⁾. Uno de los principios para lograr estos objetivos de la OMS es el uso de indicadores que son importantes para monitorear los datos de los sistemas de SM. La OMS recomienda que el 80% de todos los países recopile y notifique al menos un conjunto básico de Indicadores de Salud Mental (ISM) y que esta acción se lleve a cabo a través de sus sistemas nacionales de información social y sanitaria antes de finalizar el año 2020⁽³⁾. Además, también proporciona un conjunto de indicadores clave para evaluar los niveles de implementación, progreso e impacto de las metas definidas. Luego de publicado el plan de acción, la OMS lanzó el Atlas de Salud Mental de 2014 y 2017 para monitorear el progreso de los países en el logro de las metas establecidas⁽⁴⁻⁵⁾.

Más de 450 millones de personas padecen enfermedades mentales y se subestima la carga mundial de enfermedades mentales. Investigaciones recientes sugieren que esta carga representa el 32,4% de los años vividos con discapacidad y el 13,0% de los años de vida ajustados por discapacidad. Esta es una preocupación particular en países de ingresos bajos y medios (PIBM) donde se registra más del 70% de las enfermedades mentales⁽⁶⁾.

En las últimas dos décadas, ha habido un gran número de publicaciones y revisiones sobre el uso de guías de SM⁽⁷⁻⁸⁾. A pesar de la proliferación de guías basadas en la evidencia para el tratamiento de trastornos mentales, no existe consenso sobre qué recomendaciones deben usarse⁽⁹⁾. Un conjunto de indicadores debe seguir los patrones de uso esperados, junto con los datos pertinentes y necesarios, además de la precisión de la validez para informar los méritos de las prácticas y los procesos evaluados⁽¹⁰⁾. Se encontró una cantidad limitada de "indicadores evaluativos" en los hallazgos relacionados con SM para registrar o medir las propiedades, el proceso y la interpretación del uso y de los resultados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Este escenario muestra la falta de enfoque en este aspecto antes de la publicación del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS de 2013 a 2020, y que ahora es necesario conocer los posibles avances derivados de la acción basada en dicho documento.

A pesar de las recomendaciones de la OMS, es posible encontrar en la literatura diferencias en los grupos de indicadores, el nombre de los indicadores, cómo se definen y a qué categoría pertenece cada uno^(1,12). Por lo tanto, es importante buscar evidencia sobre el desempeño del indicador para la gestión de SM a partir de la experiencia del análisis de uso, destacando las diferencias y los consensos de interpretaciones. De esta forma, realizaremos una revisión integradora de la literatura técnico-científica, con el objetivo principal de identificar indicadores que puedan ser utilizados para la gestión de servicios de SM. En este estudio también analizaremos la evolución de los servicios de salud mental en diferentes contextos y países, el desarrollo de indicadores y el progreso de su implementación. Finalmente, es importante resaltar que este estudio es parte de un estudio multicéntrico internacional, que involucra a investigadores de Brasil y Portugal.

Método

Este estudio de Revisión Integradora se preparó de acuerdo con el método descrito en el Manual de Revisores del Joanna Briggs Institute 2015 – JBISIRI⁽¹³⁻¹⁴⁾. El estudio mapeó los conceptos principales, lo que permitió esclarecer las áreas de investigación e identificar brechas de conocimiento. Esto se puede hacer mediante una evaluación de la viabilidad, importancia y adecuación de la práctica de atención médica recomendada. En nuestro escenario, esto es fundamental para comprender la evolución y el estado actual de los servicios de de ISM en diferentes contextos y países.

Sin embargo, esta revisión integradora no es en sí misma una contribución normativa. No tiene como objetivo proponer o argumentar qué indicadores y valores básicos deberían guiar a los ISM, aunque se enfatiza la importancia de dicho trabajo. En cambio, la Revisión Integradora tiene una función descriptiva y analítica. Busca proporcionar una descripción general de los problemas que han surgido en los ISM y qué orientación existe sobre cómo abordarlos e informar los esfuerzos en curso para desarrollar pautas significativas y completas para la práctica.

Se propuso una estructura de seis temas: (1) Identificar la pregunta orientadora (PO) de la investigación; (2) Identificar estudios relevantes; (3) Seleccionar estudios; (4) Seleccionar y almacenar datos; (5) Cotejar, resumir e informar resultados; y (6) Análisis de resultados – Discusión⁽¹⁵⁾.

1: *Identificar la PO de la investigación.* Para cumplir con los requisitos de la revisión integradora, la PO de la investigación debe establecer adecuadamente la evidencia fundamental para el argumento. También debe determinar la incorporación del análisis, promoviendo cantidad de

información en las bases de datos, con menos búsquedas innecesarias⁽¹³⁾.

Para elaborar la PO de la investigación, adoptamos la estrategia de Población, Concepto y Contexto (PCC). Con esta estrategia, en este estudio, formulamos la siguiente PO: "¿Qué indicadores se pueden utilizar para la gestión de servicios de SM?", donde Población se refiere a los ISM, Concepto se refiere al uso en la gestión y Contexto se refiere a los servicios de SM.

Cabe destacar que la población puede incluir los artículos seleccionados para su inclusión y debe estar relacionada con los objetivos de la revisión integradora. El Concepto debe estar claramente articulado para el carácter integrador y la amplitud de la encuesta. El Contexto debe estar claramente definido y puede incluir consideraciones de factores culturales, como la ubicación geográfica y/o intereses raciales o de género específicos. En algunos casos, el Contexto también puede cubrir detalles sobre escenarios específicos como el sistema de salud⁽¹⁵⁾.

El marco sugiere una PO de investigación amplia y claramente articulada, que define conceptos, población objetivo, resultados de salud, y que sea integradora, al tiempo que tenga en cuenta el objetivo y la justificación de la revisión⁽¹⁵⁾.

2: *Identificar estudios relevantes.* Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: *Web of Science, National Library of Medicine - PubMed, Science Direct, MEDLINE y Scopus.* Además, se realizaron búsquedas adicionales en bases de datos con la mayoría de los artículos en portugués y español, a saber: *Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Latin-American and Caribbean System on Health Sciences Information (LILACS).* En estas búsquedas, utilizamos las palabras clave seleccionadas y una traducción de los descriptores seleccionados por los Descriptores de Ciencias de la Salud⁽¹⁶⁾.

3: *Seleccionar estudios.* El procedimiento de búsqueda se orientó de acuerdo con la combinación de palabras clave derivadas de la estrategia PCC de este estudio y descriptores controlados y no controlados del *Medical Subject Headings - MESH*, un diccionario de sinónimos de vocabulario controlado para indexar artículos⁽¹⁶⁾. Para combinar dichos términos, se consideraron los operadores booleanos AND, OR y NOT para componer las consultas de búsqueda en las referidas bases de datos, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Dentro de la estrategia PCC, los descriptores controlados de búsqueda fueron los siguientes: Población (P): "Quality Indicators, Health Care" OR "Health Status Indicators" OR "Health Planning Guidelines"; descriptores no controlados para Población: "Quality Indicators, Healthcare" OR "Healthcare Quality Indicator" OR "Healthcare Quality Indicators" OR "Indicator,

Healthcare Quality" OR "Indicators, Healthcare Quality" OR "Quality Indicator, Healthcare" OR "Global Trigger Tool, Healthcare" OR "Healthcare Global Trigger Tool" OR "Health Status Indicator" OR "Indicator, Health Status" OR "Indicators, Health Status" OR "Health Status Index" OR "Health Status Indices" OR "Index, Health Status" OR "Indices, Health Status" OR "Health Status Indexes" OR "Indexes, Health Status" OR "Health Risk Appraisal" OR "Appraisal, Health Risk" OR "Appraisals, Health Risk" OR "Health Risk Appraisals" OR "Risk Appraisal, Health" OR "Risk Appraisals, Health" OR "Guideline, Health Planning" OR "Guidelines, Health Planning" OR "Health Planning Guideline" OR "Planning Guideline, Health" OR "Planning Guidelines, Health" OR "Guidelines for Health Planning. Descriptores controlados para Concepto (C): "Health Facility Administration" OR "Public Health Administration" OR "Hospital Administration" OR "Health Services Administration"; descriptores no controlados para Concepto: "Administration, Health Facility" OR "Facility Administration, Health" OR "Administration, Public Health" OR "Administration, Hospital" OR "Hospital Organization and Administration" OR "Organization and Administration, Hospital" OR "Administration, Health Services". Descriptores controlados para Contexto (C): "Mental Health" OR "Mental Health Services"; descriptores no controlados para Contexto: "Health Services, Mental" OR "Health Service, Mental" OR "Mental Health Service" OR "Service, Mental Health" OR "Services, Mental Health".

Los criterios de inclusión de los artículos recuperados de la búsqueda en las bases de datos fueron los siguientes: publicaciones en idiomas dominados por los autores (inglés, español y portugués); publicaciones en los últimos 15 años (2003-2018) que fueron determinadas por su compatibilidad con los estudios utilizados en el Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020⁽¹⁾; artículos publicados; estudios cualitativos y cuantitativos; las fuentes de búsqueda pueden incluir cualquier literatura ya existente, es decir, estudios de investigación primaria, revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios vinculados a países que tienen un sistema de salud pública, y que la búsqueda se deje "abierta", permitiendo así la inclusión de todos los documentos y justificaciones.

Los criterios de exclusión se indicaron de la siguiente manera: estudios extraídos de la revisión integradora deseada; artículos y documentos que no estaban disponibles en formato electrónico o a los cuales no se pudo acceder debido a restricciones de pago; artículos relacionados con países que no cuentan con un sistema de salud pública; indicadores de otras áreas de la salud, sitios web y anuncios en los medios.

4: *Seleccionar y almacenar datos.* La organización de este proceso se realizó mediante dos programas de software,

Mendeley (<https://www.mendeley.com>) y Rayyan (<https://rayyan.qcri.org/>), para gestionar y compartir documentos de investigación.

5: *Cotejar, resumir e informar resultados*. Este paso consistió en la elaboración de una síntesis narrativa en la que se describieron los objetivos y propósitos de los documentos seleccionados y revisados, los conceptos adoptados y los resultados relacionados con el tema de esta revisión⁽¹⁷⁾.

6: *Análisis de resultados – Discusión*. Finalmente, se analizaron los artículos obtenidos entre países de altos ingresos (PAI) y PIBM, así como de qué manera hacen uso de los ISM en la gestión de servicios, recursos financieros y políticas para la creación e implementación de indicadores ISM.

Este estudio es parte de un proyecto multicéntrico internacional más amplio que involucra a investigadores de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto y de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto en Brasil, en asociación con el Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Por ello, es importante resaltar que los pasos descritos anteriormente se realizaron con la participación de estos investigadores.

Resultados

Realizamos una búsqueda estructurada con estrategias definidas en las respectivas plataformas

de bases de datos, junto con descriptores controlados, descriptores no controlados y palabras clave. Como resultado, se obtuvieron 929 artículos entre todas las bases de datos y, después de un análisis de duplicidad, se eliminaron 125 artículos. Luego, utilizando los procedimientos definidos y refinados a partir de los criterios de inclusión y exclusión combinados con la PO de este estudio, una selección inicial de los títulos y resúmenes de los trabajos académicos arrojó como resultado la exclusión de 804 registros. Posteriormente, se realizó una lectura de texto completo de los trabajos académicos que quedaron con el objetivo de identificar los artículos que abordaran la PO de este estudio. Como resultado de este paso, se seleccionó un total de 22 artículos para formar parte de la Revisión Integradora. Los criterios de selección aplicados en esta Revisión Integradora fueron realizados por dos investigadores y sometidos a un tercero para su revisión.

Con el fin de organizar los informes y presentar los resultados sistemáticos de acuerdo con el enfoque propuesto, utilizamos los *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). La selección de los estudios elegidos en este estudio se resumió en el diagrama de flujo PRIISMA de 4 pasos: identificación, selección, elegibilidad e incluidos⁽¹⁸⁾.

Una breve presentación de este proceso y sus características se puede ver en el diagrama de flujo de PRISMA que se presenta en la Figura 1.

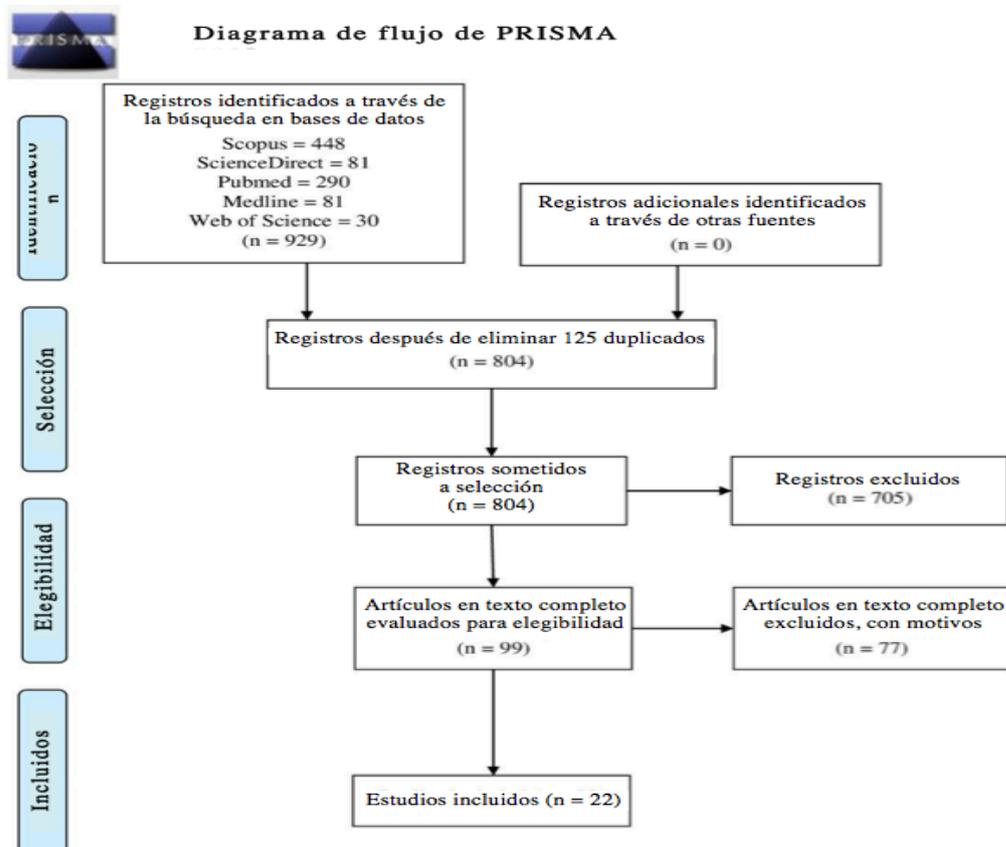


Figura 1 - Diagrama de flujo de PRISMA 2009 adaptado⁽¹⁷⁾

Presentamos el análisis de los 22 estudios identificados en la búsqueda en las bases de datos. Inicialmente, dividimos los hallazgos en dos grupos principales: países PAI (54%) y países PIBM (46%). Además, los estudios se organizaron por orden cronológico. En el primer grupo, presentamos los estudios realizados para los PAI, mientras que las principales características del segundo grupo son los PIBM. Luego, cada grupo se clasificó en subgrupos conformes en características de la población estudiada, es decir, se categorizaron los estudios que involucraron a un grupo de países, países o regiones de países. A continuación,

mostramos un análisis más detallado de los estudios encontrados, siguiendo la división anterior descrita, de acuerdo con sus niveles de ingresos.

Considerando los estudios en el grupo principal de países PAI, identificamos 5 artículos relacionados con el grupo de países, los trabajos académicos pertenecientes a la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) y los Servicios de Marketing Intercontinental (*Intercontinental Marketing Services, IMS*)⁽¹⁹⁻²³⁾, como se muestra en la Figura 2 a continuación.

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Psychosocial well-being and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators ⁽¹⁹⁾	Revisar macro indicadores capaces de proporcionar una descripción sintética del estado de la salud mental y la disponibilidad de atención psiquiátrica en países europeos.	Europa (OCDE, EUROSTAT ² e IMS ³)	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
New perspectives of mental health service ⁽²⁰⁾	El estudio busca metodologías para el uso de indicadores de salud, en función de las características de los usuarios de los servicios de salud	Italia, Austria, Estonia, Finlandia, Francia, Italia, España, Noruega, Rumania y Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte)	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Monitoring of mental health care at the system level: country profiles and EU' country status ⁽²¹⁾	Proporcionar una descripción general del estado de los programas de seguimiento de la calidad en países europeos.	Inglaterra, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Portugal y Suecia	Implementación parcial
Reporting and use of OECD ¹ Quality Indicators for Health Care at the national and regional levels in 15 countries ⁽²²⁾	Explorar informes sobre el uso de indicadores de calidad en países miembros de la OCDE	Bélgica, Canadá, República Checa, Francia, Alemania, Irlanda, Israel, Letonia, Países Bajos, Noruega, Nueva Zelanda, Eslovaquia, Suecia, Estados Unidos y Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte)	Implementación parcial
UK Quality Indicator Project [®] (UK QIP) and the UK (England, Scotland, Wales and Northern Ireland) independent health care sector: a new development ⁽²³⁾	Describir la implementación del Proyecto de Indicadores de Calidad del Reino Unido en el sector de la salud	Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte)	Implementación en uso

*UE = Unión Europea; ¹OCDE = Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; ²EUROSTAT = Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas; ³IMS = *Intercontinental Marketing Services*

Figura 2 - Regiones de altos ingresos

Los estudios restantes consistieron en 6 relacionados con países PAI⁽²⁴⁻²⁹⁾ y uno relacionado con una región específica de altos ingresos⁽³⁰⁾, como se muestra en la Figura 3 a continuación.

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Overview of the healthcare system in the Czech Republic ⁽²⁴⁾	Describir el sistema de salud mental checo a través de indicadores de población	República Checa	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Development of Mental Health Indicators in Korea ⁽²⁵⁾	Desarrollar formas de medir el estado de la salud mental en Corea mediante el análisis de indicadores en otras regiones	Corea del Sur	Solo se seleccionaron indicadores
Call for information, call for quality in mental health care ⁽²⁶⁾	Construir un modelo para mejorar la calidad del sistema de mediación de servicios de salud mental en los niveles regionales y locales	Italia	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Size Matters - Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services ⁽²⁷⁾	Explorar la calidad y cantidad de los servicios de salud mental relacionados con el abuso de sustancias y evaluar la correlación entre las necesidades de la población y la disponibilidad de esos servicios	Finlandia	Implementación en uso

(la Figura 3 continúa en la próxima pantalla)

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Quality indicators for the referral process from primary to specialized mental health care: an explorative study in accordance with the RAND* appropriateness method ⁽²⁸⁾	Desarrollar indicadores de calidad para detectar el impacto de la calidad de la información de derivación de la atención primaria a la especializada en salud mental sobre la calidad de los servicios de salud mental	Noruega	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany ⁽²⁹⁾	Describir los resultados más recientes de los programas de garantía de la calidad de servicios de salud mental en Alemania	Alemania	Implementación en uso
Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure ⁽³⁰⁾	Describir el desarrollo de un conjunto de indicadores de desempeño que sean factibles, significativos y útiles para evaluar la calidad del sistema público de salud mental en Ámsterdam	Países Bajos	Implementación piloto

*RAND = El RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) fue desarrollado a mediados de la década de 1980, como parte del Estudio de utilización de servicios de salud de RAND Corporation/University of California Los Angeles (UCLA), principalmente como un instrumento para permitir la medición del uso excesivo e insuficiente de procedimientos médicos y quirúrgicos

Figura 3 - Países de altos ingresos

Para el otro grupo de estudios seleccionados, identificamos 7 artículos relacionados con grupos de PIBM⁽³¹⁻³⁷⁾, como se muestra en la Figura 4 a continuación.

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Financing mental health services in low- and middle-income countries ⁽³¹⁾	Evaluar el impacto de los acuerdos de financiamiento de la atención médica sobre el uso eficiente y equitativo de los servicios de salud mental	Azerbaiyán, Bulgaria, Georgia, Lituania, Kirguistán, Pakistán, Nepal, Tailandia, Malasia, Chile, Kenya, Zambia	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Scale up services for mental disorders: a call for action ⁽³²⁾	Mejorar los servicios de salud mental a través de la búsqueda de financiamiento y monitorear esta mejora a través de indicadores	Chile, Albania, Etiopía, Tailandia, China (Provincia de Hunan), Irán, Nepal, Marruecos, Nigeria, Ucrania, Vietnam, Paraguay	Implementación parcial
Mental health systems in countries: where are we now? ⁽³³⁾	Analizar formas de mejorar los sistemas de salud en países de ingresos bajos y medios	Brasil, India y Sudáfrica	Implementación parcial
Three models of community mental health services in low-income countries ⁽³⁴⁾	Comparar tres modelos de servicios comunitarios de salud mental en entornos de bajos ingresos	Nigeria, Filipinas e India	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Situational analysis: preliminary regional review of the Mental Health Atlas 2014 ⁽³⁵⁾	Consolidar los datos proporcionados para el cuestionario Atlas 2014 por los Estados miembros de la región del Mediterráneo Oriental	22 Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental	Implementación parcial
Indicators for routine monitoring of effective mental health coverage in Low- and Middle-Income Countries (LMIC) environments: a Delphi study ⁽³⁶⁾	Identificar indicadores para evaluar la cobertura efectiva del tratamiento de salud mental a través de un Estudio Delphi	Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Sudáfrica y Uganda	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión
Evaluating capacity-building for mental health system strengthening in low- and middle-income countries for service users and caregivers, service planners and researchers ⁽³⁷⁾	Evaluar el impacto de la formación de recursos humanos en países de ingresos bajos y medios	Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Sudáfrica y Uganda	Los autores no reportan la experiencia de usar los indicadores en la gestión

Figura 4 - Regiones de bajos y medios ingresos

También identificamos un estudio que describe a los PIBM individualmente⁽³⁸⁾, mientras que los otros dos se refieren a regiones específicas de países PIBM⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, tal como se indica en la Figura 5 a continuación.

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Public sector mental health systems in South Africa: Inter-provincial comparisons and policy implications ⁽³⁸⁾	Documentar los niveles actuales de prestación de servicios de salud mental de la salud pública en Sudáfrica y comparar los servicios entre provincias	Sudáfrica	Implementación en uso
Evaluation of results and impact of the first phase of a community based mental health model in localities in Bogotá, D.C. ⁽³⁹⁾	Evaluar el impacto del Modelo de Salud Mental Comunitario a través de indicadores	Colombia	Implementación en uso

(la Figura 5 continúa en la próxima pantalla)

Estudio	Objetivo del estudio	Dimensión territorial	Implementación de indicadores
Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: mixed methods study ⁽⁴⁰⁾	Desarrollar un conjunto básico de indicadores para monitorear la salud mental en entornos de atención primaria a través de un Estudio de métodos mixtos	India	Implementación en debate

Figura 5 - Países de bajos y medios ingresos

De acuerdo con el tema presentado, identificamos que 5 estudios informaron efectivamente la experiencia de usar ISM y 3 de ellos describieron entornos de altos ingresos^(23,27,29,38-39). Otros 5 estudios informaron la implementación parcial de los ISM^(21-22,32-33,35). Otros 9 artículos no informaron el uso o la implementación de indicadores desarrollados^(19-20,24,26,28,31,34,36-37). Otro estudio presentó solamente el proceso de selección de indicadores⁽²⁵⁾. Los últimos dos estudios trataban sobre un piloto de implementación de indicadores IMS⁽³⁰⁾ y una discusión de los IMS para su implementación⁽⁴⁰⁾.

Estudios relacionados con países PAI. Un estudio realizado entre 1980 y 2000 en un grupo de 16 países pertenecientes a la OMS, OCDE; EUROSTAT e IMS demostró el uso de macro indicadores. Sin embargo, mostró que los recursos oficiales para los países europeos indican ausencia de información institucional eficiente y la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud mental en los países europeos⁽¹⁹⁾.

Otro estudio señaló el perfil de 8 países de Europa, que tienen programas para monitorear la calidad de la atención de SM implementados a nivel de sus sistemas. Además, Italia y Alemania están en proceso de desarrollar e implementar dichos programas, mientras que en Portugal un Programa de Monitoreo de Calidad en Atención de Salud Mental (*Quality Monitoring Program in Mental Health Care, QMP-MHC*) comenzó a implementarse en el año 2016⁽²¹⁾. Actualmente, en Portugal, solo se implementan indicadores generales para el seguimiento del uso relacionado con la atención médica. Se implementará un seguimiento específico de la calidad en salud mental. Todos los países, excepto los Países Bajos y Francia, utilizan datos administrativos como la principal fuente de indicadores. Esto muestra la relevancia de contar con bases de datos disponibles confiables, como las proporcionadas por los datos de reclamos o los registros de uso de la atención médica, para facilitar la implementación de la garantía de calidad basada en indicadores. Es más probable que los indicadores que se construyen a partir de datos administrativos evalúen lo que es más fácil de medir que lo que es relevante. Dinamarca, Inglaterra, Alemania, Holanda y Portugal también utilizan datos clínicos notificados, mientras que los Países Bajos solo utilizan datos clínicos o de pacientes. La evidencia demuestra que los mejores resultados en

los sistemas de monitoreo de calidad se obtienen si se utilizan metodologías de monitoreo y retroalimentación⁽²¹⁾.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) realizó un estudio entre junio y diciembre de 2014 entre sus 37 países miembro⁽²²⁾. El objetivo de este estudio en particular fue explorar la presentación de informes y el uso de los Indicadores de calidad de la atención médica (*Health Care Quality Indicators, HCQI*) de la OCDE en sus estados miembros. Los informes de estos países se centraron con mayor frecuencia en enfermedades específicas y sistemas/ indicadores de atención en el sector. Los únicos indicadores específicos para la atención de trastornos mentales en el estudio fueron reingresos hospitalarios no planificados por trastornos mentales, reingresos no planificados por esquizofrenia (mismo hospital o uno diferente), reingresos no planificados por trastorno bipolar (mismo hospital o uno diferente) y exceso de mortalidad debido a trastornos mentales (esquizofrenia/trastornos bipolares). Ninguno de los informes de los países contenía respuestas para los cuatro indicadores propuestos por el estudio, y solamente Bélgica y Canadá se refirieron al tratamiento de trastornos mentales. La atención de SM y la atención al paciente con indicadores de atención ambulatoria se reportaron con menor presencia. El indicador menos mencionado fue "exceso de mortalidad por trastornos mentales"⁽²²⁾.

En un estudio más específico para los países PAI, la experiencia italiana en el uso de indicadores clínicos es desigual, aunque la reforma psiquiátrica de Italia en 1978 y la legislación reciente han delegado la responsabilidad de planificar, coordinar y brindar atención de SM a las regiones⁽²⁶⁾. Después de 30 años de reforma psiquiátrica, aún persisten desigualdades en términos de recursos y prestación de servicios y en términos de tecnología de la información y uso de sistemas de información. Aún así, en los países PAI, tenemos a los Países Bajos que buscaron desarrollar indicadores de desempeño con el fin de mejorar el sistema de SM. Sin embargo, los resultados de este estudio se centraron en una implementación piloto de indicadores ISM⁽³⁰⁾. En Noruega, un estudio publicado en el año 2004 tuvo como objetivo desarrollar un conjunto de indicadores de calidad para detectar el impacto en la calidad de los servicios de SM. Los participantes de los grupos focales enfatizan que el contexto local puede tener implicaciones para la interpretación de los datos

del indicador y señalaron las dificultades para llegar al numerador y denominador y para definir los indicadores de calidad de los servicios de SM. Por lo tanto, el estudio no informó la implementación ni el uso de los indicadores de calidad seleccionados⁽²⁸⁾.

Estudios relacionados con países PIBM. El primer estudio en este grupo demostró que más del 85% de la población mundial vive en 153 países PIBM, de los cuales entre el 20% y el 30% no tienen políticas, programas ni legislación de SM. Dentro de las regiones de la OMS, el 80% de los 191 países tenían una política o un programa de SM y el 70% tenía legislación sobre SM. El análisis entre regiones muestra diferencias importantes, por ejemplo: el 92% de los países pertenecientes a la región europea tienen una política, un programa y/o legislación de SM. Sin embargo, solo el 55% de los países de la Región del Mediterráneo Oriental (RMO) cuenta con una política, un programa y/o legislación de SM⁽³³⁾.

El grupo de países de la RMO tiene 11 PIBM que no tienen una política, un programa y/o legislación de SM. En las regiones de África y el sudeste asiático, un total del 70% y el 50% de sus países, respectivamente, gastan menos del 1% de su presupuesto de salud en la atención de SM. Mientras que el 60% de los países europeos gasta más del 5% de su presupuesto de salud en la atención de SM. Solo tres países africanos informaron haber gastado más del 5% de sus recursos financieros de SM⁽³³⁾.

Otro hallazgo del estudio es que la brecha de tratamiento para personas con problemas de SM en países de ingresos bajos y medios está marcada por la cantidad de personas que necesitan atención y las que la reciben. Además, un estudio reciente tuvo como objetivo mejorar los resultados de la salud mental en entornos de seis países PIBM (Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Sudáfrica y Uganda) en los que buscan evidencia y capacidad para mejorar el sistema de salud, incluido el desarrollo, uso y monitoreo de indicadores^(36,41).

A través de un estudio de 10 años, se estimó que se necesitaría una inversión adicional de hasta USD 20 por persona/año para los países de bajos ingresos, y de hasta USD 30 para los de ingresos medios, lo que daría como resultado un gasto objetivo de USD 2 y USD 3-4 por persona, respectivamente. En comparación con otras inversiones, por ejemplo, el costo total estimado de aumentar el paquete de atención médica neonatal al 90% de cobertura se estimó en USD 5-10 *per capita*. Mientras tanto, el costo del acceso universal a servicios básicos de salud se ha estimado en más de USD 30 por persona por año⁽³²⁾.

Otro estudio indicó que 22 Estados miembro de la RMO tienen políticas de SM independientes que se han actualizado durante los últimos 10 años. Debe revisarse la legislación entre políticas de SM mediante

instrumentos internacionales de derechos humanos e indicarse que se implementan parcialmente⁽³⁵⁾. Los países de la región tienen al gobierno como su principal fuente de financiación (77%). Sin embargo, en el resto de países, la principal fuente de financiación puede ser hogares (2 países), organizaciones no gubernamentales (1 país) o desconocidas (2 países no informaron).⁽³⁵⁾.

Discusión

En todos los estudios seleccionados, los autores señalan la relevancia de utilizar indicadores ISM. De acuerdo con las directrices de la OMS en su Plan de Acción, varios países han intentado definir un conjunto adecuado de indicadores en la práctica de los servicios de salud mental^(1,35). Sin embargo, los resultados que muestran los ISM tienen diferentes usos para la mejora de la gestión, las políticas y el servicio^(22,35). Además, algunos países están involucrados en el proceso de discusión y en la recopilación de los indicadores necesarios^(21,33). No obstante, algunas iniciativas para la implementación de indicadores ISM se encuentran en proceso de implementación parcial o en implementación de proyectos piloto, lo que sugiere que aún se desconoce la efectividad de estos indicadores⁽²⁶⁾. En los países PIBM, los estudios de investigación sobre los ISM se realizaron con muchas dificultades debido a: falta de servicios básicos de salud mental; recursos financieros; legislación e interés político; pautas de manejo de SM; y sistemas de integración de datos de SM^(36,41-42).

En la última década, la salud mental global ha surgido como un área importante de expresión e investigación con la necesidad de desarrollar servicios de SM en países de ingresos medios. Sin embargo, al comparar los recursos financieros de salud empleados en SM, es un error creer que la atención mejorada en SM solo es necesaria en los países más pobres. La comprensión general de la salud debería consistir en mejorar la salud mental en todas partes, incluidos los países PAI. Si bien estos países tienen sistemas planificados por el estado, crean servicios de SM ineficientes y toman decisiones que no involucran adecuadamente a quienes utilizan los servicios, volviéndolos inaccesibles e indiferentes⁽⁴³⁾.

Los indicadores de calidad de los resultados solo se utilizan ocasionalmente para analizar servicios de SM, y eso se debe a que la mayoría de las jurisdicciones no tiene sistemas de datos clínicos para incorporar indicadores de manera significativa entre los proveedores de SM. Sin embargo, sigue sin conocerse la efectividad de los servicios de salud⁽⁴⁴⁾.

Un proyecto en Francia utilizó la experiencia reportada por los pacientes para evaluar la calidad de la atención de SM admisible para pacientes adultos con

trastornos de SM. Estas medidas convergieron en la disponibilidad, diversidad y capacidad de los recursos de atención de SM, pero no incluyen “lo que les importa a los pacientes”. Se han sugerido otras iniciativas para representar las opiniones de los pacientes, como el sistema de información de resultados del paciente. Este trabajo ha sido de gran interés en Francia, donde se han venido reportando importantes disparidades regionales en el sistema de SM, sin cambios significativos en las últimas décadas⁽⁴⁵⁾.

El proceso de implementación de los ISM es una tarea difícil incluso para los países europeos. Portugal puede tomarse como ejemplo, con su Plan Nacional de Salud que se está ejecutando durante el período 2017-2020; sin embargo, los ISM no se han implementado utilizando propuestas hechas por el Grupo de Trabajo. Sin embargo, estas medidas propuestas no cuentan con una estrategia integrada para la promoción y prevención de la SM. Según el informe, estos cambios solo serán posibles si se desarrollan en el marco de equipos de coordinación que tengan capacidad de acción a nivel intersectorial⁽⁴⁶⁾.

Además, esta es una preocupación particular en los países PIBM, donde se registra más del 70% de las enfermedades mentales. Se ha destacado el escaso acceso a los servicios de SM, que oscila entre menos del 50% y menos del 10% en muchos países. En los países de ingresos bajos y medios, la diferencia entre quienes necesitan tratamiento y la disponibilidad de recursos es de casi el 90%⁽⁴⁷⁾.

En el caso de Brasil, India y Sudáfrica, un estudio señala que los recursos financieros destinados son muy escasos y que cuentan con recursos humanos e infraestructura inadecuados para SM. En el estudio, India informó que el programa nacional se implementó solo en pequeños puntos (ubicaciones), después de dos décadas de su aceptación, debido a la falta de asignación presupuestaria para uso nacional. En el caso de Sudáfrica, el estudio sugirió que la política y la legislación de SM no se traducen automáticamente en servicios de SM adecuados si no están claramente definidos por un programa nacional integral⁽³³⁾. En Brasil, se produjeron importantes avances en la década de 1980, como cambios en la política y fortalecimiento de la fuerza laboral. Esto derivó en una importante reforma del sistema de SM; cambios en la prestación de cuidados con la creación de nuevos Centros Psicosociales Comunitarios (CAPS); y servicios de salud mental especializados para brindar atención ambulatoria^(12,48). Sin embargo, hasta hace poco tiempo, el único indicador específico para la evaluación de servicios especializados de SM utilizado en Brasil era la cantidad de centros CAPS, mientras que otros indicadores para los aspectos de SM de la atención primaria también eran computados por el Programa de Mejora del Acceso y la

Calidad en la Atención Primaria (PMAQ)⁽⁴²⁾. En la actualidad, Brasil viene utilizando un indicador definido a través del Pacto Inter-Federativo 2017-2021, que se refiere a un conjunto de acciones de matrices sistemáticas realizadas por el CAPS en alianza con equipos de atención primaria⁽⁴⁹⁾.

Las reformas políticas en el país y el compromiso de los profesionales de la salud para brindar atención en el sistema de atención primaria de salud fueron los principales facilitadores de su éxito. Sin embargo, es necesario superar muchos obstáculos, preocupaciones como la distribución y cobertura desigual de los servicios comunitarios en todas las regiones, así como la incapacidad del gobierno para aumentar los recursos para la atención de SM siguen siendo desafíos importantes. El efecto de los cambios en la política de prestación de servicios de SM en todo Brasil debe evaluarse periódicamente para mejorar y afinar el sistema^(12,42). Por lo tanto, los indicadores brasileños existentes en SM no pueden sustentar evaluaciones consistentes del modelo adoptado en los últimos años y es necesario crear indicadores que cubran todos los aspectos de SM de la población.

Se señalan algunos obstáculos en la literatura sobre el uso de indicadores y las dificultades en su implementación, los profesionales y gerentes ven estos indicadores como amenazas, debido a su falta de confiabilidad, y como herramientas para penalizar el desempeño deficiente, incluido el temor a sanciones financieras por áreas y la integración del control profesional. Otros problemas indican cierta desconfianza en el uso de evaluadores asociados al gobierno, falta de diagnósticos definidos en gráficos y dificultades para definir límites de intervención. Surgen problemas financieros importantes cuando se habla del uso de indicadores como la falta de equipo y acceso a Internet. Generar indicadores es una tarea costosa que requiere trabajo intensivo y personal externo, esto incluye la necesidad de capacitación en computación y mayor carga de trabajo, así como rutinas y protocolos predefinidos.

Entre otros problemas posibles pueden mencionarse los siguientes: es posible que los servicios de información no se registren en los registros médicos o sean difíciles de encontrar; falta de claridad y acuerdo sobre la entrada de datos; falta de tiempo para los profesionales dedicados a la planificación; y falta de personal para adaptarse a los cambios de uso de indicadores⁽⁵⁰⁾.

Para que la SM encuentre indicadores sólidos y ampliamente aceptados de salud y enfermedad mental, debe darse una mejora en la calidad de la atención y en la atención en los servicios de salud. Nuestros resultados refuerzan la importancia de los indicadores en todas las fases del proceso salud mental-enfermedad y, por lo tanto, para toda la red de servicios de salud. Con estos resultados, parece importante que los servicios

especializados de prevención psiquiátrica implementen programas de promoción de la salud dirigidos específicamente a pacientes psiquiátricos^(20,51).

Una limitación de esta revisión es que debe involucrar una búsqueda detallada de los documentos normativos; solo consultamos y comparamos datos encontrados en artículos científicos, hubo dificultades para encontrar fuentes de datos con información de indicadores, método de cálculo y sistemas de información de cada país. Se está realizando un trabajo complementario a este estudio para obtener indicadores ISM que se adapten a los Sistemas de Información en Salud de Brasil y que se puedan implementar con los datos disponibles⁽⁵²⁾.

Un punto fuerte de esta revisión es que indica que, al extraer conocimiento sobre el uso de un conjunto de indicadores ISM, es posible comprender la fase de implementación de indicadores en diferentes regiones del mundo y compararlos entre sí. Las iniciativas de ISM de varios países se encontraban en fase de implementación o desarrollo y esto refleja la falta de madurez y consistencia en la aplicación de los ISM en la mayoría de los países. Con base en los ISM evaluados en este estudio, observamos que no existe consenso sobre su uso para el manejo de la SM. Además, confirmamos los hallazgos anteriores de que no existe consenso sobre la definición, método de cálculo y nivel de gestión de los indicadores que se utilizan.

Conclusión

Los principales hallazgos de esta revisión demuestran que es inusual encontrar una comparación descriptiva de los programas de monitoreo de calidad a nivel de sistema en la literatura técnico-científica relacionada con la SM. Esto ocurre no solo porque dichos sistemas son poco comunes o están en desarrollo, sino también porque la mayoría de los programas son administrados por agencias públicas nacionales cuyo propósito no es publicar resultados en la literatura científica. Las iniciativas globales están en marcha y procuran expandir los servicios de SM para abordar la brecha de tratamiento y atención.

Los indicadores son importantes herramientas de información para mapear avances, retrocesos o estancamiento en diferentes aspectos y sectores de la sociedad. No se ha encontrado ningún análisis de indicadores por parte de los sistemas públicos y privados de financiamiento de la salud, incluso en países que cuentan con ambos sistemas. Los indicadores de cada sistema pueden presentar diferencias relevantes para el análisis. En este sentido, esta revisión contribuye a este escenario extrayendo conocimiento y estableciendo un marco actualizado sobre el uso de indicadores ISM para la atención y el manejo de la SM.

Cuando mencionamos la importancia de usar indicadores, señalamos que están destinados a ayudar a las personas, comprender el desempeño de los servicios de salud comunitarios y brindar información fácil y conveniente para reflejar cambios en el tiempo y evaluar el desempeño apropiado del servicio para satisfacer de manera efectiva las necesidades de los clientes. En el desarrollo de indicadores, los pacientes y la integración de indicadores procuran comprender los problemas de SM, incluidos trastornos mentales; recursos, mano de obra calificada, instalaciones y finanzas; servicios de SM; riesgos; factores protectores, etc. Mejoran el estado de la SM, los factores, el sistema y la calidad de los servicios de SM para incluir prevención, tratamiento, manejo continuo e intervenciones tempranas. Los países desarrollados invierten en indicadores ISM sistemáticamente sobre la base de fundamentos teóricos, como proyectos nacionales, que no solo evalúan el estado de la SM de la población y monitorean las tendencias, sino que también brindan investigación científica a quienes formulan de políticas, además de monitorear procesos y resultados de políticas. Los indicadores son herramientas útiles de detección de problemas potenciales en la atención primaria y preventiva. También determinan si existe un problema de calidad y la necesidad de un análisis más profundo sobre un tema determinado.

Este escenario sugiere la necesidad de que la OMS estandarice un conjunto de indicadores, que sirva como una guía basada en evidencia para las mejores prácticas disponibles. Además, hemos sugerido mayor flexibilidad y adaptabilidad, teniendo en cuenta la realidad de cada país. Para lograr este objetivo, el desarrollo de indicadores debe ser realizado por profesionales dentro de toda la red de servicios de salud.

Agradecimientos

A todas las personas que participaron en este trabajo académico.

Referencias

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013 – 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited Jan 2, 2020]. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
2. Lima IB, Yamada DB, Yoshiura VT, Lance RC, Rodrigues LML, Vinci ALT, et al. Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: from heuristic to process modeling. *Procedia Comput Sci.* 2018;138:185-90. doi: 10.1016/j.procs.2018.10.026
3. Anderson KK, Fuhrer R, Schmitz N, Malla AK. Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Soc*

- Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;48(1):125-36. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0571-0>
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited Jan 2, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf?sequence=1
 5. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited Jan 2, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
 6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
 7. Bauer MS. A Review of Quantitative Studies of Adherence to Mental Health Clinical Practice Guidelines. *Harvard Rev Psychiatry*. 2002;10(3):138-53. doi: [10.1080/10673220216217](https://doi.org/10.1080/10673220216217)
 8. Docherty M, Shaw K, Goulding L, Parke H, Eassom E, Ali F, et al. Evidence-based guideline implementation in low and middle income countries: lessons for mental health care. *Int J Ment Health Syst*. 2017 May;11(1). doi: [10.1186/s13033-016-0115-1](https://doi.org/10.1186/s13033-016-0115-1)
 9. Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care. *Can J Psychiatry*. 2010;55(9):549-57. doi: [10.1177/070674371005500903](https://doi.org/10.1177/070674371005500903)
 10. Girlanda F, Fiedler I, Ay E, Barbui C, Koesters M. Guideline implementation strategies for specialist mental healthcare. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(4):369-75. doi: [10.1097/yco.0b013e328361e7ae](https://doi.org/10.1097/yco.0b013e328361e7ae)
 11. Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(6):420-33. doi: [10.1111/j.1600-0447.2007.01016.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01016.x)
 12. Dantas CDR, Oda AMGR. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Rev Saude Colet*. 2014;24(4):1127-79. doi: [10.1590/s0103-73312014000400008](https://doi.org/10.1590/s0103-73312014000400008)
 13. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. [Internet]. 2015 [cited Jan 2, 2020]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
 14. Dal K, Mendes S, Cristina de Campos R, Silveira P, Galvão CM. Integrative Literature Review: A research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: [10.1590/S0104-07072008000400018](https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018)
 15. Arksey H, Omalley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: [10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616)
 16. Medical Subject Headings. [Internet]. U.S. National Library of Medicine; National Institutes of Health [cited Jan 3 2020]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
 17. Butler A, Hall H, Copnell B. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(3):241-9. doi: [10.1111/wvn.12134](https://doi.org/10.1111/wvn.12134)
 18. Moher D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264. doi: [10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135](https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135)
 19. Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Brugha T, Fryers T, Lehtinen V, et al. Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(11):883-92. doi: [10.1007/s00127-004-0871-0](https://doi.org/10.1007/s00127-004-0871-0)
 20. Amaddeo F, Tansella M. New perspectives of mental health service research. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(1):3-6. doi: [10.1017/s2045796011000047](https://doi.org/10.1017/s2045796011000047)
 21. Bramesfeld A, Amaddeo F, Caldas-De-Almeida J, Cardoso G, Depaigne-Loth A, Derenne R, et al. Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. *Health Policy*. 2016;120(6):706-17. doi: [10.1016/j.healthpol.2016.04.019](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.019)
 22. Rotar AM, Berg MJVD, Kringos DS, Klazinga NS. Reporting and use of the OECD Health Care Quality Indicators at national and regional level in 15 countries. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(3):398-404. doi: [10.1093/intqhc/mzw027](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw027)
 23. Thomson R. UK Quality Indicator Project(R) (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *International J Qual Health Care*. 2004Jan;16(suppl_1):i51-i56. doi: [10.1093/intqhc/mzh011](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh011)
 24. Kinkorová J, Topolčan O. Overview of healthcare system in the Czech Republic. *EPMA J*. 2012;3(1). doi: [10.1007/s13167-012-0139-9](https://doi.org/10.1007/s13167-012-0139-9)
 25. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of Mental Health Indicators in Korea. *Psychiatry Invest*. 2012;9(4):311. doi: [10.4306/pi.2012.9.4.311](https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.4.311)
 26. Lora A. Call for information, call for quality in mental health care. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;22(1):9-13. doi: [10.1017/s2045796012000716](https://doi.org/10.1017/s2045796012000716)
 27. Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G, Pankakoski M, Malin M, et al. Size Matters — Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int J Env Res Pub Health*. 2014;11(8):8456-74. doi: [10.3390/ijerph110808456](https://doi.org/10.3390/ijerph110808456)

28. Hartveit M, Vanhaecht K, Thorsen O, Biringer E, Haug K, Aslaksen A. Quality indicators for the referral process from primary to specialised mental health care: an explorative study in accordance with the RAND appropriateness method. *BMC Health Serv Res.* 2017 Mar;17(1). doi: 10.1186/s12913-016-1941-1
29. Gaebel W, Janssen B, Zielasek J. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(6):636-42. doi: 10.1097/yco.0b013e3283317c00
30. Lauriks S, Wit MASD, Buster MCA, Arah OA, Klazinga NS. Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. *Admin Policy Ment Health.* 2014 Sep;41(5):625-35. doi: 10.1007/s10488-013-0506-4
31. Dixon A, Mcdaid D, Knapp M, Curran C. Financing mental health services in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan.* 2006;21(3):171-82. doi: 10.1093/heapol/czl004
32. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007;370(9594):1241-52. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61242-2
33. Jacob K, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari J, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet.* 2007;370(9592):1061-77. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61241-0
34. Cohen A, Eaton J, Radtke B, George C, Manuel B, Silva MD, et al. Three models of community mental health services in low-income countries. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5(1):3. doi: 10.1186/1752-4458-5-3.
35. R G, Chew Z, Saeed K. Situational analysis: preliminary regional review of the Mental Health Atlas 2014. *Eastern Mediterr Health J.* 2015 Jan;12(7):467-76. doi: 10.26719/2015.21.7.467
36. Jordans MJD, Chisholm D, Semrau M, Upadhaya N, Abdulmalik J, Ahuja S, et al. Indicators for routine monitoring of effective mental healthcare coverage in low- and middle-income settings: a Delphi study. *Health Pol Plan.* 2016;31(8):1100-6. doi: 10.1093/heapol/czw040
37. Hanlon C, Semrau M, Alem A, Abayneh S, Abdulmalik J, Docrat S, et al. Evaluating capacity-building for mental health system strengthening in low- and middle-income countries for service users and caregivers, service planners and researchers. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;27(1):3-10. doi: 10.1017/s2045796017000440
38. Lund C, Kleintjes S, Kakuma R, Flisher AJ. Public sector mental health systems in South Africa: inter-provincial comparisons and policy implications. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Sep;45(3):393-404. doi: 10.1007/s00127-009-0078-5
39. Hernandez LJ. Evaluación de resultados e impactos de un Modelo de Salud Mental Basado en la Comunidad en localidades de Bogotá, DC. *Rev Salud Pública.* 2003;5(3):272-83. doi: 10.1590/s0124-00642003000300004
40. Ahuja S, Gronholm PC, Shidhaye R, Jordans M, Thornicroft G. Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1). doi: 10.1186/s12913-018-3695-4
41. Upadhaya N, Jordans MJD, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C, et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10(1). doi: 10.1186/s13033-016-0094-2
42. Mendes MFDM, Rocha CMFD. Avaliação Em Saúde Mental: Uma Análise de Políticas Nacionais e Internacionais. *Saúde Redes.* 2016;2(4):352-9. doi: 10.18310/2446-4813.2016v2n4p352-359
43. Sashidharan SP, White R, Mezzina R, Jansen S, Gishoma D. Global mental health in high-income countries. *Br J Psychiatry.* 2016;209(1):3-5. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179556
44. Perlman CM, Hirdes JP, Barbaree H, Fries BE, Mckillop I, Morris JN, et al. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Serv Res.* 2013 Oct;13(1). doi: 10.1186/1472-6963-13-15
45. Fernandes S, Fond G, Zendjidjian X, Michel P, Baumstarck K, Lancon C, et al. The Patient-Reported Experience Measure for Improving quality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:165-77. doi: 10.2147/ppa.s172100
46. Xavier M, Paixão I, Mateus P, Goldschmidt T, Pires P, Narição M, et al. Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2017 [Acesso 2 jan 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
47. Alloh FT, Regmi P, Onche I, Teijlingen EV, Trenoweth S. Mental Health in low-and middle income countries (LMICs): Going beyond the need for funding. *Health Prospect.* 2018;17(1):12-7. doi: 10.3126/hprospect.v17i1.20351
48. Ministério da Saúde (BR). Portaria No-3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 26 dez 2011. [Internet]. Available from: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088Rede deAtencaoPsicossocial.pdf>

49. Ministério da Saúde (BR). Pactuação Interfederativa 2017-2021: Fichas de Indicadores [Internet]. Brasil: MS; 2017 [Acesso 2 jan 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PACTUACAO-INTERFEDERATIVA-2017-2021.pdf>
50. Addington D, Bs MB, Kyle T, Desai S, Wang J. Research Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care: systematic review *Can Fam Physician*. [Internet]. 2010 [cited Jan 2, 2020];56(12):1322-31. Available from: <https://www.cfp.ca/content/56/12/1322.long>
51. Mai Q, Holman CDJ, Sanfilippo FM, Emery JD. The impact of mental illness on potentially preventable hospitalisations: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. 2011 Oct;11(1). doi: 10.1186/1471-244x-11-163
52. Vinci ALT, Lima IB, Rijo RPCL, Alves D. Mental Health Indicators Set for Management and Evaluation of a Mental Healthcare Network: Implementation Feasibility Analysis, to Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. *Admin Pol Ment Health*. Forthcoming 2019.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Domingos Alves. **Obtención de datos:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Análisis e interpretación de los datos:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Redacción del manuscrito:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Inacia Bezerra de Lima, Filipe Andrade Bernadi, Diego Bettiol Yamada, Andre Luiz Teixeira Vinci, Rui Pedro Charters Lopes Rijo, Domingos Alves, Antonia Regina Ferreira Furegato.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Recibido: 16.02.2020
Aceptado: 31.07.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Autor de correspondencia:
Inacia Bezerra de Lima
E-mail: lima.inacia@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.