

Análisis de decisiones en Salud Mental

Por Carlos Conte



Lic. en Psicología.
Magíster en Gestión de
Servicios de Salud Mental
por el Instituto
Universitario ISALUD. Se
desempeña actualmente
como Coordinador

General de Aletheia Sud. Es consultor de
empresas de salud y obras sociales para el
área de salud mental y discapacidad.

La transformación de los servicios de salud mental y la profesionalización de las herramientas de gestión es la tarea que deberá desarrollarse en los próximos años (Barrionuevo 2004). En este marco la evaluación analítica de la toma de decisiones constituye una herramienta técnica que fortalece la racionalidad institucional y mejora la eficiencia, como así la calidad.

Los estudios del análisis de decisiones en el ámbito sanitario han crecido en forma exponencial, aunque es escasa su aplicación en los procesos reales de decisiones y menos aún en salud mental. Beuttler (2000) Klein, et. al. (1993); Badía y Rovira (1994); Serra de la Figuera (1999).

Los conceptos tan comunes en el sector como: transferencia, contra-transferencia, relación terapéutica, alianzas terapéuticas, inconsciente, resistencias, mecanismos de defensa y otros, han cargado de tinte subjetivo el análisis de los procedimientos asistenciales. Según este contexto, con frecuencia aquellas metodologías que presentan un mayor grado de generalización, son consideradas como una simple estadística, u otras veces casi como una herejía.

Quizás por ello en el país, la información sobre la competencia de los servicios de salud mental es escasa, incompleta y poco confiable. Centrada en el caso individual, la misma es generada heterogéneamente mediante escalas diagnósticas, terapéuticas y prestacionales que no tienen criterios compatibles. Por ello resulta necesaria la utilización de herramientas y metodologías que permitan operar más allá de dicha diversidad.

Asimismo los sistemas de información en el sector, parecen haber acompañado los requerimientos oficiales y las particulares necesidades de los financiadores y prestadores. Los desarrollos comerciales conviven con otros generados en las propias organizaciones y con re-

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

querimientos del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, la AFIP y otros organismos gubernamentales.

Cada obra social o prepaga impone a sus prestadores específicos requerimientos de información. En la misma situación se encuentran los servicios de hospitales y centros de salud provinciales. Responden a lógicas diferentes no siempre utilizables para la evaluación de procedimientos y menos para el análisis decisional.

No obstante existen aplicaciones en funcionamiento dedicadas a la asignación de turnos, agenda de profesionales, control de las prestaciones, pacientes, facturación, liquidaciones, historia clínica, padrón, farmacia, que pueden reutilizarse para permitir el análisis de las decisiones involucradas. Se genera de esta manera un valor agregado a la información.

Por último es necesario englobar los estudios del análisis de decisiones dentro de una visión amplia, como Tobar (2002) propone para el caso de la farmacoeconomía, es decir considerar su aplicación en función del beneficio social que aporta.

Acerca del análisis de las decisiones

En el marco de la Segunda Guerra mundial se pusieron en contacto los científicos con aquellas personas que debían solucionar los problemas operativos. En tal sentido ingenieros, matemáticos, economistas, físicos, psicólogos tuvieron que resolver problemas conjuntamente con militares, políticos y administradores. De este encuentro surge la aplicación del método científico a los problemas concretos de la toma de decisiones

Herbert Simon, premio Nobel de economía, es uno de los mayores exponentes de ese momento, sus investigaciones impactaron en generaciones de científicos y en varios campos del saber. La *Teoría racional de las decisiones* como hoy se conoce a la visión de Simon, establece que una persona en una organización decide, es decir elige el curso de acción, que satisface el objetivo propuesto y lo hace de acuerdo a secuencias y rutinas (Simon y March 1969).

Este autor establece un modelo de racionalidad que denomina *limitada (bounded rationality)* para entender cómo se decide en contextos operativos reales. Establece que una decisión en el marco de la organización se encuentra limitada por tres factores:

1. Por las habilidades, hábitos y los supuestos que posee el decisor.
2. Por la incompletud del conocimiento y de la información que se posee. Este factor en el complejo panorama que ofrece la atención de la salud resulta casi una obviedad.
3. Por los valores o conceptos de propósito del decisor que pueden no ser los mismos que los de la organización.

Hoy se tiende a dejar el uso del término *racional* porque genera controversias. En muchos casos se tiende a calificar de *no racional*

algunas decisiones que se toman de acuerdo con los valores o formas imperantes en el contexto del decisor (Bonatti 2005). Por ejemplo algunas decisiones que surgen del conocimiento de la medicina tradicional china, pueden parecer irracionales para un profesional occidental, pero perfectamente lógicas para un médico de Beijing.

Por otra parte, en los trabajos del psicólogo Daniel Kahneman, premio Nobel de Economía 2002, se indica que las decisiones tomadas bajo riesgo presentan desviaciones a la racionalidad, magistralmente expuestas como sesgos.

En función a dicho límite y teniendo en cuenta la complejidad de las decisiones, las organizaciones sanitarias como otras, simplifican el proceso a través de *programas de ejecución*. Los mismos son rutinas, es decir secuencias de acciones que se diseñan para enfrentar situaciones recurrentes. “*Un programa es una prescripción que rige la secuencia de conductas permitiendo una respuesta adaptativa*” (Simon, 1989, pág. 42)

Dentro del campo de la salud, las guías y protocolos clínicos son programas reguladores y orientadores del comportamiento de quienes tienen que decidir en ambientes complejos (Varó, 1994).

No obstante hay decisiones que no son repetitivas como por ejemplo la ampliación de un plan de cobertura o la creación de un nuevo servicio clínico y que por su importancia requieren un análisis detallado de sus consecuencias. Es necesario destacar que dentro de la literatura el término *decisión* refiere específicamente a éstas, reservándose el concepto *procedimientos* para las decisiones repetitivas.

Teoría de la decisión: entre la probabilidad y la utilidad esperada

Un interrogante que se encuentra presente en la psicología humana independientemente de las culturas y las épocas, es cierto interés por anticipar qué ocurrirá en el futuro. Es importante destacar que la teoría de la decisión se inscribe en esta lógica, tratando de anticipar situaciones y sus consecuencias.

Dicha anticipación se realiza con el auxilio de la *Teoría de la probabilidad*. Dejando de lado su formulación matemática, la misma trata del grado de creencia que un enunciado tiene para un sujeto. Es decir la probabilidad no refiere a un estado del mundo, sino a la creencia del decisor acerca de un escenario posible.

Tomando nuevamente la definición clásica de Simon, la decisión se toma por una persona en función a que *crea* que una alternativa cumplirá mejor los objetivos propuestos. Se puede decir que dicha alternativa es elegida cuando posee una utilidad mayor que las otras.

La teoría que estudia las preferencias del decisor se conoce como *Teoría de la utilidad esperada*. Si bien la misma tiene una existencia de dos siglos, fue con el trabajo pionero de la *Teoría de los juegos* de Von Neumann y Morgenstern en 1944, donde se formaliza en el ámbito de la matemática, economía y psicología desarrollando los prin-

cipios fundamentales para un modelo de elección racional de alternativas. Dichos autores le dieron el cuerpo axiomático al modelo, justificando la maximización de la utilidad esperada como un criterio de la elección racional.

La *Teoría de la utilidad esperada* es la herramienta que se utiliza dentro del análisis de las decisiones para representar las preferencias del decisor y otorgarle valor a las mismas, estableciendo una *función de utilidad esperada* (E_U), que equivale al producto de la utilidad (u = valoración o preferencias numéricamente expresadas) por la probabilidad (p_1 y p_2) sumando los resultados:

$$E_U = u \cdot p_1 + u \cdot p_2$$

Aplicando esta fórmula a cada alternativa (S_1 y S_0), proporciona una estimación respecto de cuál opción contiene mayor beneficio. Se grafica con un ejemplo de un juego de azar, al tirar un dado si sale el 6 el jugador gana \$20, si no sale el 6 pierde \$10 (ver Cuadro 1).

La probabilidad de que salga el seis es 1/6, el jugador en este caso gana \$20, mientras que en contra hay 5/6 perdiendo en cada situación \$10. Aplicando la fórmula a la alternativa S_1 y S_0 se puede ver:

$$E_{U S_1} = \$20 \cdot 0,17 + \$ -10 \cdot 0,83 = - 4,9$$

$$E_{U S_0} = 0$$

Por lo tanto del análisis se desprende que la utilidad esperada en la opción S_1 es negativa, mientras que la alternativa S_0 no conlleva pérdida. Por qué una persona juega y otra no, esto tiene que ver con otras formulaciones que se le deben al matemático francés Bernouilli y se conocen como aversión y propensión al riesgo.

En síntesis, dentro del cuerpo teórico del análisis de la decisión confluyen dos teorías, por un lado la *probabilidad* que estudia los enunciados anticipatorios y por la otra la *utilidad esperada* que propone una medida para el análisis de los beneficios de cada alternativa.

Los elementos de la decisión

Es posible reconocer distintos elementos en las decisiones, se describen los mismos siguiendo a Pavesi, et. al. (2004):

Objetivos: Corresponden a la utilidad, estado o valor que el decisor piensa obtener luego de tomada la decisión.

Tiempo: Responde al tiempo que calcula el decisor en el cual se cumplirán los objetivos. En general se utiliza la notación T para su representación de forma $T = T_1, T_2 \dots T_N$ siendo $T_1, T_2 \dots T_N$ distintos momentos del proceso de la decisión.

Horizonte de planeamiento: Delimita el área o el tiempo que abarca el análisis.

Estados inciertos: Refieren a los estados, niveles o grados po-

sibles de ocurrir, representada con la letra N , es el origen de la incertidumbre del decisor. No se tiene control sobre ella, es decir, no se puede intervenir para que el resultado sea como él desea porque si así fuera la incertidumbre desaparecería. Aunque por supuesto hay situaciones que el decisor puede influir directa o indirectamente para aumentar la propensión a que una variable incierta produzca o se acerque a un resultado esperado.

Probabilidad que ocurran los estados inciertos:

Representa la posibilidad de ocurrencia para un resultado de una variable incierta.

Alternativas: Son los cursos de acción que el decisor se plantea para el cumplimiento de los objetivos, representándose comúnmente con la letra S . Dentro del conjunto las alternativas es necesario contar con S_0 , definida como la opción de no hacer nada. Es importante definir que no se trata de una falta de decisión sino de decidir mantener el estado de las cosas, probablemente con la hipótesis que el mismo devenir producirá resultados sin una intervención específica.

Resultados: Representan la alternativa elegida S_K cuyas consecuencias, según la evaluación que realiza el decisor, mejor pueden cumplir el logro de los objetivos planteados.

Criterio de evaluación: Una vez que se han planteado los objetivos en un tiempo determinado, se evalúa la incertidumbre y se prevén los resultados, entonces es hora de elegir la alternativa que mejor responda en la situación considerada.

Las matrices de decisiones

Las dos herramientas utilizadas a la hora del análisis son: las matrices y los árboles de decisión. Ambas permiten formalizar el proceso decisorio mostrando el conjunto de datos que son la síntesis de la información que interviene en él.

Específicamente, la matriz representa una forma de pensar y de ordenar los datos que intervienen en el proceso de decisiones. Se coloca en las filas las alternativas (S), mientras que en las columnas las variables inciertas (N). Asimismo se sitúan en las celdas producto de la intersección entre filas y columnas, los resultados

Cuadro 1
Utilidad esperada para un juego de azar

	N_1 sale el 6 ($p_1=0,17$)	N_2 no sale el 6 ($p_2=0,83$)
ALTERNATIVA S_1		
Jugar	\$20	\$-10
ALTERNATIVA S_0		
No jugar	\$ 0	\$ 0

Fuente: Dorsch, F. Diccionario de Psicología. 1985. Pág. 786 Editorial Herder. Barcelona.

(R) de la elección de una alternativa en función al valor de la incertidumbre.

Utilizando un ejemplo tomado de la asistencia en salud mental, una problemática común de consulta por parte de los padres son las fobias infantiles. Las mismas por lo general no poseen una cronicidad ni una gravedad de importancia. En tal caso, el admisor, quien recibe la consulta puede considerar dos alternativas: o bien la derivación a tratamiento o bien esperar la remisión espontánea de la sintomatología con la evolución del niño.

En función al análisis de dicho procedimiento se podrían analizar algunos elementos del proceso de decisiones según el **cuadro 2**.

Como puede observarse la derivación a tratamiento produce un resultado mayor en R_{11} (0.42), aunque es poca la diferencia con respecto al valor expresado en R_{01} (0.33), al optar el admisor por no derivar.

Caben dos aclaraciones respecto de la construcción de la matriz de decisiones, Pavesi, et. al. (Ob. Cit.):

Se considera que una matriz debería representar sólo una decisión. De esta manera una secuencia de decisiones tomadas en diferentes momentos correspondería que se encuentren representadas a través de varias matrices o como se verá mediante el árbol de decisiones.

A medida que la matriz se hace más compleja o se pretende representar varios problemas aparecen complicaciones de diseño, por ello conviene utilizar matrices 2×2 para resaltar los rasgos más importantes de la situación analizada.

Los árboles de decisión

Los árboles de decisión son grafos o esquemas que se utilizan como una manera de simplificar el proceso decisorio mediante la representación visual. Conjuntamente con las matrices, constituye la otra herramienta clásica en la teoría de la decisión.

Es una técnica analítica que permite mostrar las consecuencias lógicas y temporales a ser consideradas cuando se toma una deci-

sión (Rubrio Cebrián, 2001, pág. 267). Por ello, los árboles son utilizados ante decisiones concatenadas en una secuencia, de hecho, pueden sustituir a un conjunto de matrices secuenciales. (Pavesi, et. al, Ob. Cit. pág. 105). Por ello es importante destacar que no es una técnica asociada o complementaria de la matriz, como así tampoco son reemplazables una por la otra.

Los mismos son construidos a partir de la descripción de un problema siendo ésta una de las etapas de mayor cuidado. Se ilustra la manera en que pueden desglosarse dichos problemas y la secuencia del proceso de decisión mediante un diagrama que representa una secuencia de condiciones y de acciones (Guerra Hernández, 2004).

Se componen de tres tipos de *nodos* graficados a través de cuadrados, círculos, rectángulos y otras figuras geométricas, ellos son:

- *Nodos de decisión*, también llamados nodos de acción o elección, representan las alternativas que el decisor debe considerar.
- Las decisiones, una vez tomadas, tienen consecuencias que pueden describirse como eventos o estados, representándose las mismas mediante los *Nodos de acontecimiento*. En la estructura de árbol estos nodos reciben y emiten información, pudiendo encontrarlos en cualquier parte del esquema entre el nodo inicial y el terminal. La notación comúnmente utilizada es un círculo, óvalo o punto.
- *Nodos finales* que representan los resultados esperados del árbol de decisiones. A ellos sólo llega información y no parte ninguna línea. La notación utilizada es o bien rectángulos, óvalos o también triángulos. Dentro de dichas figuras se registran los resultados de cada rama o camino.

Los diferentes nodos se encuentran unidos por líneas continuas que simbolizan las relaciones que existen entre un elemento específico y el posterior. Estas *líneas* son también llamadas *arcos*. Los nodos y los arcos constituyen una *rama*. Asimismo un conjunto de ramas se denominan un *camino*.

Sólo a título de ejemplificar el uso del árbol de decisiones, se graficará el proceso de admisión antes citado para el caso de las fobias infantiles, recordando que en este análisis, es pertinente la utilización de la matriz según las razones expuestas (Gráfico 1).

Decisiones en Salud Mental

El universo de las decisiones en salud mental parece ser bastante amplio y considerando además que el trabajo terapéutico se asienta en gran parte en la relación humana, es probable que la mayoría de dichas decisiones se basen en supuestos del profesional o en procedimientos heurísticos. Por ello ¿cuáles serán significativas para dar cuenta del comportamiento de prestadores y de pacientes?

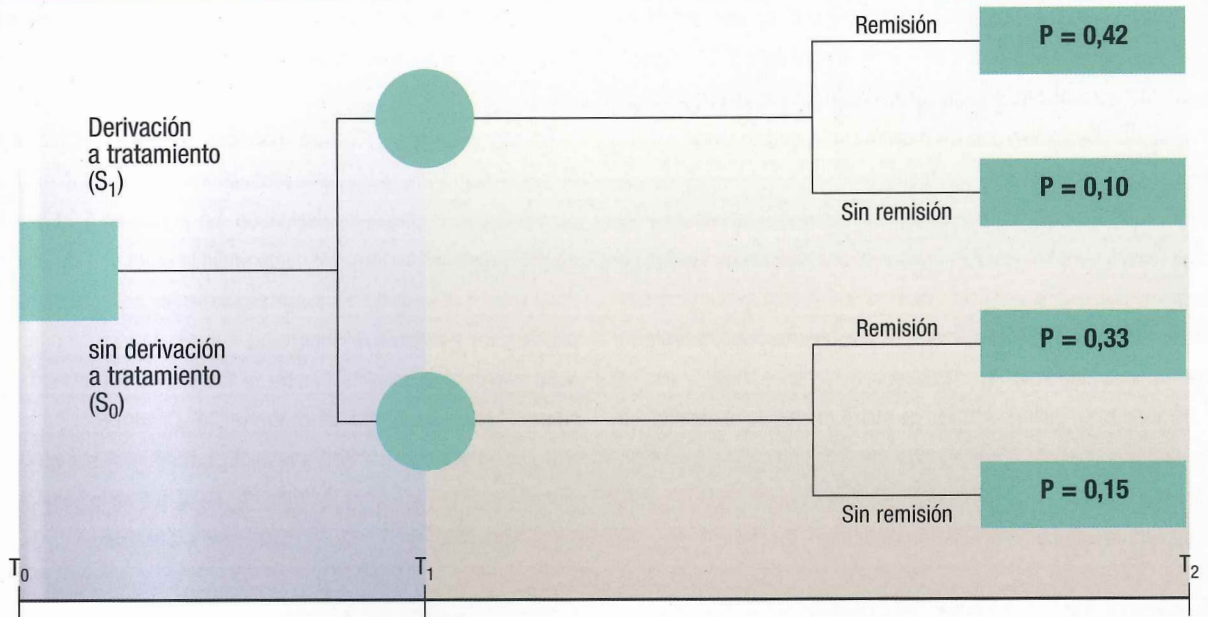
Por otra parte, se pretende que dichas decisiones sean intuitivas, encontrándose las mismas en el manejo asistencial cotidiano y que

Cuadro 2
Análisis de procedimientos de derivación para las fobias infantiles

	N₁ Remisión de síntomas	N₂ Sin remisión de síntomas
ALTERNATIVA S ₁ Se deriva a tratamiento	0.42	0.10
ALTERNATIVA S ₀ No se deriva a tratamiento	0.33	0.15

(Elaboración propia)

Análisis de procedimientos de derivación para las fobias infantiles



generen poca controversia, lo cual para el ámbito de salud mental de por sí resulta una tarea muy difícil teniendo en cuenta las diferentes corrientes conceptuales.

Dicha elección recae sobre un particular tipo de decisión la cual se denominará *indicación asistencial*. Las indicaciones tienen un carácter repetitivo y son decisiones procesales, informadas por el prestador al paciente, tomadas en virtud del diagnóstico, del tipo de tratamiento brindado y otro conjunto de datos. Su objetivo es llevar adelante el proceso terapéutico en virtud a la utilidad esperada de modificar el estado de consulta o patología manifestada. Se detallan las alternativas (S) de dicha decisión en Cuadro 3.

Cabe señalar que las alternativas utilizadas en el Cuadro 3 no intentan dar cuenta del universo, es claro que pueden existir en salud mental un gran número de ellas, representan sólo el conjunto que utiliza el servicio asistencial analizado a continuación.

Dicho servicio posee un circuito que se origina en el primer nivel de atención, mediante un programa de médicos de cabecera o bien en la guardia clínica mediante la consulta espontánea y la urgencia. De allí el paciente es derivado al servicio de salud mental donde es evaluado por un admisor, que de acuerdo a la especialidad referenciada, puede ser psiquiatra, psicólogo o psicopedagogo.

Continuando con el circuito asistencial, cuando el o los pacientes son derivados por el admisor, solicitan un turno al prestador designado o son trasladados a la unidad de internación indicada. A partir de allí, el prestador conduce el proceso terapéutico tomando las decisiones convenientes en función de la utilidad que cree tendrán para la modificación del estado mórbido.

Es necesario destacar que cada una de las indicaciones son registradas en el sistema de información en el momento que se producen y sobre ellas se realiza posteriormente un seguimiento y análisis.

Cuadro 3
Tabla de Indicaciones

Indicación
Alta
Alta fin cobertura
Recitación
Interconsulta
Derivación Psiquiatría
Derivación Psicodiagnóstico
Derivación Psicología Individual
Derivación Psicología Pareja y Familia
Derivación Psicología Grupal
Derivación Psicopedagogía
Derivación Fonoaudiología
Derivación Psicoprofilaxis
Derivación Psicomotricidad
Derivación Centro de día discapacidad
Internación Psiquiátrica
Internación Adicciones
Otra

(Elaboración propia)

La interrupción del tratamiento por ausencia del paciente

Se tomará como variable incierta (N) la concurrencia del paciente a la prestación indicada. En el caso de la ausencia y a los fines de este análisis no se establece ni se infiere el abandono o el incumplimiento del tratamiento, sólo se considera como una *interrupción del proceso por no concurrencia* del paciente independientemente de las razones que llevaron a esa conducta.

Ahora, si bien no se analizarán dichas razones, Gene Pekarik y Michael Wierzbicki en un estudio meta-analítico establecen que los pacientes esperan concurrir pocas prestaciones y esta expectativa condiciona su conducta de asistencia. Los prestadores por otra parte suponen tiempos de atención más largos. (Levenson, 1995).

Por último, en dichos estudios se utilizó la tasa de abandono, obtenida por el cociente entre los pacientes recitados y los que efectivamente concurren. A diferencia de ellos se utiliza aquí la probabilidad como una forma de cuantificar la incertidumbre.

Análisis de los datos

A fin de ilustrar la metodología del análisis de decisiones se evalúa en el servicio de salud mental citado 4445 casos de admisión, realizados por 15 admisores, siendo 7 de ellos psiquiatras, 7 psicólogos y 1 psicopedagogo, correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de junio de 2005 (Cuadro 4).

Los resultados esperados son que el paciente concorra al ser derivado por el admisor (S_2, N_1), y que no concorra a una nueva consulta cuando su problemática se resuelve en la admisión (S_1, N_2). Es interesante consignar que:

1. No hay duda que conducta tomará un admisor, la alternativa S_2 presenta una probabilidad de 0.96 contra 0.04 de S_1 .

2. El resultado (S_2, N_2) = 0.25 indica que un paciente derivado a tratamiento no concurre, el mismo es consistente con los obtenidos por investigaciones internacionales.
3. No hay diferencia entre el valor que presenta la variable N en la alternativa S_1 , para ambas situaciones es 0.02. Se puede inferir que la resolución en la admisión es poco eficiente.

Por otra parte se considerará ahora cuando el paciente fue derivado por el admisor a tratamiento ambulatorio y concurre al menos una vez a con el prestador designado. En el Cuadro 5 se analizan 46.372 prestaciones también comprendidas entre el 1 de enero de 2004 y el 30 de junio de 2005, correspondientes a 22 psiquiatras, 49 psicólogos y 9 psicopedagogos

En este caso se considerarán como alternativas por un lado la "recitación" (S_3) y por la otra su contraria (S_4). Cuadro 6.

Como en el caso anterior los resultados esperados son que el paciente concorra cuando es recitado (S_3, N_1) y que no lo haga cuando se le indica lo contrario (S_4, N_2). Analizando la matriz:

1. Tampoco quedan dudas respecto de la conducta que tomará un prestador, la alternativa S_3 presenta una probabilidad de 0.98 contra 0.01 de S_4 .
2. Es significativo el resultado observado en (S_3, N_1) = 0.92 correspondiente a pacientes recitados que concurren a la misma.

No obstante éste alto resultado, será importante detallar la distribución de frecuencias de la probabilidad para los tratamientos finalizados durante el horizonte de tiempo. Para ello se seleccionaron de la data antes considerada 3600 tratamientos finalizados por alta, derivación o interrupción y se analizan en el Cuadro 6.

Al realizar un contrapunto con los datos de la matriz anterior (Cua-

Cuadro 4
Matriz para el análisis de los procedimientos de la admisión
4445 admisiones

	N_1	N_2	TOTAL
	El paciente concurre	El paciente NO concurre	
Derivación a tratamiento (S_2)	0.71	0.25	0.96
Resolución en la admisión (S_1)	0.02	0.02	0.04

(Elaboración propia)

Cuadro 5
Matriz para el análisis de las indicaciones del prestador
46.372 Prestaciones

	N_1 (p=0.92)	N_2 (p=0.07)	TOTAL
	El paciente concurre	El paciente NO concurre	
Recitación S_3	0.92	0.06	0.98
No recitados S_4	0.00	0.01	0.01

(Elaboración propia)

Cuadro 6
Distribución de probabilidad en
los tratamientos finalizados por equipo
N=3600 casos

	Finalización por decisión del prestador		Finalizados por interrupción del paciente
	Altas	Derivación	
Psiquiatría Infantojuvenil	0.13	0.11	0.77
Psiquiatría Adultos	0.03	0.15	0.82
Psicología Infantojuvenil	0.10	0.21	0.69
Psicología Adultos	0.22	0.15	0.67
Psicopedagogía	0.15	0.11	0.75
Psicoprofilaxis	0.11	0.56	0.56
Psicodiagnóstico	0.18	0.25	0.57
TOTAL	0.13	0.14	0.73

(Elaboración propia)

dro 5) se observa que si bien existía un bajo resultado (S_3, N_1) = 0.06 cuando el profesional indicaba la recitación y el paciente no concurría, la distribución de frecuencia muestra que la interrupción del proceso terapéutico se produce 0.73 por ausencia del paciente. Realmente un dato para considerar.

Asimismo resulta interesante dilucidar cuándo se produce dicha interrupción, siendo éste un dato relevante a la hora de establecer planes de cobertura o dispositivos asistenciales. Para ello se muestra en el Gráfico 2 la curva decreciente respectiva:

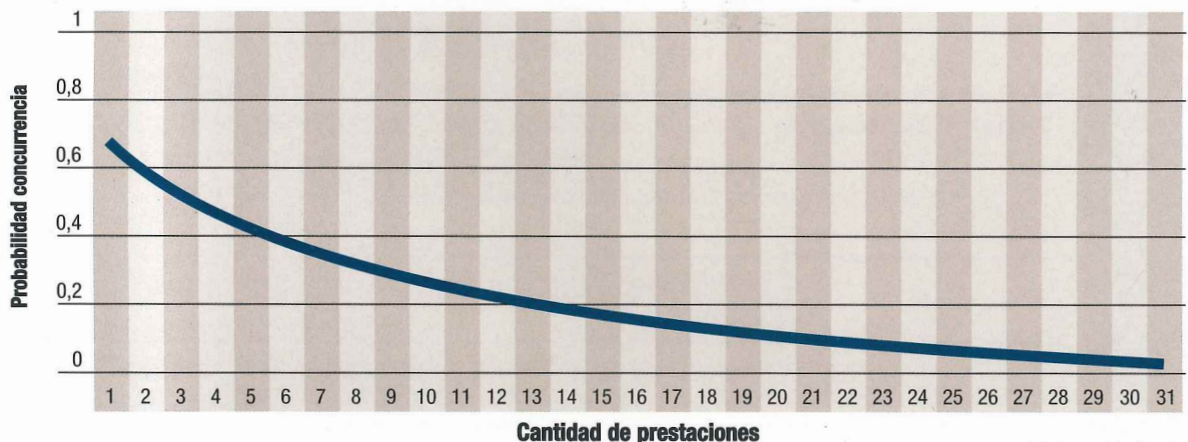
Como se observa, aproximadamente solo 0.50 de los pacientes que llega a una admisión continúan en tratamiento a partir de quinta prestación. A su vez existe una probabilidad menor a 0.10 que un paciente recitado continúe concurriendo luego de treinta prestaciones, a fin de tomar el horizonte de tiempo establecido para salud

mental en el PMO. Ambas estimaciones no tienen el rigor que presentan los datos de las matrices y se espera precisarlas en futuros trabajos.

Es de señalar que los resultados encontrados se asemejan a los establecidos por Gene Pekarik y Michael Wierzbicki (1993) donde se señala que los pacientes esperan acudir a pocas prestaciones mientras que los prestadores suponían tiempos más largos de atención como antes se hacía referencia.

Se puede atribuir esta caída a muchas razones. Algunos autores sostienen que luego de ciertas prestaciones los pacientes se encuentran mejor y por lo tanto no concurren. Otros sostienen la posición contraria, argumentan que los pacientes no obtienen utilidad en el proceso y por lo tanto abandonan el tratamiento (Cardozo Lhullier y Tiellet Nunes, 2004)

Gráfico 2
Distribución de la concurrencia de
los pacientes al ser recitados



(Elaboración Propia)

Este desajuste entre los comportamientos deberá seguir replanteando los supuestos y los modelos asistenciales involucrados. Si se consideran los resultados mencionados será necesario debatir respecto de las ideas de mejoría, cura, tiempo del proceso, incumplimientos de los pacientes, como así también respecto de cuales deberán ser los objetivos terapéuticos y sus resultados.

Conclusiones

– El análisis de las decisiones en Salud Mental se facilita al aplicar una metodología de larga trayectoria en el mundo académico, sanitario y empresarial

- Fue posible mediante el análisis de sólo una decisión evaluar los resultados del comportamiento de los prestadores y de los pacientes, permitiendo establecer un modelo de la asistencia en tiempo real y contrastarlo con lo esperado.
- Esta metodología permite crear diversos escenarios mediante la variación de los estados inciertos involucrados a fin de programar futuros posibles.
- Es factible una nueva generación de datos destinados a lograr una mejor gestión de los servicios mediante el *análisis de decisiones*, la *cuantificación de la incertidumbre* y la *modelización de procesos*.

Bibliografía

- BADÍA, Xavier; ROVIRA, Joan. 1994. *Evaluación económica de medicamentos. Un instrumento para la toma de decisiones en la práctica clínica y política sanitaria*. Editorial Luzón 5. Barcelona
- BARRIONUEVO, Hugo. 2004. *Profesionalizar la gestión en salud mental*. Documento. Isalud. Buenos Aires
- BEUTLER, Larry E. 2000. *Empirically Based Decision making in clinical practice*. In *Prevention & Treatment*, Volume 3, Article 27, posted September 1, 2000 American Psychological Association. Washington.
- BONATTI, Patricia. Conferencia "Teoría de la decisión. Visión General de la Teoría y su nuevo paradigma." Escuela de Defensa Nacional. 27 de setiembre 2005.
- CARDOZO LHULLIER, Alfredo TIELLET NUNES, María Lucia. 2004. *Uma aliança que se rompe*. Ciência e Profissão. Dialogos Nro. 01 Abril 2004. www.pol.org.br
- GUERRA HERNÁNDEZ, Alejandro. 2004. *Aprendizaje Automático: Árboles de Decisión*. Maestría en Inteligencia Artificial. Facultad de Física e Inteligencia Artificial Universidad Veracruzana. México
- KLEIN, G. A. ORASANU, J. CALDERWOOD, R. y ZSAMBOK C. (Eds.) 1993 *Decision making in action: Models and Methods*. Ablex Publishing Corporation. New Jersey
- LEVENSON, Hanna. 1995. *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Desclée de Brouwer. Bilbao
- PAVESI Pedro, AVENBURG Daniel , BONATTI Patricia. 2004. *La Decisión: Su teoría y práctica, aplicaciones conceptuales y casos*. Editorial NORMA S.A. Buenos Aires
- PEKARIK, Gene. WIERZBICKI, Michael. 1993. *The relationship between client expected an actual treatment duration*. Psychotherapy. 23. Pag. 532-534.
- RUBIO CEBRIÁN, Santiago. 2001. *Estudios de Farmacoeconomía a través de modelos basados en el análisis de la decisión*. En <http://www.pnu.es.farmacoeconomiasbasicas>
- SERRA DE LA FIGUERA, Daniel. 1999. *Métodos cuantitativos para la Toma de decisiones (con aplicaciones en el ámbito sanitario)*. Fundación BBV. Bilbao.
- SIMON, Herbert A. 1989 *Naturaleza y Límites de la Razón Humana*, Fondo de Cultura Económica, México.
- SIMON, Herbert y MARCH, James. 1969. *Teoría de la Organización*. Editorial Ariel, Barcelona.
- TOBAR, Federico. 2002 *El uso de la Farmacoeconomía y los desafíos de la regulación de medicamentos*. Conferencia Inaugural del seminario Pharmacoeconomics. Internacional Experiences. São Paulo, 22 al 24 de noviembre 2002
- VARO, Jaime. 1994. *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión Hospitalaria*. Ediciones Díaz de Santos s.a. Madrid

Guía simplificada para el análisis de decisiones

¿Para qué se analizarán las decisiones o procedimientos?

- Planificar la oferta sanitaria
- Modificar servicios en funcionamiento
- Analizar costos
- Evaluar nuevas tecnologías
- Analizar decisiones bioéticas
- Realizar análisis de cobertura
- Efectuar un análisis de accesibilidad
- Mejorar la Calidad
- Evaluar la eficiencia de los procesos de decisiones

¿Qué tipo de decisión se analizará?

- ¿Es única o es repetitiva?
- ¿Es independiente o se complementa con otras?

¿Cómo se utilizará la utilidad esperada?

- Para jerarquizar alternativas
- Como estándar de comparación

¿Cuáles son los objetivos de la decisión?

- ¿Están descriptos de manera que puedan ser medibles?
- ¿Se trata de un objetivo o son varios?

¿Cuándo se alcanzarán los objetivos?

- ¿Se dispone de estadística respecto de los tiempos involucrados?
- ¿Existen tiempos parciales?

¿Cuál es el horizonte de planeamiento?

- ¿Se encuentra dentro de un plazo determinado?
- ¿Está circunscrito a un área?

¿Cómo se expresan las alternativas?

- ¿Son exclusivas?
- ¿Hay acciones simultáneas?

¿Cuáles son los estados inciertos?

- ¿Se encuentra definida la o las variables inciertas?
- ¿El decisor puede intervenir sobre ella?
- ¿de qué manera?
- ¿con qué resultado?

¿Qué tipo de incertidumbre se analizará?

- Con datos previos
- Sin datos previos

¿Cuáles serán los resultados?

- Magnitudes como porcentos, cantidades, probabilidades y otras.
- Utilidades, por ejemplo expresados en AVISA para la medición de la carga de morbilidad o AVAD (Años de Vida ajustados por discapacidad).
- Beneficios, expresados mediante unidades monetarias.
- Costos.

¿Los resultados se encuentran en relación a los objetivos propuestos?

- El tipo de magnitud expresada es coherente con los objetivos
- Se verifica que los resultados esperados cumplen los objetivos propuestos

¿Qué proceso se modelizará?

- ¿Cuál es su finalidad?
- ¿Es único, repetitivo y/o complementario de otros?
- ¿Dónde comienza y dónde termina?
- ¿Dónde y cuándo se realiza?
- ¿Con qué magnitudes puede expresarse?
- ¿Quiénes se encuentran involucrados?

¿El modelo diseñado?

- ¿Responde a la realidad funcional?
- ¿Se puede realizar pruebas sobre él mediante variaciones y contrastes con la situación real?
- ¿De qué manera?

La estructura del modelo

- ¿Qué variables que lo componen?
- ¿Qué variables no se tomaron para su construcción?
- Las mismas ¿son centrales en el proceso?
- Hay antecedentes de cómo se comporta el modelo (funcionamiento)

¿Qué escalas se utilizarán para los valores de las variables?

- Nominal
- Ordinal
- Intervalo
- Proporcional

Respecto de la matriz de decisiones:

- ¿Se trata de un tipo de decisión que puede representarse mediante una matriz 2x2?
- ¿La matriz que complejidad tiene? ¿puede dividirse?
- ¿Las alternativas de la decisión se encuentran afectadas por más de una variable?
- ¿Las alternativas tienen subestados?

El árbol de decisión:

- ¿Representa decisiones secuenciales?
- ¿Las alternativas son excluyentes?
- ¿El decisor tiene plena posibilidad de elección?
- ¿El decisor tiene control sobre los acontecimientos?

(Elaboración propia)