

Blanca Reneses<sup>1, 2</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>1, 2</sup>  
Isabel Argudo<sup>1</sup>  
Antonio Carrillo<sup>1</sup>  
María J. Regatero<sup>1</sup>  
Jorge Moreno<sup>3</sup>  
Raquel Ruiz<sup>1</sup>

# Pasos para desarrollar un proceso de Ansiedad y Depresión desde Atención Primaria hasta los Servicios Psiquiátricos

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos  
Instituto de Investigación Sanitaria del  
Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)  
Madrid, España

<sup>2</sup>Departamento de Psiquiatría y Psicología  
Médica  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense de Madrid  
Centro de Investigación en Red CIBERSAM  
España

<sup>3</sup>Atención Primaria  
Dirección Asistencial Centro  
Madrid, España

---

## INTRODUCCIÓN

La colaboración entre los equipos de Atención Primaria y los Servicios de Psiquiatría para el abordaje de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ha convertido en un elemento presente en la planificación de los servicios sanitarios en la mayoría de los países desarrollados<sup>1</sup> y continúa siendo una estrategia recomendada por los organismos internacionales<sup>2</sup>. Las razones que lo sustentan no han perdido actualidad desde que en la década de los 80 adquirió relevancia la investigación epidemiológica en Atención Primaria.

Las elevadas cifras de morbilidad psiquiátrica en el nivel asistencial de la Medicina de Familia siguen siendo elevadas, oscilando entre el 20 y 35% en los países desarrollados<sup>3-7</sup> siendo los datos más recientes en España de 31%<sup>8</sup> en población adulta y de 46,1% en población geriátrica<sup>9</sup>. Una parte importante de estos trastornos, alrededor del 50%, queda sin identificar correctamente por parte de los médicos de Atención Primaria; hecho repetidamente constatado en diferentes estudios<sup>10, 11</sup>.

Por otra parte, la necesidad de racionalizar los recursos, siempre limitados, obliga a establecer directrices claras para definir los niveles de atención. La variabilidad en la calidad de la asistencia suele conducir a una disminución de la eficacia global de las intervenciones lo que nos obliga a la implantación de protocolos clínicos y otras herramientas que faciliten la estandarización de la atención sobre la base de la evidencia científica, especialmente en los sistemas públicos de salud.

Dado que una buena parte de los trastornos mentales más prevalentes son atendidos en el nivel de Atención Primaria, y que un alto volumen de individuos recibirán su tratamiento exclusivamente en este escalón asistencial<sup>12</sup>, resulta imprescindible que los protocolos clínicos y los procedimientos de cuidados en estos casos incluyan a los médicos Generalistas, a los Psiquiatras y otros profesionales de los servicios de Salud Mental.

Los programas de colaboración con Atención Primaria y Servicios de Psiquiatría han sido etiquetados de diferente

forma a lo largo de las dos últimas décadas. Términos como "*Collaborative care programs*" son comúnmente utilizados en los Estados Unidos y en el Reino Unido, estando incorporados a la llamada Medicina gestionada, o simplemente, para nosotros, Gestión Clínica. Otros términos con los que se define este tipo de colaboración son: "*Disease Integrated care*" y en un plano menos específico "*Interprofesional collaboration*".

El mayor acúmulo de experiencia y de investigación en la gestión compartida con Atención Primaria es en el ámbito de los Trastornos Depresivos<sup>13-15</sup>. La razón para ello es, probablemente, que la patología depresiva y depresivo-ansiosa es la más prevalente en los servicios de Atención Primaria junto a los Trastornos de Ansiedad<sup>8</sup>, suponiendo una proporción importante de la carga social de las enfermedades y la discapacidad<sup>16, 17</sup>. Además, el espectro de gravedad de los trastornos depresivos es muy amplio, lo que supone un extenso abanico de recursos necesarios para su atención que van desde la Atención Primaria a los Servicios de hospitalización Psiquiátrica y las Urgencias hospitalarias en el extremo de mayor complejidad, pasando por los servicios psiquiátricos ambulatorios que soportan el mayor peso de la asistencia especializada en esta patología.

En Estados Unidos el desarrollo de estos programas de colaboración ha sido mayor, estando documentadas un elevado número de experiencias adaptadas a los diferentes sistemas de provisión de servicios<sup>18, 19</sup>. En el Reino Unido, por otra parte, ya existen resultados positivos de evaluación de algunos programas y otros están en pleno desarrollo<sup>20-23</sup>. Las publicaciones científicas sobre las experiencias de programas de colaboración con Atención Primaria para Trastornos depresivos en otros países europeos son más limitadas<sup>13, 24</sup>.

Los elementos comunes identificados en las revisiones de los Programas de colaboración con Atención Primaria para Depresión son los siguientes<sup>15, 19</sup>: Psicoeducación y autoayuda para la monitorización de los síntomas y adherencia al tratamiento, Algoritmos de tratamiento, Seguimiento y monitorización después de un episodio tratado, Planificación de cuidados para la prevención de recaídas, Interconsultas con

Psiquiatras, Formación para todos los provisos de atención, Registros de casos, Gestores de casos, Supervisión especializada de los gestores de cuidados y Recursos adicionales o reajustes en el staff existente.

A la hora de desarrollar un programa de este tipo en el seno de una organización determinada, el interés se centra sobre todo en conocer la contribución de cada elemento a la eficacia del programa en su conjunto, es decir los componentes que añaden un valor sustancial. Este es un asunto relevante dado el coste en recursos y en esfuerzo personal que supone realizar programas más ambiciosos o extensos que lo que sería necesario para conseguir resultados similares.

A continuación resumimos los datos encontrados en la literatura acerca de los elementos que podrían aportar más valor en los programas de colaboración con Atención Primaria para Trastornos depresivos mejor evaluados:

- Hojas estructuradas de derivación desde Atención Primaria a los Servicios psiquiátricos acompañadas de educación activa al respecto mejoran las derivaciones<sup>25</sup>.
- La actuación conjunta con Atención Primaria potenciada con guías de práctica clínica o algoritmos de tratamiento supone un beneficio mayor que las actuaciones separadas<sup>26</sup>.
- Algoritmos de ayuda al diagnóstico y al tratamiento en el marco de una reingeniería de procesos en Atención Primaria<sup>27</sup>.
- Sistemas para mejorar la adherencia al tratamiento antidepressivo<sup>28</sup>.
- Utilización de gestores de casos<sup>28</sup>, especialmente con experiencia en salud mental<sup>29</sup>.
- Supervisión por psiquiatras regular y planificada<sup>29, 30</sup>.
- Seguimiento sistemático y monitorización después de un episodio bajo tratamiento<sup>15, 19</sup>.

Para la justificación del desarrollo de estas experiencias es importante conocer también los datos de evaluación de la relación coste-efectividad. En esta línea la información más amplia se refiere también a los programas de colaboración en Trastornos depresivos. Aunque todos los estudios afirman que los programas de colaboración siempre conllevan un incremento de costes, es necesario tener en cuenta las características propias de cada sistema y cada región para analizar los resultados. Simon<sup>31</sup> analizó el coste efectividad de un programa de depresión persistente encontrando beneficios claros en eficacia con un incremento moderado de coste que resultó comparable a otras intervenciones médicas comúnmente aceptadas. Éste y otros estudios a corto plazo muestran un incremento de los costes de las intervenciones<sup>32-34</sup>. Por el contrario los estudios con un plazo de evaluación más amplio muestran incrementos menores de coste o incluso costes similares al tratamiento convencional<sup>35, 36</sup>.

Otro elemento a tener en cuenta cuando se analizan estas experiencias es el impacto que se produce en las or-

ganizaciones derivado de la creación y la implantación del proceso en sí mismo.

En el plano de la implementación de los programas, Richards<sup>20</sup> pone de manifiesto que el efecto de un programa de colaboración con atención primaria está probablemente mediatizado por los aspectos organizativos de la intervención. En otro orden de cosas Craven<sup>26</sup> advierte que la colaboración exitosa requiere tiempo y preparación así como estar apoyada en relaciones establecidas previamente, alertando sobre las experiencias sustentadas en protocolos de investigación que sólo se mantienen en el tiempo si cuentan con un soporte económico mantenido.

A la vista de los datos que nos aporta la literatura existente sobre este tema, resulta evidente que las iniciativas de colaboración entre los servicios psiquiátricos y los de Atención Primaria, al menos para los trastornos depresivos y de ansiedad, están justificadas y es deseable su extensión. A la vez debe tenerse en cuenta que cualquier programa de nuevo desarrollo debería apoyarse en los datos de evidencia científica, sobre su utilidad, así como ser evaluado prospectivamente para ajustarlo a las necesidades reales de una población concreta.

Sobre la base de estas premisas, el Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid ha desarrollado un Proceso clínico con Atención Primaria (AP) para los Trastornos depresivos y de Ansiedad. El objetivo de este trabajo es mostrar los pasos para el desarrollo de un proceso en colaboración con Atención Primaria siguiendo este ejemplo práctico.

## GESTIÓN POR PROCESOS Y PROGRAMAS DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

La gestión por procesos es una herramienta de la gestión clínica que permite la integración ordenada de todas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas para cubrir las necesidades de un grupo específico de enfermedades o de pacientes con un determinado perfil. Un proceso clínico incluye a todos los agentes que participan en el diagnóstico o tratamiento implicados en la patología definida.

Una de sus características más relevantes es que permite identificar los componentes esenciales de la atención clínica, de manera que estos pueden ser evaluados y medidos de manera independiente y conjunta. El resultado clínico resulta, por tanto, más sencillo de evaluar.

La gestión por procesos puede ser aplicada a la mayor parte de los trastornos psiquiátricos resultando, además, especialmente adecuada dadas sus características de cronicidad y de necesidad de múltiples servicios. La mayor parte de las enfermedades psiquiátricas requieren diferentes niveles de atención (Atención Primaria, Psiquiatría ambulatoria, Atención psicológica, hospitalización, etc.) que debe ser pro-

porcionada por diferentes profesionales según los casos y el momento evolutivo de la enfermedad.

El desarrollo de un proceso clínico requiere un enfoque de la asistencia basado en la predicción de necesidades y de resultados clínicos en función de una situación clínica definida. Pasar de un paradigma explicativo a un paradigma predictivo es a la vez un reto y una necesidad en el marco de la medicina gestionada<sup>37</sup>. Un proceso clínico requiere el esfuerzo para definir las necesidades asistenciales precisas ajustadas a situaciones clínicas concretas, todo ello sobre la base de la evidencia científica y en el marco de la organización que presta los servicios. Esto supone considerar en todo momento los recursos disponibles, humanos, materiales y económicos. Por esta razón, el diseño de un proceso clínico va más allá de una maniobra de mejora de la gestión. Requiere una base científica sólida y una disposición a la actualización continua<sup>38</sup>.

Basados en la evidencia científica acumulada acerca de la efectividad y coste de los programas de colaboración con AP, especialmente en Depresión y, por otra parte, en la estrategia de nuestra organización orientada a la Gestión por procesos, adoptamos el objetivo de desarrollar un Proceso Clínico de Ansiedad y Depresión en el año 2010. En este Proceso se incluyeron todos los Servicios de Atención Primaria de la zona de influencia del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) de Madrid y las Unidades de Atención ambulatoria, de Hospitalización y Urgencias del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del mismo.

### Elementos clave para desarrollar un Proceso Clínico de Trastornos Depresivos y de Ansiedad en Psiquiatría y Atención Primaria

Las condiciones necesarias para el comienzo de un Proceso clínico son las siguientes:

- El proceso debería ser coherente con la estrategia de la organización y, por tanto, es necesario contar con su respaldo.
- Es conveniente la designación *a priori* de un líder o coordinador para dirigir su diseño, desarrollo e implementación.
- El diseño y el desarrollo interno debe estar realizado por los profesionales de los distintos servicios integrantes.
- Las recomendaciones clínicas que se formulen deben tener un sólido apoyo en la evidencia científica.
- Debe incorporar un sistema de evaluación que incluya la medida de los resultados clínicos.
- Cada Proceso clínico requiere un diseño *ad hoc* dependiendo de las características específicas del sistema de salud donde va a ser implantado.
- Debe existir un Sistema de Información que dé soporte al proceso clínico.

### Pasos para realizar con éxito un proceso clínico

#### 1. Elegir un líder y un grupo de trabajo para el diseño y desarrollo del proceso

La dirección del proceso debe estar definida *a priori*. Es conveniente la elección de un profesional que coordine el desarrollo del proceso y que lidere su implantación. La elección de este profesional está basada en los criterios de la gestión del conocimiento<sup>39, 40</sup>. Es decir, conviene elegir entre los profesionales de la organización aquel que tenga especial interés en la materia, o bien que sea un experto en ella y que, además, tenga habilidades para coordinar un grupo de trabajo y para poner en marcha las propuestas para producir cambios. Son elementos imprescindibles la motivación, el rigor científico y cierta capacidad de liderazgo profesional.

El grupo de trabajo ideal debería integrar profesionales tanto de los servicios de Psiquiatría como de Atención Primaria, incluyendo aquellos que tienen máximo protagonismo en el proceso clínico a implementar. En el escenario de los países occidentales más desarrollados, y en el caso de un Proceso de Trastornos Depresivos y de Ansiedad, son los médicos tanto psiquiatras como de familia los principales protagonistas implicados ya que en ellos recaen las decisiones de las vías de atención que recorrerá el paciente en cada momento. Deben incluirse también psicólogos clínicos y personal de enfermería para los programas de cuidados, psicoeducación y detección precoz. Además, debe contarse con algún miembro directivo de las organizaciones y, en la medida de lo posible, con un especialista en gestión clínica y/o en gestión de calidad. Un miembro del equipo debe ser el responsable de la redacción y compilación de documentos a lo largo de todo el desarrollo.

De manera ideal, los participantes en el grupo de trabajo nuclear serán después los líderes intermedios del proceso, es decir estarán integrados en él tras su implementación con mayor protagonismo que el resto del *staff*. Además, conviene que sean los responsables de la evaluación periódica y actualización en los periodos que se determine.

Un grupo de trabajo es un equipo con una tarea común explícita y un marco de tiempo concreto para llevarla a cabo, no debería contar con más de ocho participantes para ser operativo. El grupo, debe tener la posibilidad de ampliarse para fines concretos invitando a participantes específicos según algunas tareas concretas. Por ejemplo, pueden incorporarse uno o varios psicólogos para abordar las indicaciones específicas de tratamientos o exploraciones psicológicas. Lo mismo es válido para los enfermeros/as y otros profesionales.

En el caso de Proceso de Ansiedad y Depresión del HCSC el grupo de trabajo estuvo constituido por cuatro psiquiatras, dos médicos de familia y un economista coordinador de gestión. De todos ellos uno era el líder del proceso y otro tenía cargo de Subdirector médico en

el estamento de Atención Primaria. Se contó con participantes externos para tareas puntuales en determinados momentos del desarrollo del proceso. Estos fueron: psicólogos, profesionales expertos en Trauma psíquico, expertos en gestión y evaluación de servicios sanitarios y expertos en sistemas informáticos sanitarios externos ambos a la organización.

El método de trabajo, en el ejemplo del HCSC, consistió en sesiones de trabajo del grupo principal con tareas definidas para cada participante y discusión conjunta previa a la redacción final de cada parte, a lo largo de un año aproximadamente. Estas sesiones incluyeron la definición de indicadores de calidad del sistema de evaluación y el diseño y contenido del sistema informático.

El total de horas de trabajo en sesiones conjuntas de un equipo estable de seis miembros fue de alrededor de 700 horas presenciales en sesiones de trabajo conjunto. A esto debe sumarse un número indeterminado de horas de trabajo individual de cada miembro del equipo, sin contar con los colaboradores externos.

## 2. *Considerar el marco Institucional*

Un proceso clínico solo puede implantarse en una organización que integre en su estrategia este enfoque de gestión. La inclusión de los servicios especializados junto a los de Atención Primaria en un mismo proceso, requiere entonces el respaldo de ambos. Otro elemento importante para facilitar el proceso es la existencia previa de vínculos profesionales entre las partes implicadas<sup>26</sup>. Será por tanto más sencillo construir un proceso clínico con Atención Primaria en aquellas organizaciones en las que exista una cultura de coordinación y comunicación entre ambos niveles.

## 3. *Recomendaciones clínicas basadas en los datos de la evidencia científica*

Un proceso clínico incluye las diferentes vías asistenciales posibles en la organización para una patología concreta, así como los procedimientos de diagnóstico y de tratamiento acordados según las características puntuales de la enfermedad y del paciente. Es inevitable incluir en el proceso algunos protocolos clínicos y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento. Es un criterio esencial de calidad que estas recomendaciones se basen en la evidencia científica disponible. Una parte esencial del trabajo de redacción del proceso y, posteriormente, de revisión periódica es la actualización científica de estas recomendaciones. El grupo de trabajo debería documentar científicamente sus propuestas o decisiones.

## 4. *Diseño del proceso "ad hoc" según el sistema de salud en el que asienta*

Los procesos clínicos requieren un diseño adaptado a las características de las organizaciones en las que se lleva a cabo. Por esta razón no son totalmente exportables y

es inevitable una adaptación de otros o un diseño específico.

Las limitaciones que impone el conjunto de normas, limitaciones económicas, cartera de servicios, tipo de provisión de la asistencia y valores de la población a la que va dirigido deben tenerse en cuenta.

Habitualmente en España las estructuras directivas de la Atención Primaria y especializada son independientes a determinado nivel, lo que requiere un acuerdo permanente y entre ambos estamentos. La organización de los servicios de psiquiatría y salud mental puede ser algo más homogénea aunque la vinculación entre las estructuras ambulatorias y hospitalarias no está resuelta de la misma manera en las diferentes Comunidades Autónomas, ni siquiera dentro de un mismo territorio.

Habitualmente los Servicios de Psiquiatría se estructuran como una red de dispositivos que, en el mejor de los casos tienen una jerarquía común, o al menos un sistema de coordinación. Las peculiaridades también se presentan en el ámbito de la "cultura" institucional. Nos referimos a ello como al conjunto de componentes que conforman el estilo de trabajo de cada centro: organización de la asistencia cotidiana, referencias teóricas en las que los profesionales basan su práctica, criterios explícitos o implícitos para la derivación de pacientes a Atención Primaria, etc.

Probablemente uno de los elementos más diferenciadores en las tres últimas décadas haya sido el modelo de trabajo basado en diferentes "psiquiatrías": comunitaria, biológica, psicodinámica, hospitalaria etc. Así como las diferentes maneras de integrar en la práctica la psicología clínica y la enfermería. Estos patrones diferentes de entender la asistencia resultan un reto para la organización de los servicios, y también un problema para la confianza de la administración sanitaria en ocasiones.

Un proceso clínico que, por su estructura horizontal, incorpora todos los elementos de la cadena asistencial resuelve, a nuestro modo de ver, las potenciales diferencias entre las distintas "psiquiatrías"<sup>41</sup> que suponen una división innecesaria de la psiquiatría en el momento actual del conocimiento científico.

## 5. *Sistema de evaluación incluyendo indicadores de resultados clínicos*

Resulta frecuente encontrar sistemas de evaluación de servicios o de programas que exclusivamente incluyen indicadores de estructura y de proceso. Sin restar importancia a éstos, la medida de los resultados clínicos es esencial para conocer si un proceso clínico aporta realmente valor a la mejora de la salud de una población<sup>42, 43</sup>.

La evaluación de los resultados clínicos requiere el registro rutinario de medidas objetivas de salud, habitualmente mediante escalas sencillas de valoración. En el Proceso de Ansiedad y depresión del HCSC se han incorporado algunas escalas de rutina para la medición de la gravedad y discapacidad así como el modelo de

Estadaje de los Trastornos depresivos propuesto por He-trick y McGorry<sup>44</sup> como complemento al diagnóstico y a la evaluación en diferentes hitos de la evolución clínica. Este modelo ha sido modificado por nuestro grupo de trabajo tal como se muestra en otro de los artículos de este suplemento (ver: Carrillo A et al. "Proceso de Depresión en los Servicios de Psiquiatría").

La evaluación estandarizada y el registro rutinario de los datos clínicos en un sistema de información, no solo favorecen la calidad del servicio sino que son a la vez potenciadores y facilitadores de la investigación<sup>45</sup>, fomentando especialmente el estudio de las necesidades asistenciales y su vinculación a resultados, base necesaria para el cálculo de la financiación<sup>2</sup>. Facilita a la vez la convergencia de intereses entre los órganos académicos y los de gestión proporcionando bases de datos de poblaciones homogéneas para la investigación clínica, biológica y epidemiológica.

#### 6. El proceso clínico debe estar apoyado en un Sistema de Información

Los procesos clínicos precisan un soporte informático tanto para el registro de casos clínicos como para disponer de acceso rápido a los algoritmos de decisión o sistemas de ayuda al diagnóstico y tratamiento. Lo ideal es contar con un único sistema informático para los niveles asistenciales de atención primaria y especializada de manera que el camino que recorre un paciente así como todos los hitos diagnósticos y terapéuticos que se producen sean conocidos por los profesionales que participan en la actividad clínica del proceso. De la misma manera es necesario el registro de los datos administrativos (citas, ingresos, pruebas, etc.) para fines de gestión asistencial y económica.

La realidad de los diferentes sistemas de salud es extraordinariamente variada en el territorio español, no solamente por las diferencias en los sistemas de información de las comunidades autónomas, y entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Especializada sino, lamentablemente, por la heterogeneidad entre unos hospitales y otros aún dentro de una misma región. Esta situación dificulta mucho disponer de un sistema común en el que integrar diferentes procesos clínicos. En nuestro caso optamos por definir un nivel diferente para la atención primaria y la especializada. Los subprocesos en AP se han diseñado para que exista fácilmente acceso los algoritmos de ayuda para diagnóstico y tratamiento. Por otra parte los subprocesos tanto diagnósticos como terapéuticos en los servicios de psiquiatría y salud mental se han construido sobre un soporte informático específico que puede ser integrado en una historia clínica electrónica.

El sistema informático en cualquier proceso clínico posibilita la evaluación periódica ya que los indicadores pueden y deben estar basados en datos clínicos y administrativos recogidos de manera rutinaria y por lo tanto recuperable para su análisis.

La ausencia de un soporte informático del proceso obligaría a la recogida y explotación manual de los datos, lo que dificulta enormemente la evaluación.

#### 7. Plan de Comunicación y de Implementación

Una vez finalizado el proceso, éste debe ser conocido por todos los miembros de la organización tanto profesionales como directivos. Conviene que exista un periodo de tiempo para recibir aportaciones que deben ser tenidas en cuenta.

El plan de difusión y de implantación es costoso y, probablemente, es la fase más difícil del proceso. Tiene grandes similitudes con la implantación de otras herramientas de gestión como las vías clínicas<sup>46</sup>. Suele suponer un cambio en la forma de trabajo cotidiana y, aunque pueda ser validado teóricamente, su aplicación práctica siempre es desigual en un grupo grande de profesionales. Por lo tanto, el periodo de implantación debe prolongarse con arreglo a las características peculiares de cada organización en cuanto a tamaño, heterogeneidad y estructuras de soporte disponibles.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD004910.
2. OMS. Informe sobre la Salud Mental en el mundo. La Financiación de los Sistemas de Salud. Ginebra: Ediciones de la OMS, 2010.
3. Regier DA, Narrow WE. The de facto US mental and addictive disorders service system. *Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rate of disorders and services. Archives of General Psychiatry.* 1993;50:85-94.
4. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health.* [NLM - Medline]. 2000;90(4):602.
5. Kessler RC, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
6. Marino S, Gallo JJ, et al. Filters on the pathway to mental health care I. Incident mental disorders. *Psychol Med.* 1995;25:1135-48.
7. Wittchena HU, Jacobib F, et al. Size and burden of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal. *European Neuropsychopharmacology.* 2005;15:357-76.
8. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):201-10.
9. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodriguez M, Pelegrin C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(9):915-21.
10. Landa González N, Goñi Saries A, García de Jalón Aramayo E, LUE. Concordancia en el diagnóstico entre Atención Primaria y Salud Mental. *Atención Primaria.* 2008;40:285-90.
11. Richardson LP, Russo JE, Lozano P, McCauley E, Katon W.

- Factors associated with detection and receipt of treatment for youth with depression and anxiety disorders. *Acad Pediatr*. 2010;10(1):36-40.
12. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Summary Report. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159215X.pdf>. 2004. WHO. Ref Type: Electronic Citation
  13. Rotge JY, Tignol J, Aouizerate B. Improving the management of depression in primary care: review and prospects. *Encephale*. 2007;33(4 Pt 1):552-60.
  14. Adli M, Bauer M, Rush AJ. Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biol Psychiatry*. 2006;59(11):1029-38.
  15. Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry*. 2007;52(2):77-85.
  16. Spitzer RL, Kroenke K, et al. Health related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*. 1995;274:1511-7.
  17. Philbick JT, Connelly JE, et al. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*. 1996;1:9-15.
  18. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2008;(173):1-362.
  19. Williams JW Jr, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(2):91-116.
  20. Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2008;38(2):279-87.
  21. Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, et al. Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression--study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:188.
  22. Buszewicz MJ, Chew-Graham C. Improving the detection and management of anxiety disorders in primary care. *Br J Gen Pract*. 2011;61(589):489-90.
  23. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatr Danub*. 2010; 22(Suppl 1):S18-S22.
  24. Harter M, Bermejo I, Ollenschlager G, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, et al. Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *Int J Qual Health Care*, 2006;18(2):113-9.
  25. Akbari A, Mayhew A, Al Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD005471.
  26. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.
  27. Rost K. Disability from depression: the public health challenge to primary care. *Nord J Psychiatry*. 2009;63(1):17-21.
  28. Katon W, Guico-Pabia CJ. Improving quality of depression care using organized systems of care: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(1).
  29. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006;189:484-93.
  30. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314-21.
  31. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1638-44.
  32. Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ, Pearson SD, Henk HJ, Helstad CS. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(2):181-7.
  33. Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unutzer J, et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care*. 2002;40(10):941-50.
  34. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Rutter C, Manning WG, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):65-72.
  35. Unutzer J, Katon WJ, Fan MY, Schoenbaum MC, Lin EH, Della Penna RD, et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care*. 2008;14(2):95-100.
  36. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski PS. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(6):1155-9.
  37. Baca E, Lázaro J. *Hechos y valores en Psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2002.
  38. Ferrandiz Santos J, Rodriguez Balo A. *El Diseño de la Calidad. La Gestión por Procesos*. JANO 2004; 66(1):520.
  39. Veltri S, Bronzetti G, Sicoli G. Reporting intellectual capital in health care organizations: specifics, lessons learned, and future research perspectives. *J Health Care Finance*. 2011;38(2):79-96.
  40. Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: A conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ*. 2006;84(8):597-602.
  41. Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry*. 2010;9(1):1-2.
  42. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(3):211-6.
  43. Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16(Suppl 2):38-47.
  44. Hetrick S, Parker A, Hickie I, Purcell R, Yung A, McGorry P. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychother Psychosom*. 2008;77(5):263-70.
  45. Jenkins R. Supporting governments to adopt mental health policies. *World Psychiatry*. 2003;2(1):14-9.
  46. Evans-Lacko S, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:182.