

# Investigando sobre procesos de evaluación de programas de reinserción comunitaria de personas externadas de instituciones psiquiátricas



**Sara Ardila**

*Psicóloga. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. Docente Regular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Becaria Posgrado Tipo II, CONICET – Universidad Nacional de Lanús. Ex Becaria (2008-2010) Proyecto PICTO-UNLa “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos” financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.*

**Alicia Stolkiner**

*Licenciada en Psicología Universidad Nacional de Córdoba, Diplomada en Salud Pública Universidad de Buenos Aires. Profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Profesora Titular Cátedra II Salud Pública/Salud Mental. Investigadora Responsable Proyecto PICTO-UNLa “Metodología y estrategias de evaluación en programas de reinserción comunitaria de pacientes psiquiátricos” financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.*

## Resumen

---

Pese a reconocerse la importancia de la evaluación de programas y servicios de salud mental para transformar y mejorar la atención, su inclusión como práctica cotidiana ha sido reducida. Este problema fue abordado por la investigación aquí presentada (PICTO-UNLa 2008-2011) cuyo objetivo fue desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servi-

cios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos, y estudiar la aplicabilidad de herramientas internacionales al contexto local, en un estudio de caso de un programa de externación de la Provincia de Buenos Aires. Se utilizó una metodología de investigación social participativa con componentes de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Las técnicas fueron: encuesta a los trabajadores del programa, talleres de discusión, aplicación de herramientas internacionales de evaluación de programas y ser-

vicios de salud mental, y la conformación de un comité de seguimiento de la investigación. Los resultados muestran que el personal considera positivamente la evaluación como potenciador de cambios y visibilizador de la tarea realizada. La escasa formación en elementos de gestión y los modos reducidos y dispersos de contratación del personal constituyen obstáculos para la evaluación permanente. Las herramientas internacionales fueron valoradas porque permiten desnaturalizar la práctica al contrastarla con estándares externos, aunque el marco referencial implícito en su elaboración obstaculiza su aplicabilidad. El proceso de investigación promovió la revisión de los objetivos del programa, y la necesidad de incluir la perspectiva de las usuarias en la evaluación, tarea que se adelanta actualmente.

**Palabras clave:** Evaluación. Salud Mental. Programa. Servicio. Comunitario.

## Abstract

Although exists an agreement about the importance of use evaluation as a tool to improve and develop mental health programs and services, it is still not a part of the everyday practice. This problem was the starting point of the present research (PICTO-UNLa2008-2011) where the objectives were: 1) to develop contextual and participative methodologies both conceptual and technically for the evaluation of community programs and services for reinsercion of psychiatric patients and 2) to study the applicability of international tools to the local context, in a case study of a discharge program in the Buenos Aires Province. A social participation methodology with Health Systems and Services Research components was used. The techniques used were: inquiry to the workers of the program; discussion workshops; international tools for evaluating mental health pro-

grams and services, and a research-follow-up committee was created. The results shows that the staff has a positive attitude towards evaluation as a facilitator of change in their practice. The international tools were valued because they create a contrast between the practice and external standards even though its implicit theoretical frame made it difficult to apply. Results also show that the main obstacles for routine evaluation in services are a lack of training in management issues and the hiring styles of health services. The research process promoted a review of the program objectives and the need of the inclusion of the points of view of the users of the program.

**Key words:** Evaluation. Mental Health. Program. Service. Community.

## Introducción

En el último siglo se produjeron en el mundo diversos movimientos de reforma en la atención de las personas bajo tratamiento psiquiátrico. En el contexto regional, la Declaración de Caracas (1990) manifestó el compromiso de los países de América Latina y el Caribe por los principios fundamentales de dicha transformación. Pese a ello, en Argentina todavía falta un camino a recorrer para cumplir con tales principios, los cuales señalaban que los recursos, cuidados y tratamiento provistos debían:

- *Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles.*
- *Estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.*
- *Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.* (OPS, 1990)

Aunque son diversas y complejas las razones por las cuales ha tardado la efectivización de los compromisos asumidos en Caracas, uno de los aspectos que habría contribuido a esta situa-

ción es que las experiencias puntuales de cambio no han podido, por lo general, dar cuenta de su funcionamiento y resultados, privándose de un recurso de legitimación frente a las resistencias al mismo (Stolkiner y Ardila, 2009).

De hecho, muchas de las experiencias innovadoras de atención en la región no han logrado trascender a modificaciones más radicales de las políticas en salud mental, quedando más como formas *complementarias* que como verdaderas *alternativas* a la atención psiquiátrica tradicional. Muchas veces han respondido a iniciativas de sus gestores por lo que han tendido a desaparecer al retirarse éstos (González Uzcátegui, 1992).

Por lo anterior, la evaluación de los programas y servicios de salud mental resalta como herramienta estratégica para la reforma de la atención y para la consolidación de las valiosas experiencias que existen. La ausencia de procesos verificables y transmisibles de evaluación hace que los servicios de salud mental sean más vulnerables a su desmantelamiento, como de hecho ocurrió en algunos países del continente durante los movimientos de reforma de los sistemas de salud ocurridos en la década del 90 (Ardila, 2008) y que sean más permeables frente a los grupos de presión (Agrest y Nemirovsky, 2002).

Los cambios recientes en el panorama del campo de la salud mental en la Argentina, evidenciados en la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010, han colocado la necesidad de

reformular la atención en salud mental en la agenda pública nacional. En este escenario, las herramientas técnicas de gestión, y dentro de ellas las de evaluación de programas y servicios, son necesarias para la consolidación de las transformaciones planteadas a nivel de principios, y para poder, parafraseando a Thornicroft y Tansella (1999), alcanzar la traducción de los principios éticos en desarrollos técnico-operativos.

### **La evaluación de Programas y Servicios de Salud Mental como problema y como recurso estratégico**

---

En cuanto herramienta estratégica de la reforma de la atención psiquiátrica, los desarrollos de procesos de evaluación de los programas y servicios de salud mental debieran acompañar los movimientos de transformación de la atención, entre otros objetivos, para establecer si existen diferencias entre aquello que se propone como innovador -generalmente englobado bajo el título de “comunitario”- y la atención psiquiátrica tradicional.

Durante la década del 70 del siglo pasado se produjeron desarrollos de teorías y herramientas de evaluación de servicios de salud mental comunitarios con el propósito de comprobar algunos de sus supuestos de base, por ejemplo, que

eran más “humanos”, más terapéuticos, y más eficientes que la atención psiquiátrica tradicional (Bachrach, 1996; Knudsen, 1996). Sin embargo, subyacía un debate conceptual referido a

---

**M**uchas de las experiencias innovadoras de atención en la región no han logrado trascender a modificaciones más radicales de las políticas en salud mental, quedando más como formas complementarias que como verdaderas alternativas a la atención psiquiátrica tradicional.

---

si los objetivos y propósitos de la atención psiquiátrica tradicional eran comparables con las propuestas de salud mental comunitaria, y, por ello, si era posible utilizar los mismos criterios e instrumentos para evaluar servicios tradicionales y servicios alternativos, y cuáles serían los indicadores apropiados para ello. (Ardila y Stolkiner, 2010). Por ejemplo, en la evaluación de resultados la perspectiva comunitaria requeriría indicadores que exceden en mucho la persistencia o no de síntomas, al subyacer una representación distinta del proceso de salud/enfermedad/cuidado.

En las últimas décadas hubo un desarrollo importante en la producción de instrumentos, herramientas e indicadores de evaluación de programas y servicios de salud mental, y a la vez, una distancia entre ellos y su utilización cotidiana en los programas y servicios en nuestra región. Esto posiblemente se deba a particularidades de las prácticas en salud mental y también a aspectos más generales referidos a la cultura de las instituciones de nuestros países, que De Souza Minayo (2005) ha caracterizado como de *discontinuidad administrativa*.

Finalmente cabe preguntarse sobre el modo y alcances de la aplicación de herramientas “universales” en proyectos cuyos objetivos y supuestos pueden diferir dado que forman parte de procesos de salud/enfermedad/cuidado en distintas culturas y comunidades.

Respecto al supuesto de que las particularidades de las prácticas en salud mental se constituyen en obstáculos para el desarrollo de evaluaciones, se han planteado diversas explicaciones. Entre ellas, factores de cultura profesional como la creencia de lo “incuantificable” de las prácticas “psi” y el temor a que la evaluación produzca un reduccionismo de las prácticas de atención. Otras referidas a especificidades del campo, por ejemplo que la heterogeneidad de los programas e intervenciones dificultaría el desarro-

llo de comparaciones y de indicadores comunes, el carácter complejo de las problemáticas que se atienden y que requerirían intervenciones diversas por parte de distintos profesionales, servicios y sectores; y la dificultad de operacionalización en indicadores de los objetivos de los programas y servicios de salud mental. También se afirma que la carga doctrinal que puede acompañar la reforma psiquiátrica dificultaría debatir con argumentos racionales a los diversos actores en disputa (Aparicio, 1993; Salvador-Carulla, Romero, Rodríguez-Blázquez, Atienza y Velázquez, 1998; Ardila y Stolkiner, 2010).

Interesa resaltar, entre las dificultades, aquella derivada de la baja reflexividad que tendrían los profesionales de la salud mental sobre el contexto institucional en el cual se desarrollan sus prácticas. La formación centrada en el quehacer clínico individual conduciría a invisibilizar el campo de determinaciones en el cual se produce la práctica profesional (Stolkiner, 1989). Se parte entonces, del supuesto de que la utilización de elementos de gestión de los servicios, puede, contrario a la creencia del reduccionismo, ampliar las posibilidades de las prácticas de atención (Agest y Nemirovsky, 2002).

## Investigando sobre procesos de evaluación de Programas y Servicios de Salud Mental

---

Los problemas y preguntas planteados fueron la base del proyecto de investigación que se expone en este trabajo. La Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica financió el proyecto, que tuvo sede en la Universidad Nacional de Lanús, entre los años 2008 y 2011.

Su objetivo general consistió en desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servicios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos y estudiar la apli-

cabilidad de herramientas internacionales al contexto local.

Partiendo del supuesto de la importancia estratégica de la evaluación de los programas y servicios de salud mental, y de la brecha entre los desarrollos técnicos en materia de evaluación y su inclusión en las prácticas cotidianas, se esperaba ampliar la comprensión de este problema a fin de aportar elementos para producir transformaciones, contribuyendo a la inclusión de las prácticas evaluativas en la cultura institucional.

La trama conceptual de la investigación incluyó las teorizaciones sobre gestión en salud enmarcadas en el pensamiento de la salud colectiva, tales como los desarrollos de De Sousa Campos (2006) sobre gestión-subjetividad y los postulados de Testa (1989) y de Rovere (1999) sobre pensamiento y planificación estratégica en salud. En ello se basó el concepto central de *práctica técnica no tecnocrática* (Stolkiner y Ardila, 2009) para aplicar al proceso de evaluación.

La lógica tecnocrática se caracteriza por el supuesto de la posibilidad de “objetivación” de los procesos y de las instituciones, eludiendo las dimensiones de poder, conflicto, burocracia, creatividad, deseos y afectos, orden e irracionalidad que son inherentes a las instituciones y proyectos humanos (Stolkiner, 1993). Por su parte, la práctica no-tecnocrática, al considerar tales elementos, requiere ser abordada en tres dimensiones (que se entretajan): *la técnica, la política y la ética*. La primera de ellas conlleva el empleo de los instru-

mentos y herramientas de evaluación de programas y servicios de salud que contienen implícitas las otras dimensiones. La dimensión política implica el reconocimiento del conflicto de actores, poderes e intereses. Finalmente, la dimensión ética supone la pregunta permanente por

el antagonismo entre objetivación-subjetivación, referente al principio de dignidad de todos los actores involucrados en el proceso (Stolkiner, 2009).

La Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) y la relación entre Investigación y Evaluación fueron también referentes conceptuales. La ISSS cuestiona la relación investigación-transformación, y propone reducir las distancias entre el conocimiento científico “puro” y el “aplicado”, y entre inves-

tigadores y trabajadores de servicios de salud y/o tomadores de decisiones, a fin de promover mejoras en los procesos de atención. De ello deviene la necesidad de la inclusión de los actores directamente involucrados en la problemática objeto de la investigación (Almeida, 2000).

En cuanto a la relación entre investigación y evaluación, se retoma la propuesta de De Souza Minayo (2005) sobre la necesidad de estudiar las intervenciones en relación al contexto en el cual se sitúan, de allí el concepto de “evaluación contextualizada”. Así mismo, se incluyen las ideas de Guba y Lincoln (1989) sobre las distintas generaciones que hubo en el concepto y en las prácticas de evaluación: una centrada en la medición, la segunda en el cumplimiento de objetivos, la tercera que señala la importancia

---

**E**n las últimas décadas hubo un desarrollo importante en la producción de instrumentos, herramientas e indicadores de evaluación de programas y servicios de salud mental, y a la vez, una distancia entre ellos y su utilización cotidiana en los programas y servicios en nuestra región.

---



de evaluar los objetivos mismos, y finalmente la necesidad de incluir en la evaluación la perspectiva de los diversos actores involucrados en los procesos de atención.

Se considera a la evaluación como un momento intrínseco al proceso de gestión de los programas y servicios, estrechamente ligada al planeamiento, en tanto reflexión metódica que acompaña la tarea, y que requiere, en un sentido formal, cumplir con una serie de características. Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2000: 32) la definen como:

*“la actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos, con el fin de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre el proyecto, y formular recomendaciones para la toma de decisiones”.*

## El proceso de investigación

El proyecto originalmente estuvo formulado para incorporarse en un plan estratégico de descentralización y externación de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires que se iniciaba, pero en el tiempo transcurrido entre la presentación y la aprobación del mismo se modificó la situación institucional y política del plan, resultando imposible desarrollar la investigación en él.

La necesidad de encontrar otro programa o servicio comunitario de reinserción de pacientes psiquiátricos para el estudio de caso, coincidió con una solicitud de asesoría realizada al equipo de investigación por un programa de externación de pacientes de larga estadía. Esperaban “elevar la calidad del mismo” mediante la inclusión de herramientas de registro y de evaluación de las intervenciones que se realizaban, para lo cual solicitaban ayuda.

Es importante mencionar que el haber respondido a una demanda, a un problema visualizado por actores del servicio, constituyó un elemento importante del trabajo.

La investigación se desarrolló, a partir de ello, en ese programa comunitario, existente desde hace diez años, cuyo objetivo era la externación de pacientes de un Hospital Monovalente de la Provincia de Buenos Aires.

El programa se organiza en dos áreas de trabajo: una centrada en la *externación y apoyo* de mujeres con internaciones prolongadas y con falta de soporte familiar y social. El apoyo incluye la provisión de vivienda, la atención psiquiátrica y psicológica, y el acompañamiento necesario en cada caso para la vida cotidiana. El área de *trabajo comunitario* se desarrolla en un centro de día en el cual se ofrecen actividades abiertas a toda la comunidad, en las que participan las mujeres externadas, organizadas bajo los paradigmas de la promoción de la salud y la inclusión social (Cáceres, Druetta, Hartfiel, y Riva, 2009).

El proceso de investigación tuvo las siguientes fases:

### Primera Etapa:

Podríamos denominarla de “establecimiento de acuerdos”. Se desarrollaron reuniones para conformar un “comité de seguimiento de investigación” (Basagoiti y Paloma, 1999), formado por directivos de la institución de la que depende el programa, coordinadores del programa e integrantes del equipo de investigación. Este dispositivo se deriva de la investigación social participativa y tiene como objetivo generar un espacio para la toma de decisiones conjuntas frente a aspectos del proceso investigativo, y establecer un canal de comunicación abierto entre los investigadores y la institución (Basagoiti y Paloma, 1999). Las reuniones del comité de seguimiento han acompañado todo el proceso de investigación.

Posterior a la conformación del comité de seguimiento, se realizó una reunión con todo el personal del programa, a fin de debatir los obje-

tivos, límites y alcances de la investigación. Resultó importante aclarar que la investigación no se proponía evaluar el programa sino investigar sobre metodologías y herramientas de evaluación. Así, y aunque del trabajo se derivaron acciones de evaluación del programa, su utilización correspondía al mismo, no a la investigación. El lugar de investigadores no habilitaba a constituirse en “evaluadores” externos.

También se acordó que todo el material que se produjera a partir de la investigación (informes, artículos, presentaciones en congresos) se debatiría previamente en el programa.

### **Segunda Etapa:**

Durante la misma se aplicó un cuestionario diseñado por el equipo de investigación y presentado al comité de seguimiento para sus aportes y comentarios. Lo respondieron individualmente todos los trabajadores del programa. Sus objetivos eran identificar su postura frente a la evaluación de su tarea y del programa, identificar prácticas y criterios evaluativos existentes, y posibles obstáculos o resistencias frente a actividades de evaluación.

### **Tercera Etapa:**

Consistió en la realización de talleres con los trabajadores del programa. En ellos se hizo una devolución de los resultados del cuestionario, se debatió la historización del programa y, a partir de ésta, se revisaron y discutieron los objetivos del mismo. En estos talleres también se brindó capacitación sobre aspectos teóricos generales de evaluación de programas y servicios de salud mental, así como sobre herramientas de evaluación existentes, algunas de las cuales serían utilizadas en la siguiente etapa.

### **Cuarta Etapa:**

Durante la misma se aplicaron en los equipos de trabajo las herramientas internaciona-

les de evaluación seleccionadas. El modo grupal de aplicación fue una sugerencia hecha por el programa, de modo tal que la aplicación sirviese para discutir, por equipos de trabajo, los instrumentos. Las herramientas aplicadas fueron:

- *Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental, Volumen 2* (WHO, 1997). De éste se aplicaron los módulos de “Servicios de Apoyo de Base Comunitaria” y de “Centros de Día (centros de rehabilitación psicosocial)”.
- *Clasificación Internacional de Cuidado de Salud Mental* (OMS, 1997).
- *Guías para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental*. (WHO, 1996). De este se aplicaron la “lista de verificación” y el “principio 3: vida en comunidad”.

Las herramientas se seleccionaron a partir de un rastreo documental de instrumentos de evaluación enfocados en servicios comunitarios de atención en salud mental.

Se eligieron las producidas por la Organización Mundial de la Salud, dado que serían, teóricamente, aquellas adecuadas para aplicarse en diversos contextos. El instrumento de Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental (WHO, 1996) cuenta con módulos específicos para diversos dispositivos de atención, y se seleccionaron aquellos más pertinentes con las características del programa. El instrumento de la Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental (OMS, 1997) tiene la particularidad de haber sido confeccionado para su aplicación en cualquier tipo de servicio, al evaluar la existencia o no de modalidades determinadas de cuidado. Finalmente, las Guías para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastorno Mental (WHO, 1996) constituyen un intento por operacionalizar los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental de las Naciones Unidas (ONU, 1991). Al

ser un eje del trabajo comunitario la restitución de derechos, se consideró necesario incluir un instrumento que los evaluara como indicadores de calidad y eficacia de atención, no cómo algo externo a ella. El instrumento de evaluación de la calidad y el de derechos humanos fueron traducidos del inglés específicamente para los propósitos de la presente investigación.

## Quinta Etapa:

Durante ésta, actualmente en desarrollo, se está incluyendo la perspectiva de las usuarias en la evaluación. Para ello se tienen contempladas varias actividades tales como la revisión de algunos registros escritos, la aplicación de un cuestionario a la totalidad de las usuarias del programa y la realización de grupos focales. Esta etapa constituye una ampliación del proyecto inicial, y corresponde al desarrollo de la tesis de doctorado de una de las investigadoras (1).

## Resultados

---

A continuación presentaremos algunos de los resultados que consideramos más significativos de las estrategias de producción de datos desarrolladas y analizadas a la fecha: el cuestionario, los talleres, y la aplicación de las herramientas internacionales de evaluación.

### La posición de los trabajadores respecto a la evaluación

En las respuestas apareció una idea compartida por los trabajadores del programa: que el mismo es “innovador”, de lo que se desprendía la necesidad de sistematizar el trabajo realizado para poder compartirlo y promoverlo en otros lugares. Esto contradecía el supuesto de que habría resistencias explícitas frente a la evaluación. Los trabajadores consideraban la misma como una ayuda para sus metas y para la valoración de la actividad desarrollada. La implica-

ción de los trabajadores con el programa apareció como un elemento favorecedor del proceso de evaluación.

Es de señalar que el inicio del trabajo en terreno y la aplicación del cuestionario, coincidieron con un momento en que el programa llevaba un tiempo sin realizar externaciones, debido a dificultades financieras para el alquiler de las casas donde vivirían las usuarias. La evaluación les parecía una herramienta que favorecería la prosecución del programa al legitimarlo. El sentido y la utilidad del proceso de evaluación parecen ser un factor importante de aceptación.

También surgió de los cuestionarios que la gran mayoría de las personas encuestadas afirmaban realizar algún tipo de evaluación de su trabajo, aunque éste no se correspondiese con una evaluación formal en un sentido estricto.

### Las variables de estructura que inciden en las posibilidades de evaluación

Una característica del programa es que los tiempos de contratación del personal son generalmente reducidos y dispersos (muchas personas con baja carga de dedicación horaria, en turnos diferentes), lo cual dificulta los espacios de reunión y obstaculiza la evaluación como proceso colectivo. Los datos arrojados por el cuestionario indicaban que un 80,4% de las personas encuestadas trabajaban 20 horas semanales o menos en el programa, y que incluso un 19,6% trabajaban 5 horas o menos.

Esta variable de “estructura” no es exclusiva de este caso sino frecuente en buena parte de los programas y servicios de salud mental. La solicitud de presencia y participación en reuniones de equipo se obstaculiza por ello, dificultando la integración de tareas, la articulación interdisciplinaria y, obviamente, la reflexión colectiva sobre la práctica inherente a los procesos de evaluación.



## La revisión de los objetivos y de la organización del programa

Los talleres se realizaron en dos grupos: el primero con los trabajadores relacionados con el cuidado y seguimiento de las usuarias del programa, y el segundo con los trabajadores de las áreas comunitaria (“talleristas”) y administrativa del centro de día. En ambos grupos se revisó el documento base del programa, haciendo énfasis en los objetivos y en el flujograma originales.

Los objetivos fueron repensados junto con la historización del programa, lo cual permitió ver que aquellos planteados 10 años atrás seguían teniendo vigencia pero requerían modificaciones para dar cuenta de las actividades actuales. Había en ellas nuevas metas no contempladas en los objetivos originales y que no entrarían en la evaluación de su cumplimiento si no se los actualizaba.

Por ejemplo, aunque el programa estaba dirigido a personas “sin apoyo familiar”, con el tiempo se había observado que algunas de las externadas bajo programa reconstruían ciertos vínculos familiares. Sucede que algunas familias no pueden responder a la demanda de alojar a su familiar, por lo que se considera que la persona no cuenta con su apoyo, pero demostraron poder restablecer las relaciones e inclusive acompañar o apoyar a la usuaria del programa en necesidades puntuales. Este modelo de revinculación, sustentada en el soporte que brindaba el programa, no estaba incluido en los objetivos, pero era una práctica existente que debía ser evaluada y valorada.

A su vez, el programa estaba inicialmente dirigido a personas con mediana y larga internación, lo que se modificó con el tiempo, debiendo incluirse objetivos de acciones específicas para personas que habían atravesado internaciones breves.

Se desprendía del debate que en la evaluación de programas comunitarios de inserción para pacientes psiquiátricos habría dos ejes fundamentales para la construcción de indicadores: *los derechos* (incluyendo los de todos los actores del programa y las tareas concretas tendientes a lograr la restitución o conservación de los mismos) y la *vinculación con el afuera del programa*, considerando que lo que daría cuenta de un trabajo comunitario sería el grado de vinculación de la institución con otras, así como la red de vínculos externos propiciados y desarrollados por las usuarias, esto se constituía en base de indicadores para la evaluación.

En el taller con los trabajadores de las áreas comunitaria (“talleristas”) y administrativa del centro de día, se realizó una tarea adicional: la revisión de algunas herramientas de evaluación particulares al programa: de autoevaluación por parte de los talleristas y de evaluación de los talleres por parte de los participantes. Uno de dichos instrumentos existía ya, y el otro lo propuso el equipo de investigación. Algo que resultó de interés a partir de dicha revisión, fue vincular las preguntas de los instrumentos de evaluación con los objetivos específicos del centro de día, lo cual condujo a pensar en la necesidad de discutir en equipo las formas en que los distintos integrantes se

---

**L**os objetivos fueron repensados junto con la historización del programa, lo cual permitió ver que aquellos planteados 10 años atrás seguían teniendo vigencia pero requerían modificaciones para dar cuenta de las actividades actuales.

---

representaban los mismos: “promoción de la salud” e “integración social” que son los objetivos centrales de las acciones del centro de día.

En ambos talleres se evidenció que una de las dificultades para los procesos continuos de evaluación es que no se cuenta con los recursos necesarios (personal, tiempo, insumos) para la necesaria sistematización, elaboración y retroalimentación de datos que significa el proceso de evaluación. Esta era la fase en que se habían frustrado algunas iniciativas de evaluación metódica previas.

## **La utilidad y las limitaciones de las herramientas internacionales para la evaluación del programa**

Las herramientas seleccionadas fueron aplicadas de manera grupal a los equipos de trabajo del programa del área de externación (tres equipos). Un primer aspecto que surgió, referido a los implícitos que están de base a la construcción de las herramientas, es quién debe responder a las preguntas de las mismas, o sea quien se considera el sujeto o interlocutor de la evaluación. Algunas de las preguntas solicitaban datos o información que suelen ser conocimientos específicos de personas que trabajan a nivel de gestión de un programa o servicio, más que de atención directa.

También existían varios implícitos teóricos, los cuales sin duda son inevitables a la hora de construir una herramienta de evaluación, pero que llevan a cuestionar la supuesta ateoricidad y posibilidades de aplicación universal. Entre tales implícitos teóricos están, por ejemplo, que se considere fundamentalmente al paciente individual como destinatario de la intervención. Esto contrastaba con el hecho de que muchas de las intervenciones del programa estudiado tienen como unidad de trabajo por excelencia al “grupo convivencial” de personas que comparten un hogar.

Se evidencia que una dificultad general de los instrumentos de evaluación y registro en salud mental, es que éstos se han desarrollado fuertemente sobre el paradigma de intervenciones individuales no contemplando el trabajo con las familiares o colectivos. Muestran carencias de mecanismos de registro y de evaluación que den cuenta de lo relacional y grupal.

Otro de los implícitos observados al debatir las herramientas, refiere a la división tajante – según los equipos– que se tiende a hacer entre las intervenciones de carácter psicológico y las de rehabilitación o de “re-educación”, como se las nombra en alguno de los instrumentos. Según ellos, esto no daba cuenta del trabajo constante de subjetivación que se realiza en toda actividad, así se estuviese “re-educando” en una tarea concreta de la vida cotidiana.

Por otro lado, un elemento de interés surgido del instrumento específico orientado a la evaluación de derechos es que éste más que evaluar ejercicio o restitución de derechos, evalúa el grado de conocimiento que tienen quienes lo responden acerca de los derechos de los usuarios, lo cual puede considerarse un indicador indirecto de la orientación de un servicio, pero no alcanza a dar cuenta de la operacionalización, en la práctica, del enfoque de derechos.

No obstante estas observaciones, los instrumentos de evaluación fueron valorados positivamente por los trabajadores del programa quienes consideraban que éstos constituyen una intervención en sí mismos, al poner a circular ciertas ideas sobre “el deber ser” y sobre las “acciones concretas” de los servicios, así como una herramienta para propiciar la discusión sobre tales aspectos.

Los equipos señalaron que las preguntas contempladas en los instrumentos contribuían a reflexionar sobre lo que sería concebido como una buena atención y lo que ésta implica, y abrían interrogantes sobre aspectos que sería impor-

tante conocer por parte de los trabajadores del servicio. También los instrumentos proveerían de un modelo posible para el establecimiento de criterios y estándares de evaluación así como del modo de valorarlos.

A partir de esto se consideró que las herramientas utilizadas, pese a sus limitaciones, ofrecen elementos eficaces para propiciar la discusión en el programa sobre su quehacer y puntos a desarrollar. Queda claro que su valor se adquiere al incorporarlas en una estrategia evaluativa más amplia. No obstante, como instrumentos de uso rutinario no fueron considerados muy adecuados por razones tales como el tiempo que insume su aplicación, elaboración y análisis.

## Conclusiones

---

Retomando el objetivo general de la investigación, referido a *desarrollar conceptual y técnicamente metodologías contextuales y participativas de evaluación de programas y servicios comunitarios de reinserción de pacientes psiquiátricos, y estudiar la aplicabilidad de herramientas internacionales al contexto local*, podríamos señalar que uno de los requisitos para la incorporación de la evaluación como práctica rutinaria de los servicios es que las personas integran los mismos lo consideren necesario y útil. Esto es posible si se logra generar un contexto en el cual la evaluación sea vivida como un aporte a la tarea, y no de modo “persecutorio”.

Pareciera que una variable favorable a la tarea de evaluación es el nivel de implicación de sus actores con la actividad y que la reflexión sobre la tarea sea parte de sus prácticas habituales, contando con dispositivos adecuados para ello.

Por otro lado, un hallazgo que creemos significativo es que los servicios muchas veces realizan intentos por utilizar herramientas de evaluación encontrando dificultades operacionales para procesar los datos. Si bien existe una difi-

cultad para la creación de registros, el obstáculo más importante pareciera ser el análisis, sistematización y debate de los mismos. La utilización de registros o instrumentos de evaluación que no se analizan y reprocesan desvirtúa su sentido y su utilidad frente a quienes los completan o responden.

En lo que respecta a las herramientas internacionales de evaluación, señalamos ya que su utilidad reside en establecer un parámetro de comparación y de reflexión por parte de los programas y servicios sobre su práctica. Esto es, no solo responder, por ejemplo “no se cumple con ese criterio” sino poder hacerse la pregunta “¿deberíamos cumplir con ese criterio?” Los instrumentos permiten, en un escenario en el cual cada programa o servicio desarrolla su “experiencia” de manera local y muchas veces aislada, poder pensarse a la luz de los estándares comunes con otros. No obstante, y como lo señaláramos, algo que dificulta su utilización es que insumen un tiempo considerable de trabajo.

Esto conduce a lo que podría ser la reflexión final de esta experiencia, y es la alianza o trabajo en conjunto entre los servicios y los equipos de investigación. Estos últimos cuentan con herramientas y recursos que son de utilidad para los servicios si se trabaja colaborativamente. Creemos que esta investigación, además de sus desarrollos específicos en el terreno de la evaluación de programas y servicios de salud mental, ejemplifica un modo en el cual la investigación y los servicios pueden enriquecerse mutuamente, a través de la conjunción de sus saberes y experticias, conocimientos e intereses. Los equipos de investigación deben acompañar y potenciar las prácticas de los servicios favoreciendo la sistematización metódica de los conocimientos que se producen en los mismos. La investigación, desde el marco que nos cobija, debe servir a los servicios. Servir, en su doble acepción significa estar al servicio de, y ser de utilidad para.

## Nota

1. La tesis a la que se hace mención es desarrollada por Sara Ardila.

## Referencias bibliográficas

- Agrest, M. y Nemirovsky, M. (2002). Aspectos conceptuales de los indicadores de calidad para un sistema de Salud Mental. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XIII, 311-318.
- Almeida, C. (2000). Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias, Texto base para discusión. *Cuadernos para Discusión de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur*, 1, 11-35.
- Aparicio, V. (1993). Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Ardila, S. (2008). La Transformación de la Atención Psiquiátrica en el Marco de las Reformas de los Sistemas de Salud: Opciones para las Prácticas de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud Colombiano. *Tesis, Maestría en Psicología Social Comunitaria, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.
- Ardila, S. y Stolkiner, A. (2010). Lo Comunitario en la Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud Mental. *Revista Argentina de Psicología*, No. 48, 74-88.
- Bachrach, L.L. (1996). Desinstitutionalisation: Promises, Problems and Prospects. En *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Basagoiti, M. y Paloma, B. (1999). "Mira Quién Habla" (El trabajo con grupos en la I.A.P.) En *La Investigación Social Participativa - Construyendo Ciudadanía 1*. Madrid: Ed. El Viejo Topo.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M. y Riva, M.R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX, No. 86, 299-307.
- De Sousa Campos, G.W. (2006). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Souza Minayo, M.C. (2005). Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En *Evaluación por Triangulación de Métodos-Abordaje de Programas Sociales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- González Uzcátegui, R. (1992). Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de programas. En *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Knudsen, H. Ch. (1996). Preface. En *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2000) *Programación y Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental*. Versión Granada, 1997.
- Organización de Naciones Unidas. (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Rovere, M. (1999). Planificación estratégica en salud: acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 31-63.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, C., Atienza, C. y Velázquez, R. (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva Internacional. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2 (3). Recuperado de: [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm)
- Stolkiner, A. (1989). Salud Pública- Salud Mental. *Teórico No. 1. Cátedra II Salud Pública y Salud Mental*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1993). Asesoría a Servicios de Salud Mental: Una Metodología participativa, *Boletín Argentino de Psicología*, Vol. VI, Número especial, 34-39.
- Stolkiner, A. (2009). El trabajo del Equipo Interdisciplinario Auxiliar de la Justicia de la CONADI (Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad): Reflexiones Éticas. En *Jornada La Dignidad Humana, Filosofía, Bioética y Derechos Humanos, Espacio para la Memoria*. Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires, 16 de abril de 2009.
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2009). Metodologías de Evaluación No Tecnocráticas. *XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva*. Bogotá, 15 al 19 de noviembre de 2009. Recuperado de: <http://www.alames.org/documentos/EJE02-26.pdf>
- Testa, M (1989/1995). *Pensamiento Estratégico y Lógicas de Programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1996). *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders*. Geneva: WHO.
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997). *Quality Assurance in Mental Health Care. Check-lists & Glossaries. Volume 2*. Geneva: WHO.