

O. Herreros
B. Rubio
J. Monzón

Gestión clínica y Psiquiatría Infanto-Juvenil: algunos apuntes

Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario de Canarias
(Tenerife)

Clinical management and child & adolescent psychiatry: some notes

Correspondencia:

Óscar Herreros Rodríguez.
Hospital Universitario de Canarias,
Servicio de Psiquiatría (Consultas Externas).
Ofra-La Cuesta s/n. 38320. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
E-mail: oherreros@gmail.com

RESUMEN

La respuesta a los nuevos desafíos de la atención médica exige adaptaciones en la organización de los servicios sanitarios asistenciales. En la actualidad, numerosos sectores del colectivo médico buscan nuevas fórmulas organizativas que les permitan enfrentarse mejor al hecho asistencial y sentirse más identificados con su propio trabajo y con la institución en la que lo desarrollan. La evolución de nuestro sistema sanitario hacia la eficiencia, la consideración del paciente como elemento nuclear para la organización, y la mayor implicación de los profesionales, han sentado las bases de lo que hoy día llamamos "Gestión Clínica". Gestión Clínica que es, como todo en Medicina, sentido común a partir de las pruebas científicas.

ABSTRACT

The response to the new challenges of health care requires adjustments in the organization of health care services. Today, many sectors of the medical seeking new forms of organization that enable them to cope with the health care and feel more identified with their work and their institution. The evolution of our health system toward efficiency, considering the patient as core element for the organization, and the greater involvement of

professionals, have laid the groundwork for what today we call "Clinical Management". Clinical Management is, like everything in medicine, common sense from the scientific evidence.

INTRODUCCIÓN

"El que no tiene conciencia clara de sus objetivos no sabe replicar al enemigo."

La guerra es un asunto de vital importancia para el Estado, es la provincia de la vida y de la muerte, el camino que lleva a la supervivencia o a la aniquilación. Es indispensable estudiarla a fondo."

"Luego el verdadero método, cuando hay que mandar hombres, consiste en utilizar al avaro y al tonto, al sabio y al valiente y en dar a cada cual la responsabilidad en las situaciones que le convienen. No confiéis a la gente tareas que no puedan cumplir. Haced una selección y dad a cada cual responsabilidades adecuadas a sus cualidades."

Sun Tzu, "El arte de la guerra" (siglo VI a.C.)

La respuesta a los nuevos desafíos de la atención médica exige adaptaciones en la organización de los servicios sanitarios asistenciales, que si bien resultan fáciles

34 a partir de estructuras sencillas, ágiles y flexibles, no siempre lo son en el caso de los distintos Servicios Autonómicos de Salud, caracterizados tanto por su alto nivel científico y técnico como por su compleja, rígida y ensimismada estructura vertical. En la actualidad, numerosos sectores del colectivo médico buscan nuevas fórmulas organizativas que les permitan enfrentarse mejor al hecho asistencial y sentirse más identificados con su propio trabajo y con la institución en la que lo desarrollan.

Esta necesidad de mejorar la calidad de la Medicina es, en realidad, parte del buen quehacer médico. Es indudable que las tendencias actuales van hacia una gestión de los servicios sanitarios con modelos muy diversos, que incluso conviven en una misma organización, con estructuras y legislaciones cambiantes, falta de comunicación entre estamentos, una inadecuada valoración y cuantificación de la labor de docencia e investigación, falta de incentivos, muchas respuestas por resolver, diferentes modelos de evaluación de resultados, etc.

Pero, por encima de todo esto, se ha llegado al menos al convencimiento de que la calidad asistencial es algo más que un proceso diagnóstico y terapéutico apropiado. Como afirmaba Donabedian: “hay varias definiciones de la calidad, o diversas variantes de una sola definición, y... cada definición o variante es legítima en su concepto apropiado”. En todo caso, van más allá del tratamiento técnico de la enfermedad, y deben incluir aspectos como cantidad de la atención, coste monetario, beneficios y riesgos, atención interpersonal, accesibilidad, continuidad y coordinación, satisfacción del paciente, etc. La evolución de nuestro sistema sanitario hacia la eficiencia, la consideración del paciente como elemento nuclear para la organización, y la mayor implicación de los profesionales, han sentado las bases de lo que hoy día llamamos “Gestión Clínica”, fundamentada precisamente en estos tres pilares.

El origen de esta evolución se puede situar en la preocupación política surgida en el inicio de la década de los 90 por el incremento de los gastos sanitarios, superior año tras año, y, sobre todo, en el temor al descontrol de ese crecimiento. Ello ha determinado una gran presión desde los departamentos económicos de los diferentes Gobiernos, que, pareciendo ignorar esa característica fundamental de la economía sanitaria de que el médico es agente simultáneo de la demanda y la oferta de servicios, han impedido durante largo tiempo cambios en la gestión que implicaran una mayor autonomía. Desde la desconfianza más arraigada, su única propuesta real ha sido la limitación presupuestaria y, como consecuencia, la des-

viación en el gasto y el descrédito de la sanidad y sus gestores.

Frente a esto, la Gestión Clínica no ha de contemplarse únicamente, ni siquiera principalmente, como una solución al incremento del gasto sanitario. Entre otras razones porque el gasto sanitario en España es todavía escaso en relación con el de los países de nuestro entorno, incluso con las prestaciones que ofrece nuestro Sistema Público de Salud. Hay dos indicadores muy importantes para definir el grado de compromiso político de los gobernantes con el sector sanitario público: el gasto sanitario como porcentaje del PIB y el porcentaje de población adulta empleada en los servicios sanitarios públicos. En ambos indicadores España se encuentra muy por debajo de la media de la Unión Europea, y, además, aproximadamente el 30% de ese gasto sanitario público corresponde exclusivamente al gasto en farmacia.

Frente a los intentos para complicar lo sencillo y enfatizar lo evidente, debe desmitificarse la Gestión Clínica y cualquier otro paradigma previo o que venga a sustituirlo. Gestión Clínica es, como todo en Medicina, sentido común a partir de la evidencia científica. Se pueden conseguir resultados significativos simplemente mediante una organización pensando en el paciente. Si se hace el esfuerzo colectivo de pensar en los pacientes, en el camino que han de recorrer desde que aparecen los síntomas hasta que se completa su estudio y se aplica el tratamiento indicado, si se relacionan el personal y los medios que eventualmente pueden estar implicados en todo el proceso y se hace una lectura práctica de las Guías Clínicas, se estará diseñando la Unidad Funcional que exige el momento. La resistencia al cambio, bien por desconfianza hacia un modelo sin perfilar del todo en la práctica, bien por temor a perder una situación preeminente no sustentada en el liderazgo profesional, está en el fondo de muchos proyectos frustrados.

GESTIÓN CLÍNICA, FUNCIÓN GESTORA

La Gestión Clínica supone asumir los recursos, partiendo de la premisa de que el mejor camino para obtener un mayor rendimiento dentro de las limitaciones de estos es fomentar la buena práctica clínica, basada en la adecuación de los medios diagnósticos y de las intervenciones terapéuticas. Así se ordena y se racionaliza el gasto, se obtienen mejores resultados clínicos, se genera calidad asistencial y se promueve la satisfacción del paciente. Sus áreas principales son:

- El manejo y gestión de los sistemas de información

clínica (costes, nivel de actividad, productividad, etc.).

- La gestión de la calidad asistencial (satisfacción del paciente y del personal, nivel de excelencia en los resultados, etc.).
- El uso crítico de la información y la tecnología (Psiquiatría Basada en Pruebas).
- La Gestión de Procesos y la Horizontalización de la Asistencia (desarrollando y/o participando en el desarrollo de Unidades Funcionales, Comisiones Clínicas y Unidades de Gestión Clínica).

La gestión de la Psiquiatría no suele ser parte de los programas de formación de residentes. Por este motivo, entre otros, la gestión de la Salud Mental se ha dejado en manos de profesionales ajenos a la misma, que aunque conocen los aspectos administrativos no se pueden hacer idea del tipo de problemas a resolver con ella. En cualquier caso, parece necesaria la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y la Administración. Sin embargo, deben ser los propios Psiquiatras quienes asuman específicamente la responsabilidad de formarse para crear y dirigir las estructuras necesarias para los programas psiquiátricos, puesto que por sus conocimientos y posición son los mejor preparados para inspirar y liderar los nuevos sistemas asistenciales.

EL COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN

Un marco de relaciones laborales tan rígido como es el de la asistencia sanitaria, donde los incentivos escasean, exige que el facultativo asuma un compromiso con la Organización en la que está integrado (Unidad Asistencial, Servicio, Hospital) para orientar su trabajo hacia la mayor satisfacción del paciente y la suya propia.

Se entiende por compromiso tanto el aunamiento de voluntades con el fin de alcanzar un acuerdo por convenio como el vínculo (“contrato psicológico”) que une a la persona con la Organización y su misión. Dicho vínculo puede ser de interés (motivación y compensación extrínsecas) o de atracción (motivación y compensación intrínsecas).

Este compromiso puede verse dificultado por diversas condiciones:

- Situación paradójica: mientras la base principal de logro son las capacidades individuales, los resultados suelen medirse a nivel de grupo.
- Jerarquía dual: por un lado la profesional, por el otro, la administrativa o de gestión, dificultándose el equilibrio entre autonomía y necesidad de ajuste a las normas del equipo.

Ello determina situaciones como falta de coordinación (variabilidad, fragmentación de la asistencia, empleo ineficiente de recursos), minimización del esfuerzo individual (igualación a la baja entre los miembros del equipo), y establecimiento autónomo de los estándares de esfuerzo y dedicación (*free-riding*).

El actual paradigma de la “horizontalización de la asistencia” debe suponer la integración del facultativo en equipos o unidades de alto rendimiento, con claridad de la misión de la Organización, aceptación individual de la responsabilidad y las oportunidades, claridad de objetivos, resultados y criterios de valoración, niveles altos de comunicación efectiva, normas acordadas y verificables (relaciones internas “adultas”), predisposición individual a aceptar la necesidad de aprendizaje continuo, y tiempo suficiente para consolidar el equipo.

Este cambio en la estructura determina mayor responsabilidad y autonomía, y obliga a disciplinar la práctica clínica desde las perspectivas de la Medicina Basada en Pruebas, las Guías de Práctica Clínica, la Epidemiología Clínica y la Gestión de Resultados. Supera la dificultad de aportar incentivos individuales externos que descohesionan al equipo, y conforma redes de equipos autónomos responsables de sus propios resultados y de alta cohesión interna.

Todo esto obliga al facultativo a reestructurar sus relaciones con la Organización canalizándolas a través de la implicación en una Unidad Funcional, en Comisiones Clínicas o, más allá de todo esto, colaborando en la transformación de su Servicio en una Unidad de Gestión Clínica. Debe para ello centrarse en un área de especial interés, superespecialidad o proceso concreto dentro del amplísimo campo de la Psiquiatría. Al hacerlo, entrará en relación con facultativos de otras disciplinas que abordan problemas clínicos semejantes o aspectos no psiquiátricos del mismo problema desde su propia Especialidad. Ejemplo de ello sería una Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica Infanto-Juvenil es estrecha relación con Pediatría, Neurología Infantil, ORL, Fisioterapia y Rehabilitación...

PRIMEROS PASOS: LA UNIDAD FUNCIONAL, UN MODELO SENCILLO Y PRÁCTICO

El desarrollo de nuevas estructuras está siempre sujeto a amenazas de distinta procedencia e importancia, como todo lo novedoso, y más si ponen en cuestión lo establecido. Pero, ante al riesgo de que la Gestión Clínica se convierta en la invención de una jerga para iniciados, de una nueva terminología incomprensible para sus ver-

36 daderos protagonistas, de un metalenguaje que fomente la perpetuación de verdaderas castas de gestores y “expertos” de toda laya, debe anteponerse el imperativo de que sea, por encima de todo, un instrumento en manos de quienes la practican. De otra forma, se volvería a alejar al médico asistencial de las nuevas formas organizativas y, roto el vínculo, habría que desechar el nuevo modelo, cualquiera que este fuese.

Con todo, las principales fortalezas y debilidades de cualquier estructura nueva proceden de sus integrantes. De un Servicio poco cualificado profesionalmente y sin motivación no se puede generar una Unidad de excelencia. Los servicios sanitarios mantienen en no pocas ocasiones un equilibrio inestable que les permite seguir funcionando todos los días, aunque sea de un modo insatisfactorio para sus profesionales y poco eficiente. Romper ese equilibrio sin garantías de conseguir el consenso suficiente puede ser un irresponsable ejercicio teórico. La implantación progresiva y gradual de una nueva Unidad mediante cambios culturales y organizativos, con un plan operativo previamente diseñado desde la participación, sería un modo razonable de conjurar estos riesgos.

La Unidad Funcional es, en este sentido, una forma práctica de organización de un Servicio con una Cartera de Servicios amplia y variada. Habitualmente se estructura en relación con una capacitación específica o con una “superespecialidad”, aunque en contacto con otras disciplinas médicas, y se confía a un coordinador responsable bajo el mando directo de la Jefatura del Servicio, el cual debe cumplir como requisitos el conocimiento profundo de la “superespecialidad” y la posesión de un liderazgo entre los miembros de la Unidad y entre otros facultativos.

Será necesario un consenso antes de su implantación, por lo que subyace un aspecto fundamental: el deseo de colaborar de todos los estamentos implicados en la misión común. El aspecto más importante es la negociación entre todos los miembros de la Unidad para conseguir un esfuerzo común. Una consecuencia lógica será la unificación de criterios en las exploraciones y tratamientos a realizar y en sus indicaciones. Para ello, habrá que desarrollar o adoptar diferentes Protocolos y Guías de Práctica Clínica con las modificaciones que sean necesarias para el propio medio, atendiendo a criterios de eficacia (por ejemplo, protocolizando los procesos más frecuentes o relevantes), de efectividad (mejorando la actuación en dichos procesos) y de eficiencia (con la mejora en los costes).

Así, la definición de una Unidad Funcional facilita la

implantación de Protocolos, Guías de Práctica Clínica, Gestión por Procesos y Vías Clínicas, trasladando la aplicación de las mejores prácticas basadas en las pruebas científicas al contexto clínico del día a día con los pacientes. Permite además su aplicación homogénea, reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones y haciendo posible su control individual y general mediante indicadores.

Exige para ello su reconocimiento explícito por parte de la institución que la alberga, lo que conllevará como efectos:

- La motivación de sus profesionales, que ya están trabajando en una unidad hasta ahora “opaca”.
- La mejoría de su gestión, al conocerse sus resultados específicos.
- La mayor satisfacción del paciente, al facilitar los circuitos administrativos y permitir identificar mejor su referencia en el Sistema Sanitario.
- Una asistencia de más calidad, al protocolizar las actuaciones y reducir su variabilidad.
- Una asistencia más integrada, tanto con Atención Primaria como con otras Especialidades (continuidad asistencial y de cuidados).

Por último, una consideración adicional no despreciable sobre su creación es el casi nulo coste adicional inicial, al estar fundamentada generalmente en una “unidad opaca” ya en funcionamiento, y requerir para su puesta en marcha de recursos físicos y humanos de inevitable desarrollo en cualquier caso.

GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La Calidad consiste en conseguir la satisfacción plena de todos los requisitos del cliente al menor coste posible para el servicio, con la participación de todo su equipo humano. Las últimas tendencias en Calidad buscan alcanzar la Excelencia, entendida esta como prácticas sobresalientes en la gestión del servicio y logro de resultados basados en conceptos fundamentales como la orientación hacia los resultados, la orientación al cliente, el liderazgo y la perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social.

La calidad asistencial completa es el resultado de tres componentes:

- El científico-técnico, dependiente de la ciencia y la tecnología disponibles, persigue el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente.

Tabla 1.- Fuentes de información para la evaluación de la calidad asistencial

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos logísticos (arquitectura, presupuesto, equipamiento, dotación de recursos materiales y humanos) • Elementos organizativos (normativa interna, protocolos, circuitos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las necesidades de salud • Diagnóstico • Tratamiento • Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del paciente • Morbilidad • Incapacidad • Mortalidad

- El interpersonal, basado en las relaciones humanas, y en normas y valores sociales tales como la ética profesional y las expectativas del paciente.
- El confort, referido al entorno en que se desarrolla la asistencia (accesibilidad, condiciones ambientales, instalaciones, hostelería, etc.).

Mientras que el primero se da por supuesto, los segundos forman parte de lo que se denomina “calidad percibida”, más valorados por el paciente y sus familiares. Todos ellos son tangibles, mensurables, y a ello debe dirigirse, dentro de sus competencias, responsabilidades y capacidades, la actividad gestora específica del facultativo.

Avedis Donabedian definió en los años 80 lo que denominó “los siete pilares de la calidad”, los siete atributos por los que se la reconoce y se la juzga:

1. Eficacia: es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones favorables o ideales y en circunstancias inalterables.
2. Efectividad: es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones reales, de la práctica cotidiana.
3. Eficiencia: es el coste que representa cualquier mejora de salud. Ante dos estrategias de igual efectividad, la menos costosa es la más eficiente.
4. Optimización: es la estrategia factible de conseguir atendiendo a las circunstancias presentes.
5. Aceptabilidad: es el grado de satisfacción del paciente respecto a la atención recibida.
6. Accesibilidad: es la facilidad con que puede recibirse la asistencia sanitaria frente a barreras económicas, organizativas, culturales.
7. Equidad y legitimidad: qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de la población atendida (compromiso moral), y la aceptación de esta por parte de la comunidad.

La calidad se gestiona mediante tres actividades fundamentales, a saber: la planificación, el control y la mejora. Su evaluación depende de una correcta definición de lo que se quiere medir, y de escoger las fuentes de información oportunas. Unos recursos idóneos (estructura), y el desarrollo de procesos asistenciales adecuados, determinarán unos resultados que serán los que definan la calidad de la atención (tabla 1).

Su metodología consistirá en evaluar la práctica habitual y compararla con los criterios y estándares establecidos (normas de buena práctica clínica), conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, proponer e implantar medidas correctoras eficaces, y medir el impacto obtenido.

Una vez detectadas las posibilidades de mejora (oportunidades), se jerarquizan los problemas según criterios como el número de pacientes afectados, los riesgos devenidos, la factibilidad de las soluciones o el coste de su aplicación. Mediante herramientas metodológicas dirigidas a establecer las causas (organizativas, estructurales, institucionales, profesionales, del entorno) y el impacto del problema detectado, se realiza un análisis causal, definiéndose posteriormente los criterios de evaluación de la calidad asistencial (qué condiciones ha de cumplir la práctica para ser considerada de calidad según la normativa legal, códigos éticos, Guías de Práctica Clínica, guías de consenso, protocolos específicos, bibliografía científica, opiniones de expertos y/o consenso de los afectados). Serán criterios explícitos, cuantificables y comprensibles. Tras esto, se diseña el estudio de evaluación de las medidas correctoras a desarrollar (epidemiológico, observacional o experimental).

En otras ocasiones, de lo que se tratará es de corregir una determinada situación. En tal caso, analizadas y conocidas las causas del problema (debilidades: organizativas, de falta de formación, de actitud de los profesionales, etc.), se plantearán e implantarán acciones específicas dirigidas a corregirlo (redistribución de plantilla, elaboración de protocolos, actividades de formación continuada, cambios culturales, incentivar al profesional, etc.). Su éxito dependerá de la justificación documentada de la necesidad, la participación activa del personal implicado, la información exhaustiva sobre la naturaleza del cambio, sus ventajas, inconvenientes e impacto, el apoyo decidido de la Dirección y la tolerancia en la inevitable etapa inicial de incertidumbre.

Transcurridos tres a seis meses de la implantación de las acciones de mejora o de corrección, se reevaluará la situación para verificar la eficacia de las medidas adopta-

38 Tabla 2.- Fuentes de información para detectar posibilidades de mejora

Fuentes	Métodos
Profesionales	Grupales: <i>brainstorming</i> , técnica de grupo nominal, diagrama de flujos
	Individuales: encuestas de opinión, buzón de sugerencias, observación directa
Clientes externos	Estudios de opinión, de satisfacción/insatisfacción, de reclamaciones, grupos focales, entrevistas semiestructuradas...
Sistemas de información (historias clínicas, estadísticas)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de monitorización • Estudios de perfiles (desviaciones de la norma) • Estudios de registros, de incidencias

das. Será imprescindible, finalmente, difundir los resultados entre los profesionales implicados, la Dirección del centro y la comunidad científica.

El programa de calidad definido deberá contener ciertas características básicas, como son:

- Tener en cuenta la misión y la razón de ser de la organización, sus valores y su visión de futuro.
- Ser coherente con la planificación estratégica de la organización.
- Contemplar objetivos sobre áreas y procesos de mejora (qué queremos, cómo lo queremos) para, en definitiva, ser más eficaces, adecuados, efectivos, seguros y eficientes.
- Recoger datos y poder convertirlos en la información necesaria.
- Depender de un comité o consejo ejecutivo (y sus grupos coordinadores específicos) que priorice las acciones y facilite la metodología de mejora.
- Contemplar actividades de formación para el personal en relación con la metodología, los conocimientos y las habilidades necesarias.
- Asegurar que las mejoras se llevan a cabo y se mantienen, incluyendo la dotación de recursos necesaria para la mejora de los procesos. Esto conlleva necesariamente la plena implicación de la Dirección del Centro y de la Jefatura del Servicio en esta gestión del cambio para la búsqueda de la excelencia en la calidad asistencial.

El objetivo final de todo esto es simple: la mejora continua, persistente y creciente de los resultados en los pacientes.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Los profesionales de la Salud Mental, tanto los que atienden población adulta como infanto-juvenil, demandan desde hace tiempo la creación de recursos asistenciales ambulatorios y de hospitalización para esta última población, no sólo desde un planteamiento clínico, sino también desde un cuestionamiento ético y legal de la situación actual. De la misma manera, los familiares de enfermos, de forma individual o asociada, vienen presentando sus quejas con insistencia ante las autoridades sanitarias y los medios de comunicación. En este contexto (asistencial, legislativo y social), se hace necesario reorganizar racionalmente y planificar los recursos adecuados para atender a la población infantil y adolescente con trastornos mentales.

A fin de aunar estas exigencias y necesidades de la población ha de optarse por un modelo de equilibrio entre la dispersión y el agrupamiento de los recursos, por un balance entre el acercamiento de los dispositivos sanitarios a la población atendida (que desde un punto de vista de gestión económica y de productividad es más gravoso) y el agrupamiento de los recursos ya existentes o por crear (que abarata los costes, pues pueden compartirse servicios comunes como los administrativos, materiales y de equipamiento, transportes, etc.).

Por ello, sería aconsejable que los dispositivos previstos para la población de referencia se localizaran en espacios físicos próximos, de forma que se evitaran desplazamientos ineficaces del personal contratado, se fomentara el trabajo en equipo, y se facilitara el paso de los pacientes de un dispositivo a otro (por ejemplo, de Hospitalización a Consultas Externas).

Y esta planificación, sobre todo, deberá responder a las necesidades de:

- Crear un sentimiento de equipo entre los profesionales que integran la Unidad.
- Ofrecer un abordaje especializado para problemas de salud mental complejos, con alta repercusión socio-económica y persistentes en la vida adulta si no se intervienen precozmente.
- Impulsar líneas de investigación personalizadas que redunden en una mejora de la calidad asistencial prestada.
- Integrar la Psiquiatría Infanto-Juvenil en el mundo sanitario en condiciones de igualdad y respeto.
- Educar a la población a través de programas específicos, en vinculación con los medios de comunicación.
- Prestar apoyo y asistencia, personal y profesional, a otros profesionales sanitarios.

- Evaluar los resultados obtenidos como medio de mejora de la calidad de la asistencia prestada y de reconocimiento de excelencia en el ámbito sanitario.
- Estructurar una Unidad capaz, en un futuro próximo, de proporcionar formación específica y especializada en Psiquiatría y Psicología Clínica Infanto-Juvenil (ya sea como Área de Capacitación Específica, ya como Especialidad).

BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera Fomeiro J. y Fuertes Rocañín J.C: Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Manual de Psiquiatría Forense. Madrid: Cauce Editorial, 1997.
- Carrasco Gómez J.J: Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Colex, 1.989.
- De Lorenzo y Montero R: Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Psiquiatras. Madrid: SANED S.L., 2003.
- De Val-Pardo I: Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007.
- Díaz González R.J. y Bango Suárez J.I: Guías Clínicas: herramientas de calidad y gestión eficiente en Psiquiatría. Psiquis 2001; 22 (1): 45-55.
- Díaz González R.J. e Hidalgo Rodrigo M.I: Guías de actuación en la Clínica Psiquiátrica. Madrid: Printing'94 S.L., 1999.
- Engel G: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- González Juárez C: Medidas del producto sanitario y sistemas de clasificación de los pacientes. Psiquiatría Pública 1999; 11 (3): 108-113.
- Gray G.E: Psiquiatría basada en la evidencia. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- Guías de Práctica Clínica del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.guiasalud.es).
- Hervás Maldonado F. (dir.): El hospital empresa y la sanidad asistencial. Calidad y rentabilidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2007.
- Legislación y normativa española: www.boe.es.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Estrategia en Salud Mental 2006 del Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2007.
- Otero Pérez F.J. (coord.): Psiquiatría y Ley, guía para la práctica clínica. Madrid: EDIMSA, 2008.
- Ruiz Iglesias L: Claves para la Gestión Clínica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2004.
- Sun Tzu: El arte de la guerra. Edición de Ramón Ayllón. Madrid: Ediciones Martínez Roca, 1999.
- Temes J.L. y Mengíbar M. (eds.): Gestión Hospitalaria, 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana, 2007.