

EDITORIAL

El siguiente paso

Es indudable que los avances realizados en los últimos años han cambiado sustancialmente la faz de la asistencia a los problemas de salud mental en España. A pesar de las opiniones, más o menos interesadas, que pronosticaban un fracaso rotundo de la reforma emprendida, lo cierto es que por encima de los inevitables claroscuros de todo cambio en profundidad, de situaciones puntuales aún por resolver, de desfases en el tiempo de puesta en marcha, de disparidades de recursos y de luchas personales, la asistencia psiquiátrica ha abandonado en el conjunto de Estado su carácter tradicionalmente institucionalizante, marginado de la red sanitaria general y básicamente custodial. Mal que pese a troyanos y troyanos, ya no es posible defender la estructura manicomial como la solución a los problemas de salud mental de la población, ignorar la importancia de la atención primaria de la salud para el correcto funcionamiento de la red asistencial psiquiátrica o no asumir que la comunidad es el medio natural en el que los problemas se producen y en el que deben intentar resolverse.

Si todo esto es cierto, y lo es en términos generales, podría pensarse que el trabajo que queda es simplemente cuidar lo realizado, perfeccionarlo y evitar «vuel-tas atrás». No es una tarea que haya que menospreciar, y la experiencia demuestra que sigue y seguirá siendo necesaria. Pero queda un paso adelante que cualitativa y cuantitativamente es imprescindible dar. A este paso están dedicadas las próximas líneas.

Cualquier sistema de provisión de servicios que no quiera caer en la tautología de justificar su existencia en la defensa de los presupuestos teóricos que lo soportan, por claros y definidos que estén, ha de afrontar una vez llevado a la práctica el desafío que supone el contraste con la realidad de sus resultados. No es posible, y mucho menos en los sistemas sanitarios públicos, invertir recursos y encarar los gastos y desgastes de todo tipo (monetarios y no monetarios, de los profesionales y de los usuarios) que supone una reforma en un sector tan sensible, sin tener el firme compromiso y la ineludible obligación de evaluar la efectividad y la eficiencia de lo realizado. Y nótese que digo la efectividad y no la eficacia: es decir, que insisto en la necesidad de evaluar al sistema en su funcionamiento real y no en la situación ideal que siempre suponen las experiencias piloto y los ensayos similares.

Estoy seguro que no sería difícil concitar un acuerdo general sobre lo anteriormente dicho pero me temo que dicho acuerdo no pasaría de ser un «consenso nominal». No es ajeno a ello el que el término «evaluación» siga cargado de con-notaciones que despiertan recelos cuando no franca oposición. Es preciso aún in-

sistir que evaluar no es inspeccionar (aunque ojalá toda la inspección se plantease como una evaluación y no como un proceso de caza y captura), que la evaluación no es una tarea propia de esotéricos personajes, ajenos, frecuentemente desconocidos y siempre inquietantes sino una labor que ha de realizar el propio evaluado como parte esencial de su trabajo y que la evaluación no es una obligación de gestores y administradores sino una tarea que, en sus formas más interesantes como la evaluación de resultados, ha de enmarcarse dentro de la actividad clínica más clásica.

No se puede ocultar, sin embargo, que el recelo y la resistencia que despierta en muchos profesionales la idea de evaluar su trabajo (y sobre todo de que alguien externo evalúe su trabajo) no nace del desconocimiento de los procedimientos o del temor a hipotéticos resultados negativos que pongan en cuestión su labor habitual. Nacen, por el contrario, de los errores que propicia el uso torticero de las técnicas evaluadoras y, en esta medida, son celos perfectamente asumibles.

Hace ya más de un lustro que Suchman, uno de los pioneros en la investigación evaluativa, señalaba que toda evaluación podría ser utilizada «con propósitos encubiertos» y citaba las cuatro desviaciones que son de todos conocidas: los usos de la evaluación como «lavado de cara» de proyectos débiles a los que hay «políticamente» que salvar, bien a través de analizar sólo los aspectos favorables bien empleando criterios sesgados intencionalmente; como «torpedo» para proyectos que se quieren destruir centrándose entonces de forma deliberada en los puntos negativos; como «tiempo muerto» que sirve para justificar que no se hace nada «en espera de los resultados de la evaluación» y, finalmente, como gesto hacia la galería de una postura de objetividad y de profesionalismo que después no se materializa en acciones concretas. Este último es, quizá, el uso perverso más frecuente y más aparentemente inocente de la evaluación en la medida que la priva de lo que es su característica radical: el ser una investigación dirigida específicamente a determinar la necesidad de introducir cambios en un proceso y a provocar la puesta en marcha de dichos cambios. Evaluar no sólo es conocer los rendimientos de un servicio, los resultados de un programa de intervención, el grado de satisfacción del usuario o determinar la eficiencia distributiva de una asignación presupuestaria. Es todo eso, pero no sólo eso. Para ser evaluación les falta a todos los aspectos mencionados, y a los muchos más que podrían mencionarse, ser el origen inmediato de medidas tendentes a modificar las situaciones de déficit, de desviación o de mal funcionamiento detectadas. La evaluación ha de señalar pero ha también de proponer la solución del problema que señala. Y el proceso sólo puede considerarse terminado cuando «quien corresponda» (Administración, gestor, responsable del servicio o clínico «de a pie») aplica en la práctica la solución propuesta o explica, también en la práctica, por qué no lo hace.

Comenzaba diciendo que la situación de la asistencia pública a los problemas de salud mental conoce en el conjunto de España un grado de desarrollo y de dotación de recursos inédito en nuestra historia reciente. Que sea aún insuficiente, que esté mal distribuido, que existan lagunas clamorosas como la atención a los problemas crónicos y, en general, la dotación y organización de los sistemas de rehabilitación y reinserción social no invalidan este aserto. Distamos mucho de disponer de todo lo necesario pero hemos aumentado considerablemente la cantidad y la calidad de lo que disponemos. Es innecesario remarcar que no puede ni debe acabar ahí el proceso de reforma pero hemos de enfrentarnos a la necesidad de apoyar el futuro e imprescindible desarrollo en la demostración de los resultados que obtenemos y en creación de mecanismos de continua mejora de lo que hacemos. Y parece difícil conseguirlo si no disponemos de datos que avalen nuestras acciones. Éste, y no otro, es el siguiente paso.

ENRIQUE BACA