

Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos

Effectiveness indicators in the evaluation of psychiatric facilities

E. BACA BALDOMERO

RESUMEN

Se plantean los aspectos básicos de la evaluación de los servicios sanitarios en general y de los servicios psiquiátricos en particular estudiando los procedimientos de análisis de la efectividad y proponiendo un conjunto de indicadores que permiten un abordaje comprensivo de la misma.

PALABRAS CLAVE: Evaluación, efectividad, servicios psiquiátricos.

SUMMARY

The main topic of this paper is the analysis of the measurement of effectiveness in health care facilities and specifically in mental health care services. A description and classification of effectiveness indicators are proposed and discussed.

KEY WORDS: evaluation, effectiveness, mental health care.

INTRODUCCION

La evaluación de los servicios sanitarios es la consecuencia de la lógica necesidad de conocer hasta qué punto las actividades hipotéticamente dedicadas al cuidado y salvaguarda de la salud cumplen su objetivo. Desde una perspectiva que podríamos denominar «ingénua», el mejor indicador de que esto sucede es la curación de los ciudadanos que acuden con sus enfermedades a dichos servicios, y el criterio fundamental para decidir si dicha curación se produce suele ser el juicio del profesional que atiende al enfermo. La realidad nos dice, sin embargo, que esto no es siempre así y que tanto el concepto mismo de «curación» como los conceptos anejos de «mejoría», «empeoramiento» y «estabilización» no significan lo mismo para el paciente, para el familiar o conviviente del mismo, para el médico y tampoco para el grupo social del que procede el enfermo.

Servicio de Psiquiatría. Clínica «Puerta de Hierro». Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid.

Correspondencia: Enrique Baca Baldomero. Servicio de Psiquiatría. Clínica «Puerta de Hierro». c/ S. Martín de Porres, 4. 28035 Madrid.

Fecha de recepción: 24-5-91
Fecha de aceptación: 24-5-91

Debido a esta circunstancia la primera pregunta que surge hace referencia a que lo consideramos como «un buen resultado» y, subsiguientemente, a cuál es el criterio que debe priorizarse para establecerlo, si el del médico, el del paciente o el del grupo social. También habrá que considerar si es posible establecer criterios objetivos para medir dichos resultados o, por el contrario, han de ser las preferencias subjetivas las que los califiquen. Como puede imaginarse, éstas y otras muchas cuestiones han intentado ser respondidas con mayor o menor precisión por diversos autores pero la realidad es que la mayoría de ellas permanecen como interrogantes abiertos cuya solución aún no es definitiva.

No obstante hay que señalar que la necesidad de evaluar las acciones en el campo sanitario no ha procedido históricamente de la preocupación de los clínicos por medir lo beneficioso de sus acciones sobre los pacientes (en general el clínico práctico ha utilizado casi siempre una mezcla, más o menos equilibrada, de su propio criterio sobre la marcha del proceso y de las impresiones subjetivas del enfermo a los que ha añadido algunos indicadores objetivos como el restablecimiento de determinadas constantes biológicas o la desaparición de lesiones anatomopatológicas) sino que es consecuencia de la confluencia de varios hechos como son la aparición y extensión de los servicios sanitarios públicos, el aumento progresivo de los costes de los mismos y la correlativa disminución de los recursos disponibles para invertir en dichos servicios. Es pues conveniente tener presente que la importancia concedida a la evaluación de los servicios sanitarios, que cualquier observador puede constatar en los últimos años, no procede tanto de la necesidad «prima facie» de asegurar la calidad de la atención al enfermo sino en establecer criterios que permitan rentabilizar y racionalizar los gastos. Aunque ambas posturas no son necesariamente antagónicas (el concepto de rentabilidad generalmente utilizado no se basa exclusivamente en criterios de beneficio monetario directo o indirecto e incluye los llamados «beneficios de salud») lo cierto es que el impulso evaluador a que nos venimos refiriendo ha provenido y sigue estando prioritariamente pilotado desde las áreas de gestión, con el consiguiente riesgo de deslizarse hacia los planteamientos de tipo economicista.

Aunque es claro que la gestión de los recursos ha de incluir entre sus cometidos el análisis de la calidad del servicio que proporcionan, no es menos cierto que los gestores tien-

den a centrar su atención en los aspectos más operativos del funcionamiento de dichos servicios lo que les lleva, de forma más o menos llamativa, a primar los aspectos relacionados con las actividades gerenciales frente a la consideración pura del análisis de los resultados de salud obtenidos. Por todo ello nos parece importante rescatar del ámbito estricto de la gestión gerencial y de la también estricta evaluación económica, el concepto, la metodología y la aplicación práctica de la evaluación de los servicios sanitarios y llevarla al terreno prioritario del análisis del impacto, positivo o negativo, que sus actividades tienen sobre las personas que acuden a dichos servicios y que son atendidas en los mismos.

En el campo concreto de los servicios psiquiátricos esta necesidad es, si cabe, más perentoria. La diversidad de orientaciones teóricas, la falta de especificidad de muchas de las técnicas de tratamiento, su fundamentación empírica, la dificultad de definir parámetros objetivos de mejoría o curación de los procesos y la abrumadora predominancia de los síntomas sobre los signos en la psicopatología, son algunas de las razones que hacen de la terapéutica psiquiátrica una actividad que aún tiene mucho de discrecional y de «imaginativo». Reducir estos elementos dóxicos al mínimo posible es una tarea en la que la evaluación puede ser un instrumento muy estimable.

En el presente trabajo se pretende realizar una somera introducción a las bases de la evaluación de servicios asistenciales psiquiátricos prestando una atención específica al análisis de la efectividad y proponiendo una serie de indicadores que pueden ser útiles para dicho análisis.

LOS ASPECTOS BASICOS EN LA EVALUACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PSIQUIATRICOS

Clásicamente la evaluación de un servicio asistencial psiquiátrico concreto se realiza a través de la evaluación de los programas que desarrolla o de los que forma parte el citado servicio. Esto hace que la «unidad a evaluar» sea siempre el programa, definido como un conjunto de profesionales (equipo) que desarrolla una cierta actividad (tarea) con un cierto tipo de pacientes (demanda atendida) usando determinados medios (recursos) con el fin de conseguir determinadas metas (objetivos). Es evidente que un servicio, entendido como un lugar donde se concentran una determinada cantidad de recursos materiales y humanos o como un equipo de profesionales que llevan a cabo su labor coordinadamente, puede desarrollar un solo programa en su totalidad, una parte del mismo, varios programas diferentes en su totalidad o bien participar en algunas partes de éstos, pero en cualquier caso debe quedar claro que la unidad a evaluar es siempre el programa y que la evaluación de un servicio se hace a través de la de los programas en los que dicho servicio participa.

De forma general se suele distinguir cuatro niveles en la evaluación de programas psiquiátricos (Hargreaves y Attkisson, 1983), implicando cada uno de ellos tareas de gestión específicas a las que corresponden actividades evaluadoras también específicas.

El primer nivel se refiere *al sistema de gestión de recursos* y la atención ha de focalizarse en los aspectos más básicos

de la organización interna del servicio que realiza el programa. Aspectos tales como la clarificación de los objetivos, la determinación de las líneas de responsabilidad, la asignación de los recursos a cada actividad y el tipo de ésta que concita la mayor concentración de dedicación por parte del personal, son algunas de las tareas de gestión que han de estudiarse y monitorizarse en esta etapa. Las actividades evaluadoras habrán de centrarse en el análisis de los objetivos formulados, examinando la concordancia entre los «objetivos propuestos» y los «objetivos reales» y estableciendo indicadores de consecución de los mismos, en el análisis y monitorización de la dedicación selectiva del personal y en la determinación de los costes analíticos de cada actividad del servicio.

El segundo nivel atañe a *la utilización de los servicios* por los pacientes y centra su interés en la determinación de las pautas de uso por parte de la población. Las tareas de gestión propias de este nivel son, entre otras, el establecer proyecciones de las cargas de trabajo en base a las tendencias de uso detectadas, planificar las actividades terapéuticas que puedan dar respuesta a las demandas planteadas, asegurar la continuidad de cuidados tanto intraservicio como en caso de derivaciones, asegurar la mayor concordancia posible entre la demanda explícita y las necesidades detectadas facilitando la accesibilidad, mantener una adecuada relación entre los costes y los servicios prestados y asegurar una adecuada evaluación clínica de cada paciente, así como una correcta asignación de tratamiento. En consecuencia las actividades evaluadoras se dirigirán a determinar el flujo de pacientes, sus características y los servicios que se les proporcionan, fomentar el uso de historias clínicas orientadas por problemas (al margen de que se empleen o no cualesquiera sistemas diagnósticos), recoger y analizar las necesidades expresadas por el paciente (análisis de la demanda explícita), analizar las tasas de remisión a otros servicios y las circunstancias en que se producen dichas derivaciones, analizar la concordancia, sobrerrepresentación o subrepresentación de determinadas variables sociodemográficas entre la población atendida y la población a la que pretende cubrir el servicio, determinar el coste por episodio en cada grupo de pacientes y/o en cada «setting» terapéutico y analizar los abandonos y la infrautilización en cada oferta asistencial específica.

El tercer nivel lo constituye *el resultado de las intervenciones*, entendido como el producto final que genera el programa. En este nivel las tareas de gestión típicas son la detección y corrección de las actividades claramente inefectivas, la selección de los medios de intervención más eficientes (o sea con una relación coste/efectividad más baja), determinar la efectividad de nuevas posibilidades de intervención frente a tipos de intervención ya empleados y sobre los que se dispone de experiencia y garantizar que los servicios ofrecidos son aceptables para los pacientes y para las fuentes de origen de éstos (familia, grupo social, otros servicios). La evaluación se centrará en el análisis del cambio producido en el paciente entre el momento de entrada en el servicio y el momento de su salida del mismo y su comparación con lo esperado al establecer los objetivos de la intervención, la comparación entre costes y resultados de diferentes abordajes en el mismo tipo de pacientes, el uso de técnicas de análisis de

la efectividad comparada de distintos tratamientos y el estudio del grado de satisfacción del paciente y de las fuentes de referencia.

Por último, el cuarto nivel hace referencia al impacto del programa sobre la comunidad o lo que es lo mismo, a la repercusión que tienen las actividades desarrolladas por el servicio sobre el estado de salud de la población de su área de influencia. Aunque el impacto sobre la comunidad va a venir dado por la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios, la aceptabilidad de los programas propuestos, su efectividad y su capacidad de satisfacer las expectativas del paciente, de su familia y del grupo social, las tareas de gestión se dirigen aquí a garantizar la participación en la planificación de los recursos adscritos a la zona, desarrollar las relaciones funcionales interdisciplinarias e intersectoriales que se consideren útiles para la asistencia de pacientes con problemas múltiples que exigen este tipo de abordaje (v. gr.: problemas médico-quirúrgicos más problemas sociales más problemas psiquiátricos) y promover actividades de prevención primaria y educación sanitaria, así como servicios indirectos mediante el asesoramiento y formación a agentes sociales relevantes. Las actividades evaluadoras centradas en estos aspectos tratarán de analizar el grado de contribución del servicio a cada uno de los aspectos de gestión mencionados, siendo este nivel donde resulta más difícil establecer indicadores que se adapten a la mentalidad del profesional clínico a excepción, quizá, del que hace referencia al análisis e identificación de los grupos de pacientes con necesidades multi-sectoriales.

En muchas ocasiones, sin embargo, se han intentado formulaciones menos minuciosas buscando una mayor operatividad así como el facilitar a los profesionales clínicos, generalmente poco familiarizados con la terminología y la tecnología de la evaluación, una mayor comprensión de estos problemas. En este sentido está la formulación realizada por Wing (1972) de lo que podrían llamarse las cuestiones clásicas de la evaluación de servicios psiquiátricos y que pueden resumirse así:

1. ¿Cuántas personas acuden al servicio concreto que pretendemos evaluar? ¿En qué forma y durante cuánto tiempo?
2. ¿Cuáles son las necesidades de asistencia que plantean? ¿Cuáles son las necesidades que plantean sus familias? ¿Qué síntomas presentan, qué grado de incapacidad les producen y qué repercusiones tiene sobre las personas con las que conviven?
3. ¿Satisface el servicio tal y como funciona en la actualidad estas necesidades?
4. ¿Cuántas personas que no acuden al servicio evaluado tienen también necesidades y cuáles son éstas?
5. ¿Cuántos nuevos servicios o qué modificaciones en el servicio existente se requieren para cubrir las necesidades no satisfechas?
6. Si estos servicios se creasen o estas modificaciones se llevasen a cabo, ¿quedarían satisfechas todas las necesidades?

Como puede verse la primera cuestión hace referencia a los índices de frecuentación; la segunda exige aclarar que el concepto de «necesidad» incluye aquí tanto la queja explíci-

ta del paciente y de su familia (demanda explícita) como las alteraciones o trastornos no detectados o no presentados como tales por dicho paciente o por su familia y que, sin embargo, constituyen una parte importante del problema global por el que se pide ayuda (demanda implícita); la tercera implica tener bien desarrollado un sistema de indicadores de resultado y haber determinado con claridad que se considera «éxito» en todas y cada una de las intervenciones que se llevan a cabo en el servicio; la cuarta implica determinar con la mayor precisión posible cuál es la población cuya atención está encomendada al servicio evaluado y establecer la morbilidad de los distintos problemas psiquiátricos en dicha población, así como los factores que modulan la percepción de la necesidad de atención por parte del enfermo, de la familia y del entorno y su conversión en demanda explícita hacia los servicios; la quinta y la sexta pertenecen al campo de la evaluación estratégica y tratan de establecer la pertinencia de las medidas a tomar para paliar los déficits detectados. De todas ellas son las tres primeras las que constituyen el núcleo básico de la evaluación de servicios psiquiátricos.

EL RENDIMIENTO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES: EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA

Es un principio bien conocido que la evaluación de los servicios asistenciales, y por tanto de los servicios asistenciales psiquiátricos, debe basarse en la determinación en primer lugar de la efectividad de los mismos y sólo cuando dicha efectividad ha sido establecida y confirmada positivamente puede plantearse el estudio de la eficiencia. Pero a pesar de la extensión del uso de estos términos sucede con frecuencia que su empleo adolece de falta de precisión cuando no incurre en confusiones graves. Por todo ello quizá no es ocioso dedicar unas líneas o clarificar su contenido.

La efectividad de una acción (programa asistencial en su conjunto, pauta de cuidados, tratamiento concreto, programa de rehabilitación, etc.) puede definirse como *la medida del grado en que dicha acción alcanza sus objetivos en términos médicos, psicológicos y sociales*. Cuando se habla de términos médicos se está haciendo referencia a los criterios de curación o mejoría establecidos por la ciencia médica e interpretados por el profesional que atiende al caso, cuando se habla de términos psicológicos la referencia se hace al alivio o a la desaparición de las repercusiones que el proceso moroso tiene sobre el individuo que lo padece (dolor, ansiedad, disconfort, discapacidad, etc.) y con términos sociales se quiere significar asimismo, la desaparición de las consecuencias que la enfermedad produce sobre el inmediato entorno del sujeto que la padece (consecuencias «directas» como v. gr. el consumo de recursos e «indirectas» como v. gr. el sufrimiento de los allegados al paciente o la disminución o cese de la capacidad productiva).

La efectividad así entendida es aplicable, como acabamos de decir, a cualquier acción sanitaria y específicamente a cualquier acción psiquiátrica. En términos absolutos se trata de una medida de resultados (out-come) y más específicamente de una medida de resultados reales (product out-come) o sea de los cambios obtenidos en el estado de salud de los

individuos tratados. Pero la efectividad tiene también otros aspectos cuando se emplea para la valoración diferencial de acciones alternativas o para la medida de la repercusión de acciones sobre la población en lugar de sobre el caso concreto.

En este sentido Holland (1983) ha distinguido cuatro tipos o aspectos de la efectividad:

1. *Efectividad sobre la población* que es la capacidad de una acción (programa, servicio, etc.) para producir una mejora *mensurable* en los niveles de salud de una población en su conjunto.

2. *Efectividad atribuible* o diferencia (medible en niveles de salud) entre el resultado obtenido en un grupo sometido a una acción (programa asistencial, tratamiento, etc.) y el resultado obtenido en un grupo expuesto a otra acción diferente o no sometido a ninguna.

3. *Efectividad atribuible sobre la población* que se refiere al número de individuos que, en un grupo poblacional definido, son susceptibles de beneficiarse de un programa o tratamiento. La efectividad atribuible sobre la población es un parámetro especialmente interesante en la determinación de la pertinencia de determinadas acciones ya que, en definitiva, mide el impacto de las mismas sobre la población a cuyo cuidado está un servicio.

4. *Efectividad relativa* o ratio de los resultados obtenidos en los individuos que reciben un tratamiento o están incluidos en un programa asistencial frente a los que no lo reciben. La efectividad relativa es la que suele medirse cuando se plantea la evaluación de un procedimiento terapéutico concreto (v. gr. psicofarmacológico) mediante un ensayo clínico controlado de producto activo frente a placebo.

Por su parte, la eficiencia se define como *la medida de la relación entre los medios empleados y los resultados obtenidos*. Es pues, una medida que trata de establecer la rentabilidad de las acciones emprendidas y que tiene por tanto una fundamentación fuertemente económica. De hecho tradicionalmente por «medios empleados» se ha entendido exclusivamente la traducción en términos monetarios de todos los recursos que moviliza y utiliza cualquier acción. Es decir, el dinero que se gasta. Aunque no es ésta la única forma de entender el «coste» de las acciones sanitarias y, muy recientemente, se va abriendo paso la idea de que además de los costes financieros directos e indirectos hay que prestar atención a los llamados «costes intangibles», englobando todo en lo que debe denominarse «esfuerzo de una acción», a pesar de ello el concepto de eficiencia está aún muy ligado a la idea monetarista de coste.

Es desde esta perspectiva de la que Brooks (1985) ha distinguido cuatro tipos de eficiencia:

1. *Eficiencia en la asignación* que tiene dos niveles: el primero consiste en responder a la pregunta de dónde podrían producir más beneficios de salud los recursos empleados, si invertidos en el sistema sanitario o, por el contrario, en otro sector de la economía de un país o región. El segundo nivel plantea la cuestión de dónde producirían más beneficios de salud los recursos empleados dentro del sistema sanitario. Ambos niveles plantean a la asistencia psiquiátrica dos interrogantes incisivos e inquietantes que se acentúan si se aplican a determinadas acciones (v. gr. los programas preventivos

o los planes de atención a las adicciones, tal y como se realizan ahora).

2. *Eficiencia en la distribución* que hace referencia a la concordancia entre la distribución de los recursos y las necesidades detectadas. La eficiencia en la distribución es, por tanto, una medida de la bondad de la planificación y de la capacidad de ésta para responder a criterios de equidad.

3. *Eficiencia dinámica* o relación existente entre las inversiones que exige el desarrollo de un programa y su repercusión en los costes del mismo. Este es un concepto de aplicación más limitada al campo de la asistencia psiquiátrica y tiene su ámbito «natural» en el análisis de la eficiencia de la tecnología médica en la que se entiende como la optimización de los beneficios futuros de las inversiones actuales en dicha tecnología.

4. *Eficiencia en la gestión* que se refiere al rendimiento de la organización que sirve de soporte a un programa. Se define como la relación entre los insumos (in-puts), expresados bien en recursos materiales y humanos empleados para llevar a cabo la acción de que se trate o bien en dinero invertido, y las salidas (out-puts) expresadas en términos de «producción» (número de intervenciones, horas trabajadas, etc.). Es una medida, como su nombre indica, «de gestión pura» y como tal muy popular entre determinados sectores pero poco significativa si lo que se pretende es evaluar resultados (out-comes).

EL ANALISIS DE LA EFECTIVIDAD DE UN SERVICIO

Es casi un lugar común entre los evaluadores el insistir en que todo proceso tendente a medir la efectividad de un servicio ha de ser continuo, que debe evitar las acciones aisladas («inspecciones»), que debe involucrar decididamente a los responsables y al equipo del servicio evaluado, que debe incluir variables cuantitativas y cualitativas, que debe prestar especial atención a las variables medidas y sobre todo a la validez y fiabilidad de las mismas y que debe expresar los resultados en un lenguaje comprensible para los profesionales de dicho servicio. Algunos añaden que es preciso asegurarse de que los resultados de la evaluación son aceptados por todos los actores de la misma (equipo del servicio evaluado y equipo u oficina evaluadora) y que, en caso de que el acuerdo sea imposible, se haga constar la naturaleza y extensión de las discrepancias (Sartorius, 1983).

Sobre estas bases pueden plantearse una serie de cuestiones que pueden servirnos a modo de guía sobre la cual estructurar y determinar las variables que proponemos como más relevantes en este tipo de evaluación.

Un primer grupo de estas cuestiones lo constituyen aquellas que pretenden clarificar los *objetivos a largo plazo y las medidas de los resultados (out-comes)*. Se incluyen aquí preguntas tendentes a precisar los objetivos «generales» del servicio (¿qué se pretende hacer?, ¿cómo está previsto hacerlo?) así como los objetivos específicos de cada programa y los concretos de cada intervención llevada a cabo. También es necesario explicitar los objetivos que guían la actividad profesional de los miembros del equipo (¿cómo entienden su actividad profesional?, ¿cuál creen que es su función y dónde

de están los límites de ésta y de sus responsabilidades?). Otro grupo de cuestiones que han de incluirse en este primer grupo lo forman aquéllas que plantean el procedimiento de medida del grado de consecución de los objetivos antes descritos y el establecimiento de indicadores cuantitativos y cualitativos del resultado obtenido.

Un segundo grupo hace referencia a la *relación entre servicios actuales dados y necesidades de la población atendida*. Comprende cuestiones como la precisión del nivel, tipo y extensión de las acciones (programas asistenciales) ofertadas a la población, el análisis de la demanda tanto cuantitativo (¿cuántos solicitan ser asistidos?) como cualitativo (¿quiénes los solicitan?, ¿qué características sociodemográficas tienen?, ¿qué características clínicas?), la estimación de las necesidades (¿quién necesita la atención que el servicio es capaz de proporcionar?, ¿cuántos son?, ¿qué características sociodemográficas y clínicas tienen?) y las limitaciones con las que hay que contar a la hora de plantearse la cobertura, tanto de la demanda como de las necesidades estimadas. Estas limitaciones pueden ser tanto de orden financiero como de orden técnico (imposibilidad o dificultades de proveer determinados programas por falta de la tecnología correspondiente) o de recursos humanos (déficit de personal cualificado).

El tercer grupo lo constituye la *comparación entre lo ideal y lo real*. Aquí hay que contestar básicamente a la cuestión que hace referencia a la validez causal y atributiva de las acciones emprendidas y que puede formularse así: ¿Cuál es la evidencia de que los cambios en el estado de salud de los usuarios son debidos al programa o tratamiento desarrollados? En muchas ocasiones esta pregunta se contesta acudiendo únicamente a la validez causal ya demostrada del procedimiento de intervención empleado (v. gr. si se trata de un tratamiento psicofarmacológico, cuya efectividad está comprobada para un determinado tipo de proceso, se supone que los cambios en el estado de salud de un paciente al cual se le administra dicho fármaco se deben a su acción) pero lo que aquí se cuestiona no es sólo la validez causal (el procedimiento empleado es capaz de producir el cambio) sino también la validez atributiva (el procedimiento empleado *en ese caso concreto* ha sido el responsable del cambio).

El cuarto grado lo forman *los aspectos a modificar y/o dotar*. La cuestión fundamental aquí es cómo incrementar la efectividad de los programas, tanto en lo que se refiere a los resultados reales (product out-comes) como a la efectividad sobre la población y a la efectividad atribuible sobre la población. Para ello se ha de actuar en dos fases sucesivas: la primera supone la identificación de todas aquellas variables que actúan positiva o negativamente sobre dicha efectividad en cada una de sus acepciones mencionadas, la segunda implica preguntarse cómo pueden hacerse los cambios que se revelen como necesarios, qué dotación (financiera, de recursos materiales y de personal) es imprescindible y, sobre todo, determinar con la máxima precisión posible quién tiene que llevar a cabo dichos cambios, estableciendo, de forma clara, la responsabilidad de cada una de las personas que han de participar en el proceso.

Por último, un quinto grupo está formado por las cuestiones que atañen a *los costes del servicio*. Dos son también

los aspectos a considerar: la determinación de los costes (expresados en dinero) de las acciones llevadas a cabo por el servicio, tanto en términos absolutos como en relación con los cambios obtenidos sobre la población tratada y el cálculo de cuánto costaría cualquier mejora que se pretenda introducir.

PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA EVALUACION DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS

Hemos visto en los apartados anteriores cómo la evaluación de la efectividad supone la formulación de toda una serie de distintas cuestiones cuya contestación nos daría el «trato» del nivel de funcionamiento de un servicio psiquiátrico en cuanto a su capacidad para alcanzar los objetivos de salud que pretende. Nos corresponde ver ahora cómo dichas cuestiones pueden concretarse en indicadores específicos, cuáles son éstos y qué valor relativo tienen. Dada la naturaleza del presente trabajo haremos esta descripción de los indicadores de efectividad de forma necesariamente esquemática lo cual supone que algunos de ellos, especialmente los que llamaremos «indicadores cualitativos» cuya complejidad técnica es mayor, no podrán ser analizados en profundidad. Debe, pues, tomarse este capítulo como una propuesta y no como una exposición sistemática y exhaustiva y por ello así la denominamos.

En este contexto plantearemos los dos abordajes básicos (cuantitativo y cualitativo) y examinaremos qué tipo de indicadores pueden proponerse en cada uno de ellos.

A. Indicadores cuantitativos de efectividad

Por indicadores cuantitativos vamos a entender aquéllos que tienen una expresión numérica y que, por tanto, aparecen, en principio, como más «duros». Son básicamente de tres tipos: indicadores del nivel de recursos, indicadores de actividad e indicadores de funcionamiento.

Por *indicadores del nivel de recursos* se entienden aquéllos que miden la cantidad de recursos materiales y humanos de que dispone un servicio o programa. En el caso que nos ocupa (los servicios psiquiátricos) este tipo de indicadores se ha venido utilizando en forma de ratios de recursos materiales (generalmente camas de hospitalización) por número de habitantes referidos a un país o a una región. En menos ocasiones se han empleado ratios de otros recursos materiales (plazas de hospital de día, plazas de rehabilitación, etc.) o de recursos humanos siempre por número de habitantes y siempre referidos a áreas geográficas concretas. La extensión con la que se ha manejado este indicador ha generado que muchos den equivocadamente a algunas de estas ratio categoría de estándares.

Por *indicadores de nivel de actividad* se entienden aquéllos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que lleva a cabo un servicio o programa. Es un indicador clásico usado muy extensamente por los órganos de gestión (índices de frecuentación) y que se sobrevalora en algunos casos, sobre todo cuando se emplea en términos absolutos y aisladamente.

Por indicadores de nivel de funcionamiento se entienden aquéllos que miden el tipo de intervenciones y sobre todo la forma en que se produce éstas. Aunque se trata de un indicador cuantitativo (numérico) puede proporcionar una muy valiosa información cualitativa sobre la dinámica del servicio o programa y sobre su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población a la que atiende.

En conjunto el valor de los indicadores cuantitativos no es inequívoco. Tomados aisladamente y en términos absolutos pierden bastante de dicho valor. Esto es especialmente aplicable a los indicadores de nivel de recursos y a algunos indicadores de actividad. También es el momento de recordar que la aseveración que hacíamos al principio del presente trabajo señalando que la «unidad a evaluar» no era el servicio sino el programa es particularmente interesante que se tenga en cuenta la hora de aplicar precisamente los indicadores cuantitativos. Generalmente cuando se habla de recursos, de actividad o incluso de funcionamiento se está pensando siempre en el servicio y no en el programa. Es cierto que dado el hecho habitual de que un servicio sostenga y desarrolle varios programas (lo que supone automáticamente la utilización polivalente y, a veces incluso, simultánea de sus recursos por dichos programas) dificulta en la práctica la adscripción rígida de los recursos y complica el establecimiento de indicadores por programas. No obstante todos los esfuerzos que se hagan para facilitar que los indicadores de nivel de recursos se apliquen a programas y no a servicios supondrá un avance que los dotará incluso de mayor valor en términos absolutos (consolidará su «dureza»). Por su parte los indicadores de actividad y los de funcionamiento plantean menos problemas técnicos para ser aplicados a los programas, especialmente los de funcionamiento.

Examinaremos brevemente algunos de estos indicadores.

A1. Indicadores de nivel de recursos

Como acabamos de decir el más frecuente es la cantidad de un recurso concreto por número de habitantes. Se suele utilizar como denominador la cifra de mil habitantes y como numerador respectivamente el número de camas de hospitalización breve, de media estancia, de plazas de hospital de día, de plazas de residencia asistida y de plazas de centro de rehabilitación ambulatoria, en cuanto a recursos materiales. Los recursos humanos se suelen indicar también en relación a cada mil habitantes especificando el número de psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería especializado y con labores de atención comunitaria y trabajadores sociales. No se suelen hacer ratios en relación con población general del personal de enfermería hospitalario ni del personal de terapia ocupacional, así como tampoco del personal específico de los servicios de rehabilitación.

El valor de estos indicadores es fundamentalmente comparativo y nunca absoluto. Como decíamos más arriba no existen estándares a partir de los cuales establecer si la cantidad de recursos disponibles es suficiente o no. Recientemente el Royal College of Psychiatrists británico ha ofrecido unas fórmulas que permiten manejar el conjunto de estos indicadores de recursos en forma de «totales ponderados», buscando

un sistema de comparación más ajustada entre la totalidad de los recursos de dos zonas dadas que el que puede ofrecer la comparación simple de cada uno de los indicadores aislados (camas frente a camas, plazas de hospital de día frente a plazas de hospital de día, etc.).

La fórmula «abreviada» es:

INDICADOR: $(2 \times n.^{\circ} \text{ de camas}/1.000 \text{ hab.}) + (2 \times n.^{\circ} \text{ de psiquiatras}/1.000 \text{ hab.}) + (0,5 \times n.^{\circ} \text{ enfermeras psiquiátricas comunitarias}/1.000 \text{ hab.}) + (0,5 \times n.^{\circ} \text{ de plazas de hospital de día}/1.000 \text{ hab.})$.

Además de su valor comparativo, al utilizar este tipo de indicador, sobre todo en lo que hace referencia al número de camas, hay que tener presente la existencia de una serie de variables que modulan el uso de los recursos y que, por tanto, relativizan aún más el valor absoluto del indicador al mismo tiempo que ponen en guardia frente a su empleo sin matizaciones. Entre otros podemos destacar los siguientes factores moduladores:

a) Existencia de dispositivos que reduzcan las necesidades de ingreso (plazas de hospital de día y otros recursos alternativos).

b) Posibilidad de ingreso de pacientes psicogerítricos y crónicos en unidades de corta estancia.

c) Factores que afectan (positiva o negativamente) a la duración de la estancia del paciente en las unidades de hospitalización: uso de técnicas de psicoterapia, uso de técnicas de intervención en crisis, las estancias cortas pactadas, la admisión de pacientes judiciales, el traslado ágil a unidades o programas de rehabilitación y las facilidades de residencia para personas sin soporte social adecuado.

d) Factores que enmascaran las necesidades de ingreso como son las altas precipitadas o injustificadas o la disminución intencionada de la accesibilidad de determinados grupos de pacientes al servicio en cuestión.

A2. Indicadores de actividad

Los indicadores de actividad usualmente utilizados son el número total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente el mes y más raramente el día o la semana) de los que suele desglosarse el número de enfermos nuevos y las revisiones, el número de asistencias a que han dado lugar estos pacientes, el número de pacientes por diagnóstico y el número de asistencias por diagnóstico, y el número de altas por causas del alta y, eventualmente, por diagnóstico. Estos indicadores se aplican, con las matizaciones necesarias, tanto a los servicios de hospitalización como a los servicios ambulatorios y a los programas de atención domiciliaria. Todos ellos son indicadores útiles para establecer comparaciones entre servicios pero, como sucedía con los indicadores de nivel de recursos, no tienen un valor absoluto y por tanto no existen estándares prefijados.

La recogida de otras variables entre las que se encuentran la modalidad de la atención prestada en cada asistencia, el tipo de atención y el profesional que la presta puede completar la utilidad de los indicadores anteriormente citados si se establecen los oportunos cruces entre todos ellos.

Como sucedía con los indicadores de recursos también se

ha intentado establecer algún tipo de valor estandarizado que permita la comparación entre el total de la actividad de los servicios, buscando aumentar la fiabilidad de dicha comparación frente a la comparación simple, variable a variable. Procediendo mediante la asignación de «pesos» diferentes a las distintas actividades que puede desarrollar un servicio que tiene asignada un área concreta de población, el informe antes citado del Royal College of Psychiatrists propone dos fórmulas cuya aplicabilidad dependerá de la cantidad y calidad de los datos disponibles.

La fórmula menos exigente se basa en poder disponer de los siguientes datos: número de altas de la unidad de hospitalización, número de visitas en los dispositivos ambulatorios y número de visitas domiciliarias ya sea éstas realizadas por personal facultativo o de enfermería, todo ello expresado por cada 1.000 habitantes de la población asignada al servicio en cuestión. La más exigente pide además el número de estancias en régimen de hospital de día y el número de intervenciones comunitarias del personal de enfermería, también por cada 1.000 habitantes. Cada uno de estos números se convierte en una puntuación estandarizada mediante los siguientes cálculos: a) se establece el valor «bruto» de cada variable para cada uno de los servicios cuya actividad vamos a comparar; b) se halla la media de los valores de cada variable y la desviación estándar; c) se establece una puntuación fija, a modo de coeficiente, calculada en base a la «distancia» entre los valores de cada servicio y la media. En el trabajo citado se establece en 0,66 dicha puntuación; d) se calcula una unidad estándar para cada una de las variables consideradas multiplicando el coeficiente antes mencionado (0,66) por la desviación estándar de la media de cada variable; e) se calcula la puntuación estandarizada de cada actividad de cada servicio restando al valor «bruto» de la variable que se trate el valor de la media de esa misma variable para todos los servicios que van a compararse y el resultado se divide por la unidad estándar calculada según lo explicado en d). Si el valor es menor que 1 se puntúa 0, si está entre 1 y 2 se puntúa 1 y así sucesivamente. Esta puntuación puede ser, naturalmente, positiva o negativa dependiendo que el valor calculado sea mayor o menor que el valor de la media de la variable correspondiente.

Una vez determinadas las puntuaciones estandarizadas de todas las variables disponibles, las puntuaciones de cada servicio evaluado (siempre en el contexto de la comparación con los otros servicios que se investigan) vendrán dada por la fórmula:

$$\text{ACTIVIDAD} = (2 \times \text{puntuación estándar del alta de pacientes}) + (2 \times \text{puntuación estándar de visitas ambulatorias}) + 0,5 \times \text{puntuación estándar de visitas domiciliarias}.$$

Como puede verse el procedimiento de cálculo puede parecer engorroso pero resulta de gran utilidad cuando lo que se trata es de evaluar la actividad comparativa entre los dispositivos que componen la red asistencial de una zona de extensión media (el tamaño de una Comunidad Autónoma en España) que, a su vez, esté subdividida territorialmente en áreas de salud con recursos mínimamente suficientes.

A3. Indicadores de nivel de funcionamiento

Han sido mucho menos estudiados a pesar del considerable interés que tienen. Nuestra experiencia con este tipo de indicadores señala que son especialmente significativos el tiempo en lista de espera antes del primer contacto, el número de abandonos del tratamiento expresado por diagnósticos, el número de urgencias expresado por diagnósticos, y el número de pacientes con contactos ininterrumpidos con dispositivos ambulatorios durante períodos de tiempo mayores de seis meses, de un año, de cinco años y de diez años. En un segundo nivel de importancia se encuentran la relación número de altas/número de pacientes nuevos, la relación número de pacientes nuevos/número de pacientes antiguos vistos en urgencias, el tiempo medio dedicado al paciente expresado por diagnósticos, el número de contactos antes del alta por curación, mejoría o fracaso expresado por diagnósticos y el número de contactos antes del abandono expresado por diagnósticos. En un tercer nivel podríamos situar el número de contactos por paciente/por profesional/por diagnósticos.

En cualquier caso hay que reiterar que los indicadores de funcionamiento son un campo aún no desarrollado (el mismo concepto no está bien documentado en la literatura) e invitan a desarrollar investigaciones específicas para aquilatar su valor y su significación en la evaluación de los servicios psiquiátricos.

B. Indicadores cualitativos de efectividad

Por indicadores cualitativos o descriptivos de efectividad vamos a entender aquéllos que pretenden medir el efecto que la acción del servicio (del programa) tiene sobre la población que acude al mismo. Son, en consecuencia, indicadores del grado de consecución de los objetivos de salud que todo servicio asistencial ha de cumplir, están íntimamente relacionados con la satisfacción de la demanda recibida y coinciden con la apreciación genérica de lo que se entiende por una buena o mala asistencia. Se trata de indicadores «blandos», cuya expresión no es primariamente numérica y ante los cuales los gestores no se encuentran generalmente cómodos al contrario de lo que sucede con los clínicos. Su interés fundamental estriba en que miden resultados (outcomes) del proceso, lo que supone que su aplicabilidad está más en la evaluación de las acciones terapéuticas que en la evaluación de la actividad global de un servicio. En este sentido hay que insistir en su naturaleza esencialmente finalista pero absolutamente coherente con lo que constituye el núcleo y la razón de ser de cualquier dispositivo asistencial psiquiátrico: proveer de ayuda especializada (tratamiento, asesoramiento, educación sanitaria) a los individuos, a sus familias y al grupo con el cual conviven. Los indicadores cualitativos de efectividad son también de tres tipos: indicadores basados en el análisis de los resultados, indicadores de satisfacción e indicadores de calidad de vida.

Por indicadores basados en el análisis de resultados entendemos aquéllos que miden el grado de cumplimiento de los objetivos previamente establecidos para la intervención

de que se trate, en base a la percepción de las necesidades concretas del caso que tiene el profesional que realiza dicha intervención. Tradicionalmente el «procedimiento instrumental» para establecer este tipo de indicador ha sido la llamada impresión clínica global que, en base a la apreciación del profesional, establecía que el resultado había sido o no satisfactorio clasificándolo como curación, mejoría, no modificación, empeoramiento o muerte. De hecho éstos son los indicadores de resultados.

En el momento actual asistimos a intentos muy estimables y ampliamente difundidos de establecer procedimientos instrumentales «objetivos» que nos permitan complementar la impresión clínica del terapeuta, mediante la construcción y validación de escalas de medida de cambio y el establecimiento de criterios estándar de curación y/o mejoría en base a la comparación entre los resultados obtenidos con dichas escalas antes y tras la aplicación del tratamiento prescrito (o la inclusión en el programa correspondiente). El uso de estas escalas ha sido particularmente intenso en la evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos (especialmente en los ensayos clínicos controlados propios de la llamada fase III de la investigación de un fármaco), su número es ya considerable y la experiencia acumulada permite conocer con cierta exactitud tanto las ventajas como las limitaciones de las más usadas. Otros procedimientos como las medidas psicofisiológicas o los métodos cuantitativos biológicos a pesar de los resultados prometedores no han alcanzado aún la suficiente exactitud bien por problemas de especificidad, bien por problemas de sensibilidad.

Algo similar sucede en el diseño de instrumentos para la medición del resultado de las técnicas de psicoterapia. Aquí el principal problema estriba en la obtención de datos fiables y en la validación de los procedimientos de evaluación. Las psicoterapias de corte conductual presentan evidentemente muchos menos problemas que las psicoterapias de inspiración dinámica, pero aún así no parece fácil establecer acuerdos operativos sobre lo que constituye un «buen resultado», lo que dificulta seriamente la posibilidad de desarrollar instrumentos que precisamente lo que pretenden es medir dicho resultado. La mayoría de los trabajos de evaluación de las diversas técnicas psicoterápicas tienden más a la investigación de la eficiencia (relación coste/beneficio y coste/efectividad) (Daly, 1983) y se orientan así hacia el estudio de la eficiencia en la asignación, tal y como la hemos descrito anteriormente.

Por *indicadores de satisfacción* entendemos aquéllos que van a medir el grado de conformidad con la atención recibida que tienen el paciente, su familia y el grupo social inmediato. Evidentemente aquí se trata de establecer procedimientos que permitan recoger y ordenar lo que son, en definitiva, apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios. Las principales dificultades provienen de la necesidad de precisar cuáles son las variables que condicionan dicha satisfacción y cómo estas variables tienen peculiaridades que hacen que no sean necesariamente coincidentes las apreciaciones del paciente, de la familia y del grupo social. No hay duda de que en cualquier caso el grado de conformidad con la atención recibida va a tener dos tipos principales de componentes: a) unos a los que podríamos denominar «formales»

o «externos» y que tiene que ver fundamentalmente con los problemas de accesibilidad (geográfica y, especialmente, burocrática) y disponibilidad, así como con el trato recibido y con las capacidades, por parte de todos los profesionales de cualquier nivel con los que toman contacto, de generar confianza y de contener/aliviar la ansiedad que acompaña a toda demanda, y b) otros que se pueden llamar «estructurales» o «internos» que hacen referencia a las expectativas que subyacen a la demanda expresa realizada por cada uno de los tres protagonistas de la misma (enfermo, familia, grupo social). Estas expectativas, que deben ser sistemáticamente investigadas y constituyen el principal motor del mantenimiento o cese de la demanda, pueden o no ser realistas y pueden o no tener que ver con el problema tal y como éste es categorizado por el profesional que lo atiende.

Sobre estas bases el principal indicador del grado de satisfacción debería ser el cese de la demanda y la vuelta a los mecanismos de autoayuda. Pero esto no es siempre así, y en muchas ocasiones el cese de la demanda, especialmente de la demanda dirigida al servicio concreto que ha atendido al paciente, puede ser consecuencia precisamente de la no satisfacción de las expectativas que provoca el consiguiente abandono, más o menos abrupto, del tratamiento. En muchos casos esta circunstancia se puede objetivar si el paciente toma contacto con otro dispositivo de la red pública y existe un sistema de información que permite detectar este hecho, pero basta que el nuevo contacto se produzca con un dispositivo privado o con cualquier recurso alternativo para que no pueda disponer de esa información. Por ello es necesario establecer indicadores positivos de satisfacción tanto en los aspectos que hemos denominado «formales» como en los «estructurales». Existe una literatura de cierta magnitud sobre estos aspectos pero su aplicación al campo de la evaluación de los servicios psiquiátricos está aún necesitada de mayor profundización (Arce y Baca, 1989).

Por último, por *indicadores de calidad de vida* se entiende el grado de repercusión que el conjunto de las acciones a las que ha sido sometido el paciente en virtud de la atención recibida, ha tenido sobre la situación global del mismo. La calidad de vida hace referencia, por tanto, a la utilidad subjetiva percibida por el paciente del resultado (out-come) de todas las medidas asistenciales y de la repercusión de éstas en todos los ámbitos de la vida del sujeto. El indicador final de la calidad de vida es el grado de satisfacción del individuo consigo mismo y con las circunstancias que le rodean. Esta satisfacción es, a su vez, la resultante de tres «diferencias» (Michalos, 1980): a) la diferencia con lo previsto, o sea la comparación que el paciente establece entre su situación actual y su situación pasada (entre «estar sano» y «estar enfermo», primero y entre «estar enfermo» y «ser tratado», después), b) la diferencia social, o comparación que el paciente establece entre su situación y la situación de las personas que le rodean y c) la diferencia con las propias metas, o lo que es lo mismo, la comparación entre lo que el paciente ha conseguido y lo que pretende y desea conseguir.

La investigación sobre procedimientos de medición de los niveles de calidad de vida y de la repercusión de los tratamientos médico-quirúrgicos sobre los mismos tiene una amplia tradición, que se remonta a los primeros trabajos de Kars-

nofsky en los años cuarenta sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. A partir de ahí se han desarrollado una sustancial cantidad de escalas de medida de calidad de vida, tanto generales como específicas para determinados tipos de patologías, y se han desarrollado interesantísimos conceptos como el de «Quality» (quality adjusted life year) con posibilidades de ser utilizado a modo de indicador de eficiencia en la distribución y asignación de recursos (Kind, Rosser y Willians, 1982) o el de «utilidad» en relación con el balance entre beneficio obtenido por un tratamiento y el riesgo que dicho tratamiento supone (Torrance, 1987) que, a su vez, ha llevado al concepto de «riesgo aceptable» (Lane y Hutchinson, 1987). Sin embargo, la aplicación de estos conceptos al campo de la evaluación de los programas de intervención psiquiátrica es aún escasa, aunque comienzan a aparecer trabajos que señalan, cada vez con más fuerza, la necesidad de considerar en la evaluación de la efectividad de los programas tanto la satis-

facción personal del paciente como el grado en que el tratamiento ha influido en la capacidad de dicho paciente para el desempeño de sus roles sociales habituales y para su normal desenvolvimiento en el trabajo, en la vida familiar, marital, sexual y en el resto de las actividades de la vida cotidiana (Bigelow y cols., 1982). Asimismo el empleo de indicadores de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos ha sido estudiado por nosotros en otro lugar (Baca, en prensa).

En resumen, puede, pues decirse que los indicadores cualitativos de efectividad constituyen un campo de investigación muy prometedor cuya principal dificultad estriba en establecer criterios bien definidos en los tres aspectos principales que se han mencionado más arriba: resultados de la intervención, satisfacción del paciente y de su familia y calidad de vida y, en base a los mismos, diseñar instrumentos válidos, fiables y suficientemente sensibles cuya aplicabilidad sea aceptablemente fácil.

BIBLIOGRAFIA

Arce R, Baca E. Expectativas de la familia ante el ingreso psiquiátrico en un grupo de esquizofrénicos. *Psiquis* 1989; 11, 8: 45-51.

Baca E. La calidad de vida en la evaluación de los tratamientos psicofarmacológicos: estudios en fase IV. *Farmacología del SNC* (en prensa) 1991.

Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L y Olson M. The concept and measurement of quality of life. En: Stahler GJ, Tash WR (eds). *Innovative approaches to mental health evaluation* 1982; Academic Press. New York.

Brooks R. Efficiency in Health Care. En: Long AF, Harrison S. *Health Services Performance: effectiveness and efficiency*. Croom Helm. London 1985.

Daly RJ. Special problems in evaluation of psychotherapy. En: Helgason T (ed). *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge University Press. Cambridge 1983.

Hargreaves WA, Attkinson CC. Programa evaluation. En: Talbot JA, Kaplan SR (eds). *Psychiatric Administration*. Grune & Stratton. New York 1983.

Holland WW. Concepts and meaning in evaluation of health care. En: Holland WW (ed.) *The evaluation of health care*. Oxford University Press. Ox-

ford 1983.

Kind P, Rosser R, Willians A. Valuation of quality of life: some psychometric evidence. En: Jones-Lee MW (ed). *The value of life and safety*. North Holland. Amsterdam 1982.

Lane DA, Hutchinson TA. The notion of «acceptable risk»: the role of utility in drug management. *J Chron Dis* 1987; 40, 6: 621-625.

Michalos AC. Satisfaction and happiness. *Social Indicators Research* 1980; 8: 385-422.

Royal College of Psychiatrists. *Psychiatric beds and resources: factors influencing bed use and service planning*. Gaskell. London 1988.

Sartorius N. Evaluation in mental health programs. En: Helgason T. *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge University Press. Cambridge 1983.

Torrance GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chron Dis* 1987; 40, 6: 593-600.

Wing JK, Halley AM. *Evaluating a community psychiatric service: the Camberwell register 1964-1971*. Oxford University Press. Oxford 1972.