

# La evaluación desde la gestión

Álvaro Iruin Sanz

Médico

Servicio de Salud Mental Extrahospitalario de Gipuzkoa

Probablemente los términos “evaluación” y “gestión” son términos usuales en nuestra práctica clínica. Sin embargo, son muchas las acepciones que los mismos pueden tener siendo, por tanto, divergentes las respuestas que pueden darse. A fin de centrar mi exposición, adoptaré la “comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer” como significado de término evaluación, y la acción de “coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos” como el equivalente del término gestión.

De esta forma, intentaré enfocar mi exposición bajo el prisma de que la evaluación desde la gestión consistirá en “la comparación entre aquello que se hace y aquello que se debería hacer, con la finalidad de coordinar y motivar a las personas de una organización para conseguir unos objetivos”. Por tanto, dos aspectos serán necesarios para esta actividad: Medir y Motivar

## Antecedentes

Antes de nada, considero necesario recordar algunas características básicas del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca; sistema que, en el año 1993, inicia una reforma profunda que define su configuración actual.

Así, es en 1997 cuando se promulga la ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (L.O.S), Ley que constituye la base de nuestro sistema y que presenta como característica diferencial primordial la separación entre el

organismo financiador de las prestaciones sanitarias (Departamento de Sanidad) y el organismo proveedor principal de las mismas (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud). Como en cualquier actividad empresarial, la relación entre ambos Organismos se establece mediante un Contrato-Programa que delimita los servicios que deben prestarse y los precios y mecanismos de pago de los mismos. Al mismo tiempo, establece aquellos estándares de calidad que el organismo financiador considera adecuados en la prestación a ofertar y que permitirán su control y revisión posterior.

En el caso de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, Organización de Servicios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud a la que represento en este momento, el primer Contrato-Programa se estableció en 1998 sobre la base de un modelo capitativo de financiación y con unos objetivos regulados mediante Indicadores, algunos de los cuales se presentan en la tabla 1. Esto nos obligó al establecimiento de un marco de seguimiento continuo de los datos de actividad, como primer paso, que permitiese mediante su devolución a los Centros asis-

**Tabla 1. Indicadores contrato-programa 2000**

1.	Demora media
2.	% de Derivaciones a Atención primaria
3.	Tasa de hospitalización
4.	Tasa de abandonos
5.	Nº medio de consultas/paciente/año
6.	Nº medio de pacientes atendidos / día
7.	% de pacientes sin diagnóstico tras 3 consultas
8.	Consentimiento Informado: Creación, Implantación
9.	% de reclamaciones SAPU contestadas en menos de 1 mes

tenciales la gestión de la actividad y su adecuación a lo contratado. Resulta obvio mencionar, al respecto, la importancia de un adecuado sistema de información.

Antes de entrar en la descripción de lo que considero una aplicación práctica de la evaluación a la gestión, quisiera detenerme un momento en el segundo aspecto básico para la consecución de objetivos en cualquier organización con trabajadores de alto nivel de cualificación profesional, y que no es otro que la motivación de los mismos. Clásicamente, se ha clasificado la Motivación en el trabajo en base a tres modelos diferenciales que se describen en la tabla 2 junto con sus incentivos característicos:

**Tabla 2. Modelos de motivación**

MODELO	ASPECTOS INCENTIVADORES
“Trabajo por el salario”	Relación entre trabajo (cantidad-calidad) y remuneración (por objetivos, productividad, etc.)
“Trabajo porque me gusta”	Desarrollo y reconocimiento profesional
“Trabajo porque se me considera importante”	Poder, “status social”, promoción jerárquica, etc.

La situación de la profesión médica en España, en el momento actual, no es probablemente la mejor para que la motivación pueda provenir del salario o del “status social” toda vez que ambos reconocimientos se encuentran a niveles muy inferiores a los que, en otro tiempo, se otorgó a nuestra profesión. Por tanto, probablemente es sobre la base de un alto nivel de profesionalidad como las organizaciones asistenciales pueden acometer diariamente su cometido, salvaguardando siempre un alto nivel de calidad.

En mi opinión, éste debe ser un aspecto a tener en cuenta de manera continua; siendo una necesidad para las Organizaciones el establecimiento de vías de participación y comunicación con los trabajadores que permitan fórmulas imaginativas en la búsqueda de vías de motivación y estímulo. Siempre bajo la idea clara de que el principal activo de las Organizaciones es su personal.

### Un problema de gestión

Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa es una Organización de Servicios de

Osakidetza/Servicio Vasco de Salud cuyas características principales aparecen reflejadas en la tabla 3.

La evolución de la asistencia en los últimos años viene marcada por un fuerte incremento en cuanto al número de consultas hasta el año 1999, con una tendencia discreta a la estabilización en el último año. Los casos nuevos también presentan la misma tendencia, siendo en cambio los reinicios y los pacientes diferentes atendidos las variables que continúan incrementándose.

Por grupo diagnóstico, es el grupo englobado bajo el epígrafe Neurosis, que

engloba trastornos de ansiedad, trastornos depresivos no psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos adaptativos, etc., el que presenta un incremento más marcado en los cinco últimos años, con una deriva del sistema asistencial hacia patologías menos graves aunque largas en su evolución. Estos casos representan el 40% de los casos atendidos anualmente.

**Tabla 3: Características básicas de Salud Mental Extrahospitalaria de Guipúzcoa**

• Contrato-programa 2000: 869.460.000 pesetas
• Plantilla: 126 profesionales
• Tasas por 100.000 habitantes:
o Psiquiatras: 5.46
o Psicólogos: 2.59
o Enfermeras: 4.6
o Trabajador Social: 1.73
• Característica principal: Dispersión geográfica
• 11 Centros de Salud Mental
• 2 equipos de psiquiatría infanto-juvenil
• 1 programa específico de Toxicomanías
• 1 programa específico de Trastornos de la Conducta Alimentaria, con 3 Unidades de atención
• 1 Unidad de Rehabilitación Polivalente
• 1 Unidad de Día
• 5 Talleres Ocupacionales

Esta situación genera una situación de **sobrecarga asistencial** que dificulta la dispensación de una atención intensiva a los problemas más graves que, de alguna manera, está llevando a nuestras Organizaciones al colapso asistencial.

Es este, por tanto, el problema de gestión que se nos plantea tanto a clínicos como a gestores porque, en definitiva, es difícil separar la clínica de la gestión en una organización como la nuestra.

¿ Cuales son las explicaciones iniciales al porqué de este problema?

Como en todo, son varias las explicaciones posibles y, probablemente, la realidad se basa en una mezcla de las mismas. Las más frecuentemente expresadas por los diferentes profesionales son:

- Pérdida del “miedo al psiquiatra” por parte de la población
- Cambio en la denominación (de Asistencia Psiquiátrica a Salud Mental)
- Los médicos de cabecera derivan demasiados casos o con demasiada “facilidad”
- Una vez que el paciente es visto por el psiquiatra, se “fija” al CSM
- En caso de devolución a Atención Primaria, rápidamente se producirá un reinicio en el CSM. Por tanto, la derivación no tiene sentido dado que las dos primeras son más conceptuales, y nuestra capacidad para medir su impacto es mínima, nos centraremos en los otros tres conceptos y presentaremos aquí algunos datos obtenidos del análisis concreto de la situación en nuestro medio:

### 1. “ Los médicos de cabecera derivan demasiados casos o con demasiada facilidad “

En 1998, a la par que el Plan Estratégico del Ente Público Osakidetza, se elabora el primer Plan Estratégico de Salud Mental Extrahospitalaria. Dicho Plan recogía, entre sus líneas estratégicas el “trabajo conjunto con Atención Primaria,” a fin de hacer efectiva la continuidad de cuidados y la definición progresiva de las patologías a atender en cada nivel. Debemos tener en cuenta que a nivel global de la Organización, aproximadamente el 65% de los casos proceden de Atención Primaria. En consonancia con dicho planteamiento, se potenciaron las reuniones de trabajo entre los equipos de las áreas de influencia, incluyendo a las gerencias y las direcciones médicas en el seguimiento de las mismas.

En la zona de influencia del CSM de Rentería, que incluye los Centros de Salud y Ambulatorios de Lezo, Oiartzun, Pasajes Ancho, Pasajes San Juan, Pasajes S.Pedro, Rentería-Beraun y Rentería-Iztieta, se desarrolló un plan de formación impartido desde el Centro de Salud Mental y que incluía tanto aspectos teóricos sobre la base de los dos trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en Atención Primaria (ansiedad y depresión), como aspectos prácticos que pudiesen mejorar la relación diaria entre ambos niveles asistenciales.

Paralelamente al diseño y realización de dichos cursos se elaboró un protocolo de investigación, que recogía como uno de sus objetivos evaluar el patrón de cambio en las derivaciones de pacientes de Atención Primaria al Centro de Salud Mental antes (año 1998), durante (1999) y después de los programas específicos de formación

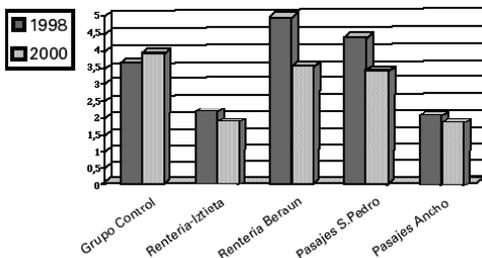
**Tabla 4. Derivaciones totales de pacientes desde Atención Primaria**

CENTRO	ASIGNACION	1998	1999	2000	VARIACION 2000/1998
Rentería-Iztieta	Control (n=4)	57	75	63	+10.5
Rentería-Iztieta	Experimental (n=7)	60	65	50	-17.0
Rentería-Beraun	Experimental (n=8)	158	114	112	-29.1
Pasajes S.Pedro	Experimental (n=6)	103	78	80	-22.3
Pasajes Ancho	Experimental (n=4)	31	12	27	-12.9
Total Experimentales		352	269	269	-23.6

en trastornos depresivos y trastornos de ansiedad

La tabla 4 recoge las derivaciones totales de pacientes desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental durante los años de estudio. Como puede verse, sólo en el grupo control han aumentado ligeramente las derivaciones (10.5%), mientras que en todos los grupos experimentales las derivaciones han disminuido en el año 2000 respecto del año 1998 (23.6%).

**Fig. 1. Derivaciones médicas.**



La figura 1 por su parte, recoge las derivaciones medias trimestrales de pacientes desde Atención Primaria al centro de Salud Mental durante los años de estudio. El tamaño del efecto entre el año 2000 y el año 1998 para los centros experimentales apunta hacia un cambio en el rango de pequeño a mediano (0.31), señalando claramente una disminución de las derivaciones. Por el contrario, dicho cambio es pequeño y en el sentido opuesto (aumento de las derivaciones) para el grupo control de Rentería-Iztieta (-0.15). El gráfico que recoge las derivaciones por grupo en el centro de Rentería-Iztieta señala un aspecto de particular importancia ya que las derivaciones medias son diferentes ya desde el momento del inicio del estudio según el grupo. Así, el grupo experimental ya derivaba menos en el año 1998 – previamente al desarrollo del curso de formación – y lo sigue haciendo a lo largo del período de estudio.

Pese a que el bajo tamaño de la muestra impide reflejar diferencias estadísticamente significativas, detectamos un hallazgo clínicamente significativo, cual es la disminución en las derivaciones de manera sistemática en todos los centros experimentales con una reducción aproximada del 24%. Debemos señalar también la existencia de otros aspectos que han resultado benefi-

ciosos para la continuidad de cuidados y que no han sido medidos en este estudio (satisfacción con la formación, tratamientos más adecuados, menor tiempo en espera de tratamiento por parte de los pacientes, etc.)

## **2: “Una vez que el paciente es visto por el psiquiatra, se “fija” al Centro de Salud Mental “**

En el año 1994 nuestra Organización llevó a cabo un estudio de análisis de la demanda cuyos resultados fueron coincidentes con lo señalado en la bibliografía en el sentido de que, aproximadamente, un 40% de los pacientes abandonaban el tratamiento entre la primera y la cuarta consulta.

Durante este año, hemos revisado un total de 180 casos diagnosticados de Esquizofrenia y Trastorno Paranoide según criterios CIE-9 que, a lo largo del segundo semestre del año 2000 habían perdido el contacto con nuestros Servicios, durante un período de tiempo superior a los seis meses. De ellos, el 96% había mantenido menos de 6 contactos en el Centro de Salud Mental y el 72% había tenido únicamente 1 ó 2 contactos.

Por tanto, al menos en trastornos mentales considerados paradigmáticos en cuanto a gravedad, nuestra capacidad de fidelización era más bien escasa.

## **3: “En caso de devolución del paciente a Atención primaria para seguimiento, rápidamente se producirá un reinicio en el Centro de Salud Mental”**

Nuevamente establecimos un protocolo de investigación para conocer cuál había sido el destino final de los pacientes que, desde los CSM, habían sido derivados a Atención primaria para seguimiento y finalización del tratamiento. Para ello, seleccionamos los pacientes derivados entre Junio y Diciembre del año 1999, verificando su posterior entrada en la Red hasta Junio de 2001.

Los resultados, una vez más, volvieron a mostrar la diferencia con el pensamiento generalizado de los profesionales; toda vez que, únicamente el 30% de los casos volvían a Salud Mental en este período de tiempo. Como consecuencia de la medición ade-

cuada de los tres paradigmas mencionados y de su discusión en el ámbito adecuado (reuniones de Jefes de Centro), los profesionales han ido variando su concepto en cuanto a la posibilidad real de derivación de casos a Atención Primaria, que permita, secundariamente, la optimización del tiempo asistencial y el incremento del tiempo dedicado a patologías más graves. La figura 2 representa la evolución de los casos derivados a Atención Primaria en el período Enero-Setiembre de los 3 últimos años, observándose un incremento en torno al 60%.

**Fig.2 Evolución de los casos derivados a Atención Primaria**

