

Evaluación de servicios de salud mental *

Evaluation of mental health services

G. E. BERRIOS

GENERAL

El concepto de evolución tal y como se utiliza en relación a la psiquiatría de hoy es complejo. Esta complejidad resulta tanto de confusiones de definición como de problemas inherentes a las diversas rutinas cualitativas y cuantitativas utilizadas en el proceso evaluativo. Este artículo enfocará algunas de estas dificultades, particularmente aquellas encontradas en la experiencia inglesa. La intención de estos comentarios no es la de desanimar a aquéllos que comienzan su marcha en el camino arduo de la evaluación, sino la de sugerir que estos problemas tienen solución.

Evaluar un servicio de salud mental en el sentido más general del término significa medir la capacidad del servicio para llevar a cabo las tareas que se le han asignado. En cierta forma, tales evaluaciones siempre se han llevado a cabo. Equipos psiquiátricos responsables que han podido mantener su objetividad, y que no albergan creencias grandiosas en la verdad absoluta de sus actividades, siempre se han preguntado acerca de su propia efectividad y eficiencia. La única diferencia con el presente es que ahora se está pidiendo a los mismos que expresen tales dudas y evaluaciones casuales en un lenguaje público y común. Es cierto, como veremos más tarde, que cuando la administración y el gran público piden a los trabajadores de la salud mental que den cuenta periódica de sus actos clínicos no necesariamente los hacen imbuidos de los ideales científicos más altos. Pero en realidad esto no importa mucho porque hay también buenas razones para evaluar.

Para llevar a cabo una evaluación el trabajador de la salud mental necesita conocer tres cosas fundamentales:

1. una escala en relación a la cual se puede llevar a cabo la medición,
2. la tarea o tareas por las cuales el sistema es responsable, y
3. las fronteras operativas del mismo, es decir, qué se debe incluir y qué excluir como partes del servicio a evaluar.

Pocos estudios de evaluación se molestan en especificar

estos puntos. La razón es que existe la creencia generalizada (aun cuando sin mucho fundamento) que la definición de tareas y la de delineación del sistema, son siempre claros. Por lo tanto estos estudios tienden a concentrarse únicamente en la presentación y defensa del método de medición o escala. Pero la falta de atención a los primeros puede dar lugar a evaluaciones incompletas o injustas. Anlizemos brevemente como esta desatención puede afectar tales resultados.

Las funciones del sistema

La evaluación es injusta cuando no toma en cuenta tanto las tareas o funciones *explícitas como las implícitas* de un servicio o sistema. Las primeras están determinadas por las obligaciones contractuales de un servicio y son, por lo tanto, fáciles de determinar. Aun en estos casos, sin embargo, puede haber dificultades interpretativas, y desacuerdos de esta naturaleza no son raros, particularmente entre los gerentes y los clínicos. Igualmente, no se debe olvidar que las tareas explícitas no existen en abstracto sino siempre en contextos temporales y presupuestarios determinados. Esto es particularmente importante en la evaluación temprana de servicios recién instalados.

El problema con lo que aquí he llamado tareas implícitas es aún más interesante. Tareas implícitas son aquellas que no aparecen en el contrato original y que los servicios incorporan o toman a cargo voluntaria o involuntariamente. Estas pueden añadirse por medio de varios mecanismos. Los más comunes son tres. El *primero*, que llamaré aquí *mecanismo por defecto*, ocurre cuando el servicio se da cuenta de que no puede llevar a cabo su tarea sino emprende algunas funciones extras: éstas al comienzo se pueden considerar como pasajeras ya sea porque los gerentes no han presupuestado para ellas, o porque los servicios de apoyo aun no se han establecido. Estas tareas pueden aparecer entonces como marginales, pero su característica común es que aquéllos que las incorporan piensan que ellas no constituyen un escape de energías o de dinero. Un *segundo mecanismo* está constituido por lo que aquí llamaré *añadidura creativa*, es decir, la inclusión de funciones nuevas sugeridas por el entusiasmo del equipo. Muchas veces estas nuevas funciones mejoran la eficiencia del servicio y tiene costes relativamente bajos; otras sin embargo, aún cuando útiles, pueden ser costosas y constituyen un drenaje real de recursos.

* Artículo basado en la conferencia pronunciada el 8 de Mayo de 1990 en la Academia de Medicina de Granada por G. E. Berrios del Departamento de Psiquiatría. Universidad de Cambridge. Inglaterra.

Un ejemplo típico de este mecanismo es el de servicios que comienzan como unidades hospitalarias convencionales y gradualmente se abren hacia la comunidad sin tener una inversión nueva de recursos. Por ejemplo, utilizan algunos de sus enfermeros como agentes comunitarios reduciendo así el personal de internamiento. *El tercer mecanismo* por medio del cual se añaden tareas que no se encuentran listadas en el contrato original es, en cierta forma, un mecanismo general en la psiquiatría. Hay funciones más o menos ocultas relacionadas con el quehacer psiquiátrico tales como el ejercicio de un cierto control moral que vela indirectamente por valores tales como el orden social, la buena conducta de los habitantes, la prevención primaria e incluso la enseñanza de formas normales y aceptables de vivir. Estos servicios se ofrecen abiertamente o encubiertamente e incluyen la contribución de psiquiatras y psicólogos en prisiones, secuestros, problemas de alcoholismo, drogadicción, etc.

Esta además decir que las tareas incluidas en cualesquiera de estos mecanismos conllevan costes que deben tenerse en cuenta en la evaluación. Muchas veces, sin embargo, los trabajadores de la salud mental no son conscientes de los servicios extras que proveen, o si lo son no se percatan de que estos servicios tienen costes extras, o de que estos costes se salen del presupuesto original.

Este no darse cuenta tiene varias causas: a veces las tareas implícitas no son conceptualizadas como servicios de salud, otras veces se las considera útiles para fomentar la profesionalización y avance de los miembros del equipo ya sea porque les proporciona experiencias nuevas o porque mejora sus currícula.

Con respecto a las funciones implícitas en general, desearía enfatizar un punto importante, a saber, que hasta la fecha no ha habido necesidad de pregonar o hacer alarde de ellas. Los servicios de psiquiatría en todas partes las han llevado a cabo en silencio, y los gerentes han aceptado alegremente estas contribuciones adicionales. En algunos países tales como el Reino Unido que ha hecho uso incluso de presiones sociales y morales para forzar al personal a que continúe ofreciendo servicios implícitos. Pero ahora las cosas han cambiado. Si en nombre de una gerencia más eficiente la nueva filosofía de la evaluación periódica va a pedir a los trabajadores de la salud que den cuenta financiera de sus actos clínicos, entonces habrá que incluir todas estas funciones extras. En respuesta a este reto, por lo menos en el Reino Unido, y ciertamente en los Estados Unidos, están ocurriendo cambios importantes, y no todos en beneficio directo del enfermo mental, que después de todo es la única razón por la cual el sistema se ha creado. Un cambio indeseable es la restricción de servicios, es decir, el no hacer más de lo dictado en el contrato original; otro el de invertir tiempo clínico en el enlistado minucioso de las tareas extras para que éstas se tomen en cuenta en las evaluaciones periódicas. Por ejemplo, en los Estados Unidos es común que cada vez que un miembro del equipo ve a un paciente, se registre el contacto en las notas clínicas como tiempo psicoterapéutico. Raras son las oportunidades en las que los gerentes han aceptado *de jure* lo que ya ocurría *de facto*, y han incorporado las tareas implícitas en las obligaciones contractuales, y reajustado los presupuestos.

Los linderos del sistema

Pasemos ahora a tratar la relación que hay entre la evaluación y la definición clara de los linderos del sistema. Muchos creen que esta definición no es problemática, es decir, esta dada por el número de miembros del equipo, o por el sector geográfico o poblacional con el que se relaciona, o por los linderos físicos que ocupa en el hospital u otro centro de trabajo. Pero es un hecho claro que los servicios psiquiátricos tienen linderos menos claros que otros, tales como los quirúrgicos. Es inherente en la naturaleza de lo psiquiátrico que las fronteras entre lo médico, lo psicólogo y lo social no estén definidas. Por ejemplo, los servicios comunitarios, particularmente aquéllos con un ethos preventivo, se sumergen en las comunidad a través de su trabajo en colegios, prisiones, centros sociales, servicios de caridad y beneficencia, servicios voluntarios, e incluso con servicios psiquiátricos aledaños. Esto es aún más complicado si el equipo en cuestión incluye especialistas de talla nacional o internacional y por lo tanto añade una clientela adicional que fluye a través de sus permeables linderos.

En todos estos casos es difícil medir lo que se llama intercambio de deberes y de personal y por lo tanto el movimiento de capital a través de fronteras. No siempre se puede utilizar el argumento de que éstas son fugas menores. Todo depende del servicio y del país. En el Reino Unido estos intercambios fronterizos y fugas son altos, particularmente porque hay alta movilidad social, pero también porque hay muchas consultas transprovinciales. Durante años se ha intentado medir este flujo a través de las fronteras.

Otro punto importante con respecto a los linderos de un servicio se relaciona con lo que se ha llamado integración total o parcial, y como se debe incluir esta característica en la evolución de un servicio. No se debe olvidar que los servicios psiquiátricos no existen en el vacío sino que son parte de sistemas de salud. Aun así, la integración entre los dos varía mucho. La manera más simple de definir la integración es basándose en: 1) la cantidad y calidad de intercambios, y 2) el número de mecanismos compartidos entre servicio y sistema. Una medida grosso modo de integración distingue tres categorías: completa, parcial y mínima. Está además decir que estas categorías tienen un efecto distinto sobre la definición de los linderos de un servicio y por lo tanto pueden afectar la evolución de este último. Es importante saber que no existen formas confiables de medir la integración a un nivel más riguroso. La razón es que el concepto de integración tiene, además de la pura definición funcional que acaba de mencionar, aspectos profesionales, sociales, políticos e incluso físicos.

Funciones explícitas e implícitas

Pero aceptemos por un momento que el modelo de evaluación ha sido capaz de tomar en cuenta tanto las tareas explícitas como las implícitas y también de definir los linderos del sistema. La siguiente pregunta a hacer es: ¿cómo se recogen los instrumentos, escalas y otras técnicas evaluativas?

Hemos dicho que evaluar un servicio psiquiátrico consiste en establecer relaciones cuantificadas entre sus entradas y sus salidas y dar sentido a estas relaciones desde el punto de vista de tareas o funciones previstas de antemano. Es importante, repito una vez más, que estas tareas se identifiquen de antemano. De otro modo, aquéllas que he llamado implícitas pueden permanecer ocultas todo el tiempo ya que el diseño de captación de datos o de indicadores no las tomará en cuenta. En estos casos aparecerán costes en el balance final que tendrán que ser injustamente interpretados como desperdicios o ineficiencias del sistema.

La función explícita central

Concentrémonos por un momento en cómo designar y captar la tarea explícita central de un servicio psiquiátrico promedio, es decir, aquélla que consiste en proveer salud: las definiciones internacionales señalan que ésta consiste más en devolver que en preservar la salud mental, es decir en una tarea terapéutica. En un gran porcentaje de casos, esta última estriba, como en el caso de la rehabilitación de enfermos con defectos psicóticos graves, en evitar que el funcionamiento psicológico se deteriore más. La tarea de prevención primaria, tan positivamente valorada en la medicina en general, es todavía una esperanza no realizada en psiquiatría.

Esto quiere decir que la captación de datos, y la evaluación del sistema por medio del análisis cuantitativo de estos datos, tendrá que tomar en cuenta este hecho fundamental, a saber, que gran parte de la tarea de un servicio psiquiátrico consiste no en la restauración de la salud sino en la evitación del deterioro. Como veremos, este hecho fundamental es manejado de una forma distinta por las tres formas posibles que existen de evaluar servicios psiquiátricos. Estas son: 1) la puramente terapéuticas, que mide la capacidad de un sistema de devolver salud o evitar el deterioro (sin tomar en cuenta los costes), 2) la puramente económica, que quiere simplemente saber cuánto cuesta el sistema sin importarle los cambios en la salud que promueva y, en tercer lugar, 3) modelos de evaluación que intentan combinar los dos métodos anteriores, es decir, los llamados métodos de coste/beneficio.

Metodología de evaluación de servicios de salud mental

Aspectos generales

Pero aceptemos ahora que tenemos una idea clara de los funciones tanto explícitas como implícitas del servicio que queremos evaluar, de sus linderos, y de su nivel de integración con los otros sistemas de salud. La siguiente pregunta es cómo podemos evaluar este sistema.

Anteriormente di la definición más amplia posible: evaluar es medir con una razón *in mente*. Medir es asignar números a las cosas. Por lo tanto necesitamos una escala, un metro, en relación al cual podamos obtener cifras específicas. Ahora debemos preguntarnos: 1) qué metro, y 2) a qué cosas

se puede aplicar este metro o medida. Concentrémonos por un momento en la segunda parte de esta pregunta: las cosas son por supuesto las tareas en las que se empeña un sistema. Pero como estas tareas son conceptos abstractos, la única forma de medirlas es transformándolas en variables cuantificables, en equivalentes que las hagan visibles. Los llamados índices no son sino medidas posibles de conductas, movimientos de enfermos, u otras variables que se cree se relacionan directamente con la tarea abstracta.

Resulta obvio, aún cuando no es siempre tomado en cuenta por los evaluadores, particularmente por evaluadores legos, que para que la evaluación sea significativa habrá que tener cierta evidencia que los llamados índices son variables representativas y confiables. Por ejemplo si se trata de la tarea terapéutica, esta deberá covariar con los índices que la representan. Esta es una de las áreas más descuidadas de la evaluación y quisiera dedicarle un minuto. El problema es claro: lo que aquí he llamado tareas son entidades abstractas, es decir, no hay forma de llegar a ellas sino por aproximación. Por ejemplo, la tarea terapéutica: ¿se trata simplemente de lograr la desaparición de la conducta patológica, o de promover la aparición de conductas llamadas normales y positivas?; cuando se la mide ¿deberá hacerse por un mes, un año, cinco años? Hay hipótesis y sugerencias en favor de todas estas opciones. Sin embargo, como los servicios psiquiátricos operan dentro de una realidad concreta, contenidos y plazos deben insertarse dentro de parámetros prácticos tales como años fiscales, presupuestos, contratos de personal, etc. Esto impone gran limitación a la representatividad de los índices o indicadores. En otras palabras, aquéllos que se registran rutinariamente casi nunca contienen información suficiente para evaluar ciertas tareas. La razón es que los modelos originales de auditoría médica aparecieron en cirugía, donde el episodio a evaluar es más concreto en el tiempo y en espacio. Incumbe a los trabajadores de la salud mental demostrar que el concepto de episodio terapéutico en psiquiatría tiene referentes temporales y espaciales distintos, y desarrollar índices nuevos.

Las razones para medir

Dije más arriba que medir es aplicar números a las cosas con una razón *in mente*. Digamos ahora algo sobre estas razones. Potencialmente, se puede medir muchas cosas, pero las intenciones del evaluador determinan aquéllas que se necesitan medir. Por supuesto, en muchos casos, son las regulaciones nacionales o internacionales las que dictan lo que se ha de medir. Estos dictados pueden ser imaginativos y útiles o rígidos e inútiles. Lo importante es que la evaluación no se haga mecánicamente, que cientos de hojas de evaluación no se completen sin que los que lo hacen sepan cuáles son las intenciones por razones de los creadores originales. El conocimiento, aunque sea moderado, de las razones de la evaluación, motiva a los que recojen la información y mejora la calidad de la misma.

Pero a veces hay agendas secretas. Los gerentes, por ejemplo, pueden querer medir por razones que no tienen directamente que ver con los resultados reales de la terapia. Los

indicadores clásicos, tales como el número de altas dirán mucho acerca del movimiento general de enfermos pero poco acerca de la satisfacción del ex-enfermo, acerca de que pasa en la comunidad, de si ha regresado a trabajar o si ha reanudado sus relaciones sociales, en otras palabras, de si ha habido alta con retorno al status quo anterior o con deterioro.

Otro control sobre el número y calidad de indicadores depende del nivel del progreso del país donde está el servicio. Por ejemplo, la semana pasada la sociedad llamada 'Mind', que en el Reino Unido cuida de los estándares de calidad de los cuidados psiquiátricos, presentó un informe crítico de los servicios de salud mental en el país. La crítica no es que los enfermos no mejoren, o que no se les de de alta, porque el informe acepta que sus índices están entre los más altos de Europa. La crítica se refiere a que sólo a un tercio de los enfermos se les había dicho cuáles eran los efectos colaterales de la medicación, a que se tendía a recetar la misma medicación, a que los tratamientos psicológicos intrahospitalarios parecían ser solo actividades para pasar el tiempo, y que aquéllos que los imparten deben hacer más investigación para comprobar que la musicoterapia, la arte-terapia etc., realmente cumplen con una función terapéutica. Más aún, el informe se quejaba de que sólo en un cincuenta por ciento de enfermos dados de alta, los trabajadores sociales del equipo psiquiátrico se habían asegurado que tendrían un trabajo en la comunidad.

Repitamos que estas duras críticas no están dirigidas a la sociedad en general o a los servicios sociales, sino a los servicios psiquiátricos. Menciono este ejemplo para mostrar como una agencia social en sus procesos de evaluación se arroga el derecho de asumir ciertas tareas, y la extensión de estas tareas, que ni el equipo psiquiátrico ni los gestores que establecieron el contrato original considerarían como de su incumbencia. Lo que la agencia 'Mind' esta haciendo, en otras palabras, es sugerir una redefinición de evaluación que tome en cuenta calidad de vida.

Bien, volvamos ahora a hablar de qué se mide y cómo se puede recoger la información. Los llamados índices son, como dije antes, medidas indirectas que se escogen porque se las considera válidas y fiables. En general, estas ansias por medirlo todo y por establecer la eficiencia de un sistema, son relativamente nuevas en la medicina europea y no existen aún mecanismos sofisticados que permitan crear y escoger índices. En otras palabras, los índices se escogen de tres grupos: 1) estándar, es decir índices mínimos, ya sea nacionales o internacionales, que sirven para obtener una idea simple del movimiento de enfermos que son usados para la creación de servicios; 2) el segundo grupo es de índices especializados, por ejemplo ginecológicos o psiquiátricos, que toman en cuenta las características específicas de ciertas enfermedades, y 3) índices experimentales, es decir sugeridos por teorías, hipótesis o puntos de vista, que aunque no se los incorpora en los grandes sistemas administrativos, pueden ser candidatos para ello.

El problema con los tres tipos de índice, particularmente con los tipos uno y dos, es que aun cuando haya cierta evidencia de su fiabilidad la hay menos de su validez, particularmente porque los estudios de validez se han hecho en un país, y se asume sin más evidencia, que esta validez es ge-

neralizabile a otros. En realidad, este es un artículo de fe. El problema aquí es potencialmente enorme: si la premisa de validez internacional es insostenible, y por lo tanto cada país tiene que desarrollar sus propios índices, entonces no se podría hacer comparaciones internacionales. El problema es que los estudios comparativos de validez deben basarse sobre indicadores cuya validez misma aun no se ha comprobado.

Lo más probable es que existan índices de validez internacional, pero que requieran correcciones contextuales. En otras palabras, la información que se toma en América, el Reino Unido, o Cataluña es comparable si se incluyen en la ecuación ciertos elementos correctivos. Lamentablemente los artículos daneses, americanos o británicos en los cuales aparecen estos índices no incluyen información de esta naturaleza. Por ejemplo, ¿son los índices igualmente válidos para poblaciones predominantemente urbanas y rurales, para poblaciones con alta o baja movilidad social, para poblaciones con y sin médico de cabecera, para poblaciones con diferente prevalencia de enfermedad, para poblaciones con servicios generales mas bien que con servicios especializados, esto es, servicios de drogadicción, psicogeriatría, alcoholismo, neuropsiquiatría, etc.?

Pero demos un paso más, aceptemos que los índices escogidos son confiables y válidos. La siguiente pregunta es igualmente importante: ¿quién va a medir? Un índice puede ser válido y fiable, pero depende de si los instrumentos de medida son aplicados en forma estandarizada. Esto significa que hay que capacitar a aquéllos que recogen la información, a veces impartiendo cursos especializados (por ejemplo, si se va a utilizar instrumentos como el PSE).

La próxima etapa concierne a los diversos niveles de evaluación: este proceso se puede llevar a cabo desde el nivel más elemental al más complicado. Evaluaciones elementales utilizan índices estadísticos muy simples, por ejemplo aquéllos que los gobiernos usan en sus catastros. Esto permite que aun ahora se puede evaluar en el Reino Unido los movimientos de enfermos en hospitales dieciochescos. Pero la información que se obtiene de estos índices es muy limitada. La única ventaja que hay es que los datos ya están allí, y que son robustos y por lo tanto algo fiables. Muertes en el anfiteatro quirúrgico, suicidios en hospitales mentales, etc., se pueden incluir en este grupo. Pero aun así, estos datos son muy parcos y no dan información sobre aquello que el evaluador quiere saber. Por lo tanto, se debe añadir a estos índices otros, que como decía arriba, capten información de acuerdo a tareas. Pero ya que cada índice extra aumenta los costes de la obtención de información es importante escogerlos bien.

Qué hacer con la información

Una vez recogida la información, el evaluador procede a analizarla. El tipo de análisis a utilizar dependerá del tipo de evaluación. Como todo estudio cuantitativo esta puede dividirse en descriptiva e inferencial. El evaluador habrá ya de antemano decidido si su estudio va a estar o no gobernado por una hipótesis de trabajo. Estos dos criterios el tipo de evaluación y la presencia de una hipótesis determinarán el tipo

de análisis estadístico a seguir. No hay tiempo hoy, ni necesidad, de detallar las variedades de este último. Me limitaré a señalar las dificultades que pueden salir al paso del evaluador.

La forma más simple, la más común y la menos informativa de evaluación es la descriptiva sin hipótesis. Esta es una forma favorita de los gestores y consiste básicamente en la colección de datos por medio de índices de movimientos de enfermos y horas de trabajo del personal. En el caso de la psiquiatría éstos pueden limitarse a cifras que reflejen, por ejemplo, el número de visitas, ingresos y altas, duración de estancias, horas de contacto terapéutico, gastos en medicación, etc... En este caso el proceso de evaluación se hace comparando lo encontrado con normas nacionales o internacionales, reales o teóricas. Estas comparaciones tienden a ser burdas y rara vez se buscan niveles de significación estadística. Incluso cuando se los busca, tienen una significación muy pobre.

Más interesante que la evaluación descriptiva es la inferencial, particularmente cuando esta conlleva una hipótesis de trabajo. La evaluación deviene entonces una forma de experimento o comparación y aquí se aplican formas estándar de análisis de datos. Estos estudios pueden comparar el efecto de una multitud de variables tan diversas como el tamaño del equipo psiquiátrico, los tipos de tratamiento, o la época del año. Este tipo de evaluación demanda recoger datos muy específicos, tiende a durar por un período discreto, y normalmente está insertado en el proceso básico de evaluación. El estudio puede ser naturalista o experimental, retrospectivo o prospectivo, y su gran utilidad es que evalúa la actuación de ciertas variables en el contexto específico de un servicio.

Idealmente, el proceso de evaluación deberá formar parte del llamado proceso clínico. Esto quiere decir que la recogida de datos no debería hacerse dos veces. Los partidarios de la evaluación continua también dicen que, idealmente, una historia clínica bien hecha debiera ser capaz de proporcionar la mayor parte o todos los datos que se necesiten para una evaluación. Esto es cierto en general, pero es también cierto que esto requiere por lo menos dos cosas: un formato estandarizado y observadores que hayan alcanzado un grado equiparable de sensibilidad especificidad con respecto al reconocimiento de la sintomatología psiquiátrica y a cambios en esta última. Estos dos desiderata no son tan fáciles de alcanzar como parece. En realidad en pocos centros internacionales de capacitación psiquiátrica se lleva a cabo evaluaciones periódicas de fiabilidad comparativa entre residentes, o entre el personal médico permanente. El problema aquí es que las diferencias entre observadores se traducen en sesgos sistemáticos en la recogida de datos. Estos sesgos son difíciles de reconocer y de corregir ya que no hay consistencia en la variabilidad intra- e inter-individual.

Estas dolorosas realidades han llevado a algunos especialistas a sugerir que el proceso evaluativo se lleve a cabo en forma paralela al proceso clínico y que la recogida de datos este en manos de personal especializado. Mi opinión es que los sistemas paralelos de evaluación tienden a ser costosos y su presencia en los servicios. Por lo tanto, se debe hacer

lo posible por incorporar el sistema evaluativo en el proceso clínico. En ciertos casos, sin embargo, será necesario llevar a cabo estudios especializados. Entonces, lo ideal es que éstos sean sugeridos por los servicios mismos y que se lleven a cabo con su total cooperación. Por ejemplo, podría tratarse de un servicio con ideas terapéuticas avanzadas pero algo heterodoxas, imbuido de creencias nuevas, quienes después de perfeccionar una técnica de alta precoz, o un tratamiento psicodinámico, quisieran ofrecer, aparte de la subjetividad de sus creencias ideológicas, cierta evidencia objetiva de que lo que ellos hacen es más valioso y duradero que lo que hacen los demás.

Para qué medir o evaluar

He querido dejar para el final la pregunta tal vez más difícil. Esta es, para qué se mide. La respuesta es que hay razones benignas y malignas que provienen, respectivamente, de agendas públicas y secretas. Las razones oficiales, ciertamente laudables y basadas en un punto de vista impecablemente científico y moral indican que es importante evaluar porque es la única forma de saber si lo que se está haciendo tiene el efecto propuesto y si se está alcanzando este efecto de una forma eficiente. Estas razones son de índole científica y ética. Las primeras tienen que ver con la racionalidad de la acción humana, particularmente de la medicina, que debe periódicamente cerciorarse que lo que hace tiene el efecto deseado. Las segundas tienen que ver con la responsabilidad del estado de administrar el patrimonio colectivo en la forma eficiente posible.

Pero hay también una agenda oculta. El nuevo caballo de batalla del capitalismo moderno es el de la eficiencia. Este concepto intenta ser una respuesta no sólo a la culpa creada por el despilfarro y la afluencia en la sociedad occidental, sino a la crisis real que esta afectando los mercados internacionales. En este respecto es interesante remarcar que es ya característico del sistema socioeconómico en el que vivimos que busque hacer sus ahorros en el área de los servicios sociales.

Esta tendencia al ahorro sin corazón constituye el aspecto maligno de la evaluación. Yo no sé cuál es la situación en Andalucía. Ciertamente este factor está presente en la auditoría médica en el Reino Unido.

Por otro lado hay, como ya decía, aspectos positivos e importantes en la evaluación y es por esto que he aceptado dar una conferencia sobre este tema. La forma más simple para comprender la evaluación es compararla con un estudio de la eficacia de una droga. Tanto es así que muchos de los modelos de evaluación, tanto desde el punto de vista de la metodología como del análisis estadístico, muestran la impronta de esta analogía. Sin embargo hay también diferencias marcadas que hay que señalar. La más importante es que el estudio nunca se puede hacer a ciegas, que por lo tanto, el establecer un mecanismo evaluativo tiende ya a cambiar el sistema, que las comparaciones entre dos sistemas distintos nunca tienen la claridad de un estudio en el que se comparan dos drogas, ya que es difícil emparejar variables que permitan aislar el efecto de los sistemas.

CONCLUSIONES

A manera de resumen y conclusiones quisiera destacar cinco puntos:

1. La filosofía evaluativa ya está entre nosotros, no se la puede rechazar y lo más práctico es conseguir que trabaje en nuestro beneficio. Si los clínicos no tomamos la iniciativa y llevamos a cabo evaluaciones creativas y apropiadas, los administradores y gerentes las van a hacer por nosotros, tal vez mal, pero entonces no podremos quejarnos.

2. Los aspectos positivos de la evaluación incluyen la medición y creación de conocimiento, la medición de la justeza y eficiencia, y si se quiere, del valor ético de los sistemas de prestación de servicios psiquiátricos.

3. Las técnicas de evaluación que en estos momentos se están empleando en psiquiatría han sido prestadas de otras áreas de la ciencia, particularmente de los ensayos farmaco-

lógicos y otros tratamientos. Esto no es suficiente, durante los próximos años se deberán crear métodos propios.

4. Estos métodos deberán tomar en cuenta los linderos del sistema a evaluar y las tareas tanto explicativas como implícitas, y

5. La evaluación sólo se podrá llevar a cabo bien si hay una cooperación adecuada entre los gestores y el equipo de salud mental. Los gestores tendrán que convencer a los trabajadores de la salud mental que no están usando la evaluación como un medio de control y ahorro; los trabajadores de la salud tendrán que tomar una actitud más positiva y menos paranoide frente a la evaluación.

Si todo esto se cumple, es posible que el sistema que hemos creado nos provea información real sin la cual no podemos saber si lo que estamos haciendo por nuestros enfermos es apropiado. No querer saber, o creer que ya sabemos, es una muestra de contumacia intelectual que no se debe permitir en el ámbito de la salud mental.