

Reflexiones sobre calidad asistencial

Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed?

JAMA 1988;260:1743-8

El artículo que se presenta a continuación es el que hay que recomendar a alguien que quiera leer solo dos o tres artículos sobre calidad para informarse. Es, sin duda uno de los mejores resúmenes del trabajo del Profesor Donabedian y abarca todos los campos: desde la reflexión sobre qué es calidad, los diferentes niveles de su definición, los componentes de la calidad, la relación entre calidad y costes, la definición de utilidad, de calidad máxima y calidad óptima, los enfoques de la evaluación (estructura proceso y resultados) y su interacción, la reflexión sobre la validez de los diferentes enfoques, la satisfacción como elemento crucial de los resultados, los diferentes métodos de evaluación, los tipos de criterios y sus ventajas, las fuentes de información para la evaluación y los retos pendientes para seguir avanzando en la evaluación de calidad.

La lista por sí sola marea y parece imposible haber sintetizado todos estos contenidos en solo 6 páginas, aunque cuando se publicó el Profesor Donabedian tenía 68 años y ya había realizado buena parte de su reflexión sobre evaluación. El artículo no aborda, sin embargo, los temas de implantación de las medidas correctoras que se analizan en "Effectiveness of Quality assurance" (algo tenía que quedar para otras publicaciones).

Me gustaría destacar algunos temas. En primer lugar la definición implícita de que calidad es aquella estrategia que consigue una mejor salud (y la reflexión sobre la amplitud de las definiciones de salud y de calidad que pueden utilizarse) y el círculo concéntrico que muestra los diferentes niveles. Aquí se inserta una reflexión importante ¿hasta dónde llega la responsabilidad individual del médico? ¿Quién es el definidor de la calidad?: ¿El núcleo paciente-profesional, las aseguradoras (públicas o privadas) o los intereses de la comunidad? Importante debate ético que aún no ha finalizado y que queda reflejado también en el artículo "Evaluating Physician Competence".

Otros aspectos destacables son la relación entre beneficios de la atención y costes sanitarios, desarrollado anteriormente en "Quality, Cost and Health: An integrative model" de

los que se derivan los conceptos de utilidad, calidad máxima y calidad óptima que aún son utilizados por todos los investigadores. Para finalizar cabe destacar la reflexión sobre la validez de la evaluación de calidad en función de si se ha probado la relación entre estructura y resultados o entre proceso y resultado obtenido, una de las contribuciones teóricas más significativas en el campo de la calidad.

Sin embargo, al leer el artículo se corre el riesgo de perder entre tanto concepto importante algunos "avisos para navegantes" muy útiles para los que se dedican a la calidad. Uno de ellos la frase "los juicios de calidad se basan en expectativas futuras, no en aquello que ya ha sucedido" y se refiere a que incluso si las consecuencias de la asistencia se muestran desastrosas, la calidad debe ser juzgada de acuerdo a si la asistencia en el momento en que fue prestada se amoldaba a la práctica que se esperaba produjera los mejores resultados. O bien la recomendación de aclarar antes de empezar una evaluación " a quien se está evaluando, cuales son las actividades evaluadas y como se supone que debían manejarse? O "la necesidad de sopesar los diferentes tipos de resultados obtenidos (capacidad funcional, duración de la vida, satisfacción) en función de las preferencias del paciente y las consecuencias éticas de su aplicación.

Leído 13 años después, se constata que siguen vigentes todos los razonamientos y que el debate ético de las cuestiones que señaló sigue de actualidad. En resumen, un artículo para leer varias veces y para repartir en cursos y en los centros de trabajo. Su único riesgo es que hay tal densidad de conceptos importantes que alguno corre el riesgo de escaparse.

Rosa Suñol

*Directora de la Fundación Avedis Donabedian.
Directora de la Cátedra Avedis Donabedian
de la Facultad de Medicina de la Universidad
Autónoma de Barcelona*

La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?*

Avedis Donabedian

Antes que intentar la evaluación, debemos decidir cómo debe ser definida la calidad y eso depende de los siguientes factores: de si se ha de valorar sólo la actuación de los facultativos o también las contribuciones de los pacientes o del sistema de asistencia sanitaria; de con qué amplitud se definen la salud y la responsabilidad acerca de la salud; de si se busca la asistencia de eficacia máxima o de eficacia óptima; y de si las preferencias individuales o bien las sociales definen lo óptimo. También necesitamos información detallada sobre las relaciones causales entre las cualidades estructurales de los lugares en donde se produce la asistencia, los procesos de la asistencia y los resultados de la misma. Especificar los componentes o resultados de la asistencia que va a ser ejemplificada, formular los criterios y estándares apropiados, y obtener la información necesaria son los pasos que van a continuación. Aunque sabemos mucho sobre la evaluación de la calidad, queda otro tanto por conocer.

Hubo un tiempo, no hace mucho, en que esta cuestión no podría haber sido planteada. La calidad de la asistencia era algo parecido a un misterio: real, capaz de ser percibida y apreciada, pero sin estar sujeta a medición.

El propio intento de medir y definir la calidad parecía, entonces, desnaturalizarla y empequeñecerla. Ahora puede que nos hayamos ido demasiado lejos en dirección opuesta. Aquellos que no han experimentado los secretos de la práctica clínica piden medidas simples, precisas y completas, como si de pesar un saco de patatas se tratara. Es verdad que algunos elementos de la calidad de la asistencia son fáciles de definir y medir, pero todavía hay aspectos que se nos escapan. No debemos permitir que éstos se empequeñezcan o se ignoren, ya que son el secreto y la gloria de nuestro arte.

Por lo tanto, deberíamos evitar aseverar que nuestra capacidad para evaluar la calidad es mucha o poca. Nuestra intención es ir por el camino intermedio.

Especificar qué es la calidad

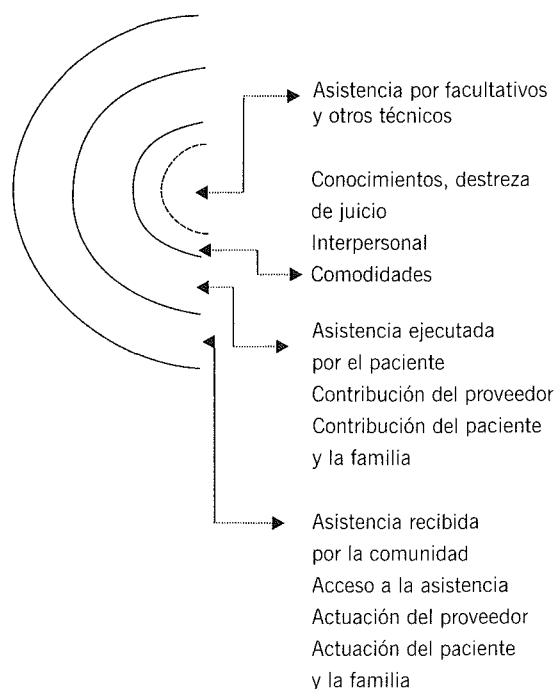
Nivel y alcance de la tarea

Antes de intentar evaluar la calidad de la asistencia, tanto en términos generales como en situaciones concretas, es necesario llegar a un acuerdo acerca de cuáles son los elementos que la constituyen. Llevar a cabo la medición sin la firme base

de un acuerdo *a priori* sobre aquello en que consiste la calidad es llamar al desastre¹.

Cuando intentamos definir la calidad, enseguida nos hacemos conscientes del hecho de que son varias las formulaciones posibles y legítimas, en función de dónde nos encontremos situados en el sistema de la asistencia y de cuáles son la naturaleza y el ámbito de nuestras responsabilidades. Estas diferentes formulaciones pueden ser concebidas como una progresión: por ejemplo, como peldaños de una escalera o como sucesivos círculos rodeando el blanco de una diana. Nuestro poder, nuestra responsabilidad y nuestra vulnerabilidad proceden del hecho de que somos la base para la escalera y el punto central para el

Figura 1. Niveles en los que la calidad puede ser evaluada



grupo de círculos concéntricos. Debemos comenzar, por lo tanto, con la actuación de los médicos y otros facultativos de la asistencia sanitaria.

Como se muestra en la Figura 1, hay dos elementos en la actuación de los facultativos: el técnico y el interpersonal. La actuación técnica depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas y de la destreza en ejecutar dichas estrategias. La corrección de la actuación técnica se juzga en comparación con lo mejor de la práctica. Lo mejor de la práctica, a su vez, ha ganado esa distinción porque, considerando el promedio, se cree que produce la mayor mejora en la salud. Esto significa que la corrección de la asistencia técnica es proporcional a la habilidad prevista para conseguir aquellas mejoras en el estado de salud que la ciencia y la tecnología de la asistencia sanitaria han hecho posible en cada momento. Si llamamos "eficacia" a la parte realizada de lo conseguible, la calidad de la asistencia técnica es proporcional a su eficacia (Figura 2).

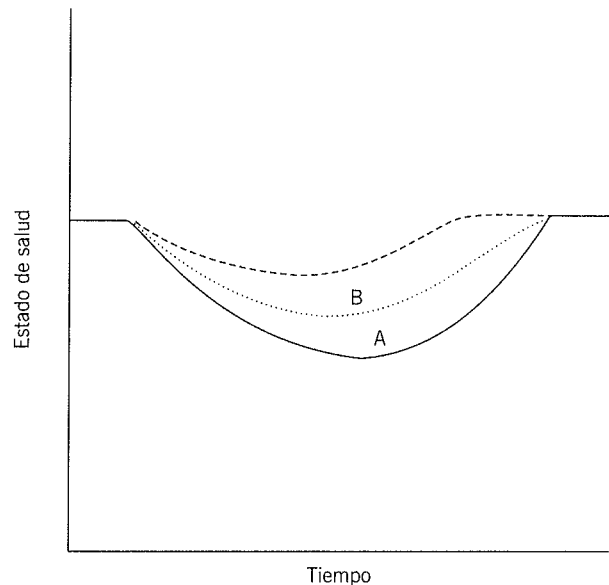
Dos puntos merecen nuestra atención en este momento. En primer lugar, los juicios sobre la calidad técnica están en función de aquello que es lo mejor en los conocimientos y tecnología actuales; no pueden sobrepasar ese límite. En segundo lugar, el juicio se basa en expectativas futuras, no en hechos que ya han sucedido. Incluso si las consecuencias reales de la asistencia en un supuesto dado se muestran desastrosas, la calidad debe ser juzgada como si la asistencia, en el momento en que fue dada, se amoldara a la práctica que se esperaba que consiguiera los mejores resultados.

La conducción de la relación interpersonal es el segundo componente en la actuación de los facultativos. Es un elemento de importancia vital. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y las preferencias necesarias para seleccionar los métodos de asistencia más adecuados. También a través de este intercambio, el médico proporciona información acerca de la naturaleza de la enfermedad y su tratamiento y motiva al paciente para una activa colaboración en la asistencia. Sin duda, el proceso interpersonal es el vehículo por el cual la asistencia técnica se lleva a cabo y del que depende el éxito. Por lo tanto, la conducción del proceso interpersonal se ajusta en gran medida al logro del éxito en la asistencia técnica.

Pero la conducta del proceso interpersonal también debe estar en consonancia con las expectativas y estándares individuales y sociales, tanto si éstos ayudan como si obstaculizan la actuación técnica. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal.

Si la conducción del proceso interpersonal es tan importante, ¿por qué es ignorado tan a menudo en las valoraciones de la calidad de la asistencia? Hay muchas razones. La información sobre el proceso interpersonal no es fácilmente disponible. Por ejemplo, se necesita de un esfuerzo especial para obtener la información en el historial médico. En segundo lugar, los criterios y estándares que permiten una medición precisa de las cualidades del proceso interpersonal no están bien desarrollados o no han sido suficientemente tenidos en cuenta para realizar la tarea. En parte, puede ser porque la conducción del proceso interpersonal debe adaptarse a tantas variaciones en

Figura 2. Representación gráfica de la eficacia (en una enfermedad autolimitada)



La línea continua indica el curso de la enfermedad sin asistencia; la línea de puntos, el curso de la enfermedad con la asistencia para ser evaluada; la línea de guiones, el curso de la enfermedad con la "mejor" asistencia. La eficacia es igual a A + B

las preferencias y expectativas de los pacientes que unas directrices generales no nos sirven del todo.

Mucho de lo que llamamos "el arte de la medicina" consiste en adaptaciones casi intuitivas a necesidades individuales en la asistencia técnica y también en la conducción del proceso interpersonal. Otro elemento en el arte de la medicina es el modo, todavía pobremente entendido, en que los facultativos procesan la información para llegar a un diagnóstico correcto y a una estrategia de asistencia adecuada². A medida que nuestra concepción de cada una de estas áreas de actuación mejora, podemos esperar que el ámbito de nuestra ciencia se expanda y el de nuestro arte se reduzca. Aun así, espero que algo del misterio de la práctica permanezca siempre, puesto que afirma y celebra la singularidad de cada individuo.

La ciencia y el arte de la asistencia sanitaria, ya que éstos se aplican tanto a la asistencia técnica como a la conducción del proceso interpersonal, están en el centro de la familia metafórica de círculos concéntricos descritos en la Figura 1. Inmediatamente después, y rodeando el centro, podemos situar las comodidades de la asistencia, entendiendo éstas como las cualidades deseables de los centros en donde se proporciona la asistencia. Estas comodidades incluyen, entre otros, la conveniencia, el confort, la tranquilidad y la intimidad. En la práctica privada, proporcionar estas comodidades es responsabilidad del facultativo. En la práctica institucional, la responsabilidad recae en los propietarios y gerentes de la institución. Cuando continuamos saliendo hasta el siguiente círculo de nuestra diana

metáforica, hemos de incluir en las valoraciones de la calidad la contribución a la asistencia de los pacientes y de sus familiares. Al hacer esto cruzamos una importante barrera. Hasta ahora, nos concernía principalmente la actuación de aquellos que proporcionan la asistencia. Ahora, nos preocupa enjuiciar la asistencia tal como es en realidad. La responsabilidad se comparte entre los facultativos, el paciente y los suyos. Como se ha descrito anteriormente, la conducción del proceso interpersonal por parte del facultativo ejerce una influencia sobre la ejecución de la asistencia por y para el paciente. El paciente y la familia también deben cargar con parte de la responsabilidad relacionada con el éxito o el fracaso de la asistencia. Igualmente, el facultativo puede no tener culpa alguna en las situaciones en que la asistencia, por ser ejecutada por el paciente, sea de inferior calidad.

Tenemos un círculo más que visitar, otro momento difícil que pasar. Ahora tenemos que tratar de la asistencia recibida por la comunidad en su conjunto. Debemos juzgar la distribución social de los niveles de calidad en la comunidad³. Esto está en función, a su vez, de quién tiene mayor o menos acceso a la asistencia y de quién, después de lograr el acceso, tiene mayores o menores calidades de asistencia. Obviamente, la actuación de los facultativos individualmente y de las instituciones de asistencia sanitaria tiene mucho que ver con esto. Pero, la calidad de la asistencia en una comunidad también está influenciada por otros muchos factores sobre los que quienes dan la asistencia no tienen control, aunque tienen que intentar entenderlos y tratarlos.

Hasta ahora hemos intentado mostrar que la definición de la calidad toma nuevos elementos a medida que pasamos de la actuación de los facultativos a la asistencia recibida por los pacientes y las comunidades. La definición de la calidad también se estrecha o ensancha de acuerdo a con qué amplitud definimos el concepto de salud y nuestra responsabilidad para con ella. Es muy diferente la evaluación de nuestra actuación si nos vemos como responsables de alcanzar mejoras sólo en aspectos específicos de la función física o fisiológica o si incluimos igualmente la función psicológica y también la social.

Valoración de las consecuencias de la asistencia

Todavía otra modificación en la evaluación de la actuación depende de quién ha de valorar las mejoras en la salud que se espera que la asistencia produzca. Si es nuestra intención servir lo mejor posible a nuestros pacientes, tenemos que informarles de las alternativas disponibles, de modo que puedan realizar la elección más adecuada de acuerdo a sus preferencias y circunstancias. La introducción de las preferencias de los pacientes, aunque necesaria para la evaluación de la calidad, es otra fuente de dificultad al realizar la evaluación. Significa que ninguna noción *a priori* de lo que los objetivos y logros de la asistencia deberían ser se ajustará con precisión a ningún paciente dado. Todo lo que podemos esperar es una aproximación razonable, que debe entonces estar sujeta a un ajuste individual⁴⁻⁶.

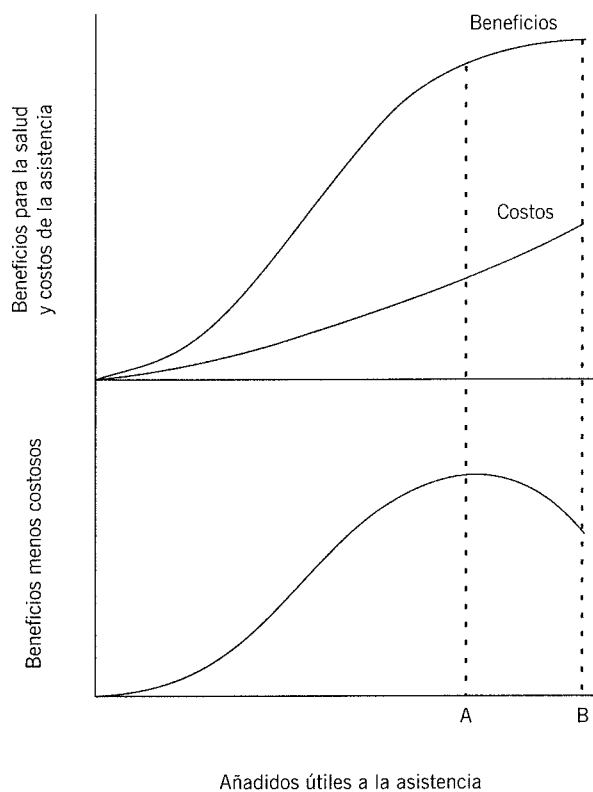
Costes monetarios como consideración

Finalmente, llegamos a la cuestión de si los costes de la asistencia deben entrar en la definición de la calidad y en su evaluación^{1,7}. En teoría, se puede separar la calidad de la ineficacia.

La calidad técnica se juzga por medio del grado en que las mejoras de la salud obtenibles puedan ser logradas. La ineficiencia se juzga por medio del grado en que las mejoras de la salud obtenibles se logren de una manera innecesariamente costosa. En la práctica, una calidad inferior y la ineficacia coexisten porque una asistencia derrochadora es lesiva para la salud por sí misma o lo es por apartar a una asistencia más útil.

También se confunden los costes y la calidad porque, como se muestra en la Figura 3, se cree que mientras se aumenta la asistencia, las mejoras en la salud correspondientes se hacen progresivamente más pequeñas a la vez que los costes continúan creciendo de modo constante. Si esto es verdad, llegará un punto más allá del cual los aumentos en la asistencia aportarán mejoras tan mínimas que los costes añadidos no merecerán la pena. Ahora tenemos una elección. Podemos ignorar los costes y decir que la mayor calidad está representada por la asistencia que se prevé que logre la mayor mejora en la salud; esta es una especificación "maximalista" de la calidad. Por el contrario, si creemos que los costes son importantes, diríamos que la asistencia debe abstenerse de incluir elementos que sean desproporcionadamente costosos en comparación con las me-

Figura 3. Relación hipotética entre los beneficios de la salud y los costes de la asistencia a medida que se realizan añadidos útiles a la asistencia



A indica la asistencia de eficacia óptima, y B la asistencia de eficacia máxima

jas en la salud que producen; esta es una especificación "optimalista" de la calidad. En la Figura 3 se muestra una representación gráfica de estas alternativas.

Los facultativos de la asistencia sanitaria tienden a preferir el estándar maximalista porque sólo tienen que decidir si cada elemento de la asistencia que se añade es posiblemente útil. Por el contrario, la práctica de una asistencia optimalista requiere un conocimiento aparte de los costes, y también un método de sopesar cada parte de la utilidad prevista con su correspondiente coste⁸. Aun así, la práctica de la asistencia optimalista es tradicional, legítima e incluso necesaria, siempre que los costes y los beneficios se sopesen conjuntamente por el facultativo y por el paciente que debe estar bien informado. Un problema difícil, quizá insoluble, se plantea cuando una tercera parte (un asegurador privado o un organismo gubernamental, por ejemplo) indica cuál es el óptimo que define la calidad⁹.

Consideraciones preliminares a la evaluación de la calidad

Antes que nos pongamos a evaluar la calidad, tendremos que elegir si adoptamos la especificación maximalista u optimalista de la calidad y, si tomamos la segunda, si adoptamos lo que es óptimo para cada paciente o lo que es considerado socialmente óptimo. Del mismo modo, deberíamos haber decidido: primero, cómo se define la sanidad y nuestra responsabilidad acerca de ella; segundo, si la evaluación ha de ser sobre la actuación de los facultativos únicamente o también incluye la de los pacientes y la del sistema de asistencia sanitaria; tercero, si las comodidades y la conducción del proceso interpersonal se han de incluir junto a la asistencia técnica. Desde un punto de vista más práctico, necesitamos contestar ciertas preguntas: ¿A quién se está evaluando? ¿Cuáles son las actividades evaluadas? ¿Cómo se supone que se han de manejar estas actividades? Cuando estamos de acuerdo en las respuestas a estas preguntas, entonces estamos listos para buscar las medidas que nos darán la información necesaria sobre la calidad.

Enfoques de la evaluación

La información a partir de la cual ciertas deducciones pueden ser sacadas acerca de la calidad de la asistencia puede ser clasificada en tres categorías: "estructura", "proceso" y "resultado"^{1,10}.

Estructura

La estructura implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).

Proceso

El proceso implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.

Resultado

El resultado implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia. Este enfoque tripartito de la evaluación de la calidad es sólo posible porque una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. Por lo tanto, es necesario tener establecida dicha relación antes que cualquier componente de la estructura, del proceso o del resultado pueda ser utilizado para evaluar la calidad. La actividad de la evaluación de la calidad no está específicamente pensada para establecer la presencia de estas relaciones. Debe haber un conocimiento anterior de la relación entre estructura y proceso, y entre proceso y resultado, antes que la evaluación de la calidad pueda ser realizada.

El conocimiento acerca de la relación entre la estructura y el proceso (o entre la estructura y el resultado) procede de las ciencias organizativas. Estas ciencias son todavía relativamente jóvenes, de modo que nuestro conocimiento de los efectos de la estructura es bastante escaso^{11,12}. Además, lo que de verdad sabemos sugiere que la relación entre las características estructurales y el proceso de la asistencia es bastante débil. De estas características, sólo podemos deducir que las condiciones son o contrarias o propicias a la buena asistencia. No podemos afirmar que la asistencia haya sido de hecho buena o mala. Las características estructurales deberían ser una preocupación fundamental en el diseño del sistema; son un instrumento bastante desafilado en la evaluación de la calidad.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el conocimiento sobre la relación entre las cualidades del proceso interpersonal y el resultado de la asistencia debería derivarse de las ciencias del comportamiento. Pero hasta ahora, estas ciencias han contribuido relativamente poco a la evaluación de la calidad. No podemos decir si esto es por una deficiencia de estas ciencias o por estrechez de miras de los que evalúan la calidad.

El conocimiento sobre la relación entre la asistencia técnica y el resultado se deriva, por supuesto, de las ciencias de la asistencia sanitaria. Parte de ese conocimiento, por lo que sabemos, es bastante preciso y firme, y proviene de pruebas bien llevadas o de observaciones controladas y extensas. Otra parte de ese conocimiento es de dudosa validez y susceptible de ser cuestionado.

Nuestras evaluaciones de la calidad del proceso técnico de la asistencia varían, igualmente, en su certeza y persuasividad. Si confiamos en que una cierta estrategia de asistencia produce los mejores resultados en una categoría dada de pacientes, podemos confiar, del mismo modo, en que su práctica representa la más alta calidad de asistencia, exceptuando tener en cuenta los costes. Si estamos inseguros de la relación, entonces nuestra evaluación de la calidad es igualmente insegura. No se puede poner excesivo énfasis en que nuestra habilidad para evaluar la calidad de la asistencia técnica está ligada a la fortaleza y a la debilidad de la ciencia clínica.

Hay quienes creen que una evaluación directa del resultado de la asistencia puede liberarnos de las limitaciones impuestas por las imperfecciones de las ciencias clínicas. Nosotros no pensamos así. Puesto que una multitud de factores ejercen influencia en el resultado, no es posible saber con seguridad, incluso después de realizar numerosos ajustes de las diferencias en caso de confusión, hasta qué punto un resultado observado es atribuible a un proceso de asistencia anterior. Se necesita confirmar a través de una evaluación directa del propio proceso, lo que nos lleva a la posición en la que comenzamos.

La evaluación de los resultados, bajo circunstancias rigurosamente controladas, es naturalmente el método por el cual se establece la idoneidad de estrategias de asistencia alternativas. No obstante, la evaluación de la calidad no es ni la investigación clínica ni la evaluación de la tecnología. Casi nunca es llevada a cabo bajo los rigurosos controles que la investigación requiere. Es, principalmente, un mecanismo administrativo utilizado para controlar la actuación y determinar si continúa permaneciendo dentro de límites aceptables. Sin embargo, la evaluación de la calidad puede realizar una contribución a la investigación si, en el curso de la evaluación, se observan asociaciones entre el proceso y el resultado que parecen inexplicables por el conocimiento del momento. Estas discrepancias reclamarían ser dilucidadas por medio de la investigación.

Si realizamos correctamente nuestro análisis, no podemos reclamar para la medición del proceso o para la medición del resultado una validez superior inherente en comparación con la otra, ya que la validez para cualquiera procede, hasta el mismo punto, de la validez de la ciencia que postula una relación entre las dos. Pero el proceso y el resultado sí que tienen, en general, algunas propiedades diferentes que los hacen objetos de medición más o menos apropiados para determinados propósitos. La información sobre la asistencia técnica es fácilmente disponible en el historial médico, y es disponible de un modo oportuno, de modo que una acción rápida para corregir deficiencias pueda llevarse a cabo. Por el contrario, muchos resultados se retrasan por su naturaleza y si se producen después que la asistencia haya acabado, no es fácil obtener información sobre ellos. Los resultados sí que tienen, sin embargo, la ventaja de reflejar todas las contribuciones a la asistencia, incluidas las del paciente. Pero esta ventaja es también un obstáculo, ya que no es posible decir con precisión qué fue mal a no ser que el proceso anterior sea analizado.

Esta breve exposición de fuerzas y flaquezas debería llevarnos a la conclusión de que al seleccionar un enfoque para la evaluación se necesita estar guiados por las características precisas de los elementos escogidos. Aparte de la validez causal, que es el requisito esencial, nos guiamos por cualidades tales como la relevancia de los objetivos de la asistencia, la sensibilidad, la especificidad, la oportunidad y el precio elevado¹. Como norma general, es mejor incluir en cualquier sistema de evaluación los elementos de la estructura, el proceso y el resultado. Esto permite suplir la debilidad en un enfoque por la fortaleza de otro; ayuda a interpretar los hallazgos; y si los hallazgos no parecen tener sentido, conduce a una reevaluación del diseño de estudio y a poner en cuestión la precisión de los mismos datos.

Antes que dejemos el tema de los enfoques de la evaluación, puede ser útil hablar un poco de la satisfacción del pa-

ciente como medida de la calidad de la asistencia. La satisfacción del paciente puede considerarse como uno de los resultados deseados de la asistencia, incluso un elemento en el mismo estado de salud. Una expresión de satisfacción o descontento es también el juicio del paciente sobre la calidad de la asistencia en todos sus aspectos, pero particularmente en lo que se refiere al proceso interpersonal. Al preguntar a los pacientes, se puede obtener información acerca de la satisfacción en general y sobre la satisfacción respecto a características específicas de la relación interpersonal, componentes específicos de la asistencia técnica y los resultados de la asistencia. Al hacer esto, debemos recordar que, a no ser que se adopten precauciones especiales, los pacientes pueden ser reacios a revelar sus opiniones por miedo a alejarse de quienes les atienden. Por lo tanto, la información también puede buscar comportamientos que indirectamente sugieren descontento. En estos se incluyen, además de reclamaciones formales, la finalización prematura de la asistencia u otras formas de no cumplimiento, darse de baja en un plan sanitario, o buscar asistencia fuera del plan.

En inútil discutir sobre la validez de la satisfacción del paciente como medida de calidad. Cualesquiera que sean su fuerza o sus limitaciones como indicador de calidad, la información sobre la satisfacción del paciente debería ser tan indispensable para la evaluación de la calidad como para el diseño y el manejo de los sistemas de asistencia sanitaria.

Muestreo

Si se desea obtener una visión acertada de la asistencia tal como en realidad se proporciona, es necesario traer a colación una muestra proporcionalmente representativa de casos, utilizando un muestreo bien simple, bien estratificado, elegido al azar. Puesto que los casos se clasifican principalmente por el diagnóstico, este es el más frecuentemente utilizado atributo para la estratificación.

Pero, se podrían también emplear otros atributos: lugar de la asistencia, especialidad, características demográficas y socioeconómicas de los pacientes, etc.

Hay algunas diferencias en lo que se refiere a si los pacientes tienen que ser clasificados por medio de diagnósticos de alta, diagnósticos de admisión, o por presentar alguna dolencia. La clasificación por presentar alguna dolencia (dolor de cabeza o un dolor abdominal, por ejemplo) ofrece la oportunidad de evaluar tanto el éxito como el fracaso en el diagnóstico. Si se utiliza el diagnóstico de alta, se puede decir si el diagnóstico está justificado por la evidencia; el fracaso al diagnosticar sólo se revela si se tiene la oportunidad de encontrar casos mal clasificados bajo el encabezamiento de otros diagnósticos.

Un peldaño por debajo del muestreo estrictamente proporcional tenemos a los métodos diseñados para proporcionar una visión de la calidad ilustrativa, más que representativa. Por ejemplo, los pacientes pueden ser clasificados en primer lugar de acuerdo a algún esquema que representa importantes subdivisiones del ámbito de la asistencia sanitaria en general, o componentes importantes en las actividades y responsabilidades de un departamento clínico o programa en particular. Entonces, se selecciona a propósito, dentro de cada clase, una o

más categorías de pacientes, identificados por el diagnóstico o de otra forma cuya conducción pueda ser asumida para tipificar la actuación clínica para esa clase.

Este es el "método del tiralíneas" que proponen Kessner *et al.*^{13,14}. La validez de asumir que los casos seleccionados para la evaluación representan a todos los casos de su clase no ha sido establecida.

La mayoría de las veces, aquellos que evalúan la calidad no están interesados en obtener una idea representativa, ni siquiera ilustrativa, de la asistencia en su conjunto. Sus propósitos son más de naturaleza administrativa, es decir, identificar y corregir los más serios fracasos de la asistencia y, al hacer esto, crear una atmósfera de preocupación atenta que motive a todos a una mejor actuación. En consecuencia, se seleccionan las categorías del diagnóstico de acuerdo a la importancia, utilizando tal vez el principio de Williamson¹⁵ del "máximo beneficio obtenible", queriendo decir que el diagnóstico es frecuente, las deficiencias en la asistencia son comunes y serias y que las deficiencias son corregibles.

Todavía otro enfoque del muestreo para propósitos de dirección o de reforma ha de comenzar con los casos que han obtenido un resultado adverso y estudian el proceso de la asistencia que ha conducido a este resultado. Si el resultado es infrecuente y desastroso (una muerte maternal o perinatal, por ejemplo), todos los casos podrían ser revisados. De otro modo, una muestra de resultados adversos, con o sin una anterior estratificación, podría ser estudiada¹⁶⁻¹⁸. Hay evidencias de que, bajo ciertas circunstancias, este enfoque identificará una proporción muy elevada de serias deficiencias en el proceso de la asistencia, pero no de las deficiencias que son menos serias¹⁹.

Medición

La progresión de pasos en la evaluación de la calidad que hemos descrito por ahora nos lleva, por último, al punto crucial de la medición. Para medir la calidad, nuestros conceptos sobre aquello en que consiste la calidad deben ser traducidos a representaciones más concretas que sean capaces de algún grado de cuantificación, por lo menos en una escala ordinal, aunque se espere algo mejor. Estas representaciones son los criterios y estándares de la estructura, el proceso y el resultado^{20,21}.

Desde un punto de vista ideal, los criterios y estándares deberían derivarse, como ya hemos dado a entender, de una base de conocimiento científicamente válida y razonable. Si esto falla, deberían representar la opinión más autorizada y mejor informada que se disponga sobre cualquier tema en particular. Los criterios y estándares pueden ser también deducidos de eminentes facultativos de la comunidad. De acuerdo con esto, estos criterios y estándares varían en validez, autoridad y rigor.

Los criterios y estándares de evaluación pueden también ser implícitos y explícitos. Los criterios implícitos se utilizan cuando un facultativo experto recibe información sobre un caso y se le pide que utilice su conocimiento y experiencia personal para juzgar la idoneidad del proceso de asistencia o de su resultado. Por el contrario, los criterios y estándares explícitos para cada categoría de casos se desarrollan y especifican de antemano, a menudo de un modo considerablemente detallado, por

medio de un conjunto de expertos, antes de que la evaluación de los casos específicos comience. Estos son los dos extremos en la especificación; también hay variantes y combinaciones intermedias.

La ventaja de usar criterios implícitos es que permiten la evaluación de casos de muestra representativos y son adaptables a las características concretas de cada caso, haciendo posible evaluaciones altamente individualizadas que la formulación conceptual de la calidad concibió. Sin embargo, el método es extremadamente costoso y bastante impreciso. Esta imprecisión se plantea por la inatención o falta de conocimientos por parte del que revisa y por la carencia de directrices precisas para la cuantificación. En comparación, los criterios explícitos son costosos de desarrollar, pero pueden ser utilizados subsecuentemente para producir evaluaciones precisas a bajo precio, aunque sólo los casos para los cuales los criterios explícitos son disponibles pueden ser utilizados en la evaluación. Además, los criterios explícitos se desarrollan habitualmente para categorías de casos y, por lo tanto, no pueden ser inmediatamente adaptados a la variabilidad entre los casos de una categoría. Otro problema es la dificultad de desarrollar un sistema de anotaciones que represente hasta qué punto las deficiencias en la asistencia reveladas por los criterios redundan en el resultado de la asistencia.

Teniendo en cuenta la fortaleza y las limitaciones de los criterios implícito y explícito, lo mejor puede ser usar ambos en secuencia o en combinación. Un procedimiento habitualmente utilizado es comenzar con criterios explícitos bastante limitados para separar los casos en aquellos que posiblemente han recibido buena asistencia y aquellos que no. Todos los segundos, así como una muestra de los primeros, son entonces evaluados más detalladamente utilizando criterios implícitos, quizá complementados por criterios explícitos más detallados.

Al mismo tiempo, los mismos criterios explícitos se van mejorando. A medida que su uso se extiende, se han incluido más categorías de diagnóstico. Se han desarrollado criterios algorítmicos que son mucho más adaptables a las características clínicas de pacientes individuales que las listas de criterios más habituales^{22,23}. También se han propuesto métodos para sopesar los criterios, aunque todavía no tenemos uno que se relacione demostrablemente al grado de impacto en el estado de salud²⁴.

Cuando se utilizan los resultados para evaluar la calidad de una asistencia anterior, se plantea el correspondiente problema de especificar los diferentes estados de disfunción y de sopesarlos en relación a la importancia relativa de uno con otro utilizando algún sistema de preferencias. Por supuesto que es posible identificar resultados específicos, como por ejemplo la reducción de la mortalidad o la presión sanguínea, y medir la posibilidad de obtenerlos. También es posible construir escalas jerárquicas de funciones físicas de modo que cualquier posición en la escala nos dice qué funciones pueden ser realizadas y cuáles están perdidas²⁵. La mayor dificultad se plantea cuando se intenta representar como una cantidad única varios aspectos de la capacidad funcional sobre la duración de la vida. Aunque se dispone de varios métodos de valoración y agregación, todavía hay abundante controversia acerca de la validez de los valores y, de hecho, sobre sus implicaciones éticas^{26,27}. Sin embargo, tales medidas, algunas veces llamadas "medidas de vida de

calidad ajustada", se están utilizando para evaluar innovaciones tecnológicas en la asistencia sanitaria y, como consecuencia, desempeñan un papel al definir lo que es la buena asistencia técnica^{28,29}.

Información

Todas las actividades de evaluación que hemos descrito dependen, naturalmente, de la disponibilidad de una información apropiada y precisa.

La fuente de información clave sobre el proceso de la asistencia y de su inmediato resultado es, sin duda, el historial médico. Pero sabemos que el historial médico es a menudo incompleto en lo que certifica, omitiendo con frecuencia elementos de la asistencia técnica significativos y apenas diciendo nada del proceso interpersonal. Además, parte de la información del historial es imprecisa a causa de errores en las pruebas de diagnóstico, en la observación clínica, en la evaluación clínica, en elaborar el historial y en la codificación. Otro obstáculo es que cualquier conjunto dado de historiales suele cubrir únicamente un segmento de la asistencia limitado, por ejemplo la que se produce en el hospital, sin proporcionar información sobre lo que pasa antes y después. Un historial adecuado y preciso, complementado con la habilidad para confrontar historiales de varias procedencias, es una necesidad fundamental de cara a una evaluación de la calidad completa y precisa.

La debilidad actual del historial puede ser rectificada hasta cierto punto por una verificación independiente de la precisión de algunos de los datos que contiene, por ejemplo volviendo a examinar los especímenes patológicos, las radiografías y volviendo a codificar las categorías del diagnóstico. La información en el historial también puede ser complementada por entrevistas o cuestionarios a facultativos y pacientes, siendo indispensable la información de los pacientes si se evalúa el cumplimiento, la satisfacción y algunos resultados a largo plazo. Algunas veces, si se necesita información más precisa de los resultados, los pacientes pueden ser reclamados para un nuevo examen. Y para algunos propósitos, especialmente cuando los historiales médicos son muy deficientes, se han usado grabaciones de vídeo o la observación de algún colega, aunque ser observado podría por sí mismo causar una mejora en la práctica^{30,31}.

Conclusiones

En el recuento anterior, hemos detallado, aunque bastante esquemáticamente, los pasos a dar al procurar evaluar la calidad de la asistencia médica. Esperamos que haya quedado claro que hay un camino, un sendero bastante bien trazado por los que nos han precedido. Confiamos en que quede igualmente claro que todavía hay mucho por aprender. Necesitamos saber mucho más acerca del curso de la enfermedad con o sin métodos alternativos de asistencia. Para comparar las consecuencias de estos métodos, necesitamos tener medidas más precisas de la cantidad y calidad de vida. Necesitamos entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el facultativo, aprender a identificar y cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a

la salud y el bienestar del paciente. Nuestra información acerca del proceso y el resultado de la asistencia necesita ser más completa y precisa. Nuestros criterios y estándares necesitan ser más flexiblemente adaptables a las peculiaridades clínicas de cada caso. En particular, necesitamos aprender cómo obtener con precisión las preferencias de los pacientes para llegar a evaluaciones de la calidad verdaderamente individualizadas. Todo esto se tiene que producir sobre la base de un profundo análisis de las responsabilidades de los profesionales de la asistencia sanitaria con respecto al individuo y a la sociedad.

Bibliografía

1. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Management. Vol 1. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
2. Eraker S, Politser P. How decisions are reached: Physician and patient. *Ann Intern Med* 1982;97:262-268.
3. Donabedian A. Models for organising the delivery of health services and criteria for evaluating them. *Milbank Q* 1972;50:103-54.
4. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Fallacy of the five-year survival in lung cancer. *N Engl J Med* 1978;299:1397-401.
5. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1981;305:928-67.
6. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC et al. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N Engl J Med* 1982;306:1259-62.
7. Donabedian A, Wheeler JRC, Wysrewianski L. Quality, cost and health: An integrative model. *Med Care* 1982;20:975-992.
8. Torrance GW. Measurement of health status utilities for economic appraisal: A review. *J Health Econ* 1986;5:1-30.
9. Donabedian A. Quality, cost and clinical decisions. *Ann Am Acad Polit Soc Sci* 1983;468:196-204.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1966;44:166-203.
11. Palmer RH, Reilly MC. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979;17:693-717.
12. Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry* 1985;22:282-92.
13. Kessner DM, Kalk CE, James S. Assessing health quality the case for tracers. *N Engl J Med* 1973;288:189-94.
14. Rhee KJ, Donabedian A, Burney RE. Assessing the quality of care in a hospital emergency unit: A framework and its application. *Quality Rev Bull* 1967;13:4-16.
15. Williamson JW. Formulating priorities for quality assurance activity: Description of a method and its application. *JAMA* 1978;239:631-7.
16. New York Academy of Medicine, Committee on Public Health Relations: *Maternal Mortality in New York City: A Study of All Puerperal Deaths 1930-1932*. Nueva York: Oxford University Press, 1933.
17. Kohl SG. *Perinatal Mortality in New York City: Responsible Factors*. Cambridge, Harvard University Press, 1955.

18. Rutstein DB, Berenberg W, Chalmers TC, *et al.* Measuring quality of medical care: A clinical method. *N Engl J Med* 1976;294:582-8.
19. Mushlin AI, Appel FA. Testing an outcome based quality assurance strategy in primary care. *Med Care* 1980;18:1-100.
20. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Vol 2. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
21. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Rev Bull* 1986;12:99-108.
22. Greenfield S, Lewis CE, Kaplan SH *et al.* Peer review by criteria mapping: Criteria for diabetes mellitus: The use of decision-making in chart audit. *Ann Intern Med* 1975;83:761-770.
23. Greenfield S, Cretin S, Worthman L, *et al.* Comparison of a criteria map to a criteria list in quality-of-care assessment for patients with chest pain: The relation of each to outcome. *Med Care* 1981;19:255-72.
24. Lyons TF, Payne BC. The use of item weights in assessing physician performance with predetermined criteria indices. *Med Care* 1975;13:432-439.
25. Stewart AL, Ware JE Jr, Brook RH. Advances in the measurement of functional states: construction of aggregate indexes. *Med Care* 1981;19:473-88.
26. Fanshel S, Bush JW. A health status index and its application to health service outcomes. *Operations Res* 1970;18:1021-60.
27. Patrick DI, Bush JW, Chen MM. Methods for measuring levels of well-being for a health status index. *Health Serv Res* 1973;8:228-45.
28. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N Engl J Med* 1977;296:716-21.
29. Willems JS, Sanders CR, Riddiough MA *et al.* Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia. *N Engl J Med* 1980;303:553-9.
30. Peterson OL, Andrews LP, Spain RA, *et al.* An analytical study of North Carolina general practice, 1953-1954. *J Med Educ* 1956;31:1-165.
31. What Sort of Doctor? *Assessing Quality of Care in General Practice*. Londres, Royal College of General Practitioners, 1985.

La necesaria colaboración entre evaluación de tecnologías y evaluación de la calidad asistencial

Donabedian A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care* 1988;4:487-96

Conocí al profesor Donabedian durante una de sus últimas visitas a mi ciudad que auspiciaba la fundación que lleva su nombre. De aquel encuentro recuerdo que, aún en el ocaso de sus días, poseía una serena personalidad y transmitía aquella sabiduría de los grandes hombres, adelantados a su tiempo, cuyos ideales han contribuido a mejorar nuestra sociedad.

La ingente obra de Avedis Donabedian, ocho libros y casi sesenta artículos científicos, ha influido en la concepción actual de los sistemas sanitarios estableciendo las bases actuales de la calidad asistencial. De ella podemos destacar su lúcida visión sobre las diferencias y similitudes entre dos disciplinas hermanas: la evaluación de las tecnologías y la evaluación de la calidad.

El artículo que presentamos fue publicado en 1988, pero sigue vigente en la actualidad. En aquel momento sólo se vislumbraba el reto que la masiva introducción de nuevas tecnologías sanitarias plantearía a nuestra sociedad. Hoy día, con 200 organizaciones dedicadas de modo específico a realizar evaluación de tecnologías siguen existiendo los tres problemas que el profesor Donabedian analiza magistralmente en su trabajo: El incesante crecimiento del gasto sanitario (público y privado), que en algunos países como EE.UU. ha alcanzado el 14% de su producto interior bruto¹, la variabilidad inexplicada de la práctica clínica y la incertidumbre frente al resultado final y global de la utilización de muchas tecnologías médicas y su posible contribución a la mejora de la salud de la población².

No obstante el artículo va mucho más allá. Desarrolla la conceptualización de la evaluación de la tecnología de la calidad como una parte de la evaluación global de la tecnología, demostrando que ambas son similares en esencia aunque con diferencias de énfasis. A este razonamiento dedica las primeras páginas del texto, profundizando en la similitud de sus atributos y herramientas metodológicas. En sus páginas se exponen los métodos para la evaluación "primaria" de la tecnología (modelos matemáticos, observaciones sistemáticas y ensayos experimentales) y para lo que Donabedian define como evaluación "secundaria" que consiste en lo que hoy denomina-

mos revisiones sistemáticas y meta-análisis de lo que la bibliografía recoge de los descubrimientos de las evaluaciones primarias.

La evaluación de la tecnología es presentada como una fuente de criterios y estándares de evaluación de la calidad cuyo fin es determinar la eficacia, eficiencia y efectividad de cualquier procedimiento nuevo o en uso.

El texto da respuesta a aquellos que sostienen que la evaluación de tecnología suele adoptar una visión más amplia y social que la evaluación de la calidad, cuando realmente sus papeles son intercambiables. También promueve la idea de que ambas disciplinas deben compartir valores desde sus distintas funciones: evaluación de la tecnología como generador de criterios y estándares y evaluación de la calidad cuyos medios establecen el grado de correspondencia con los criterios y estándares.

El autor concluye con la idea de que la evaluación de la tecnología, la evaluación de la calidad y la monitorización de la calidad, en colaboración, pueden mejorar nuestra capacidad para prestar la asistencia sanitaria, haciendo menos necesario el privarse de algunas mejoras porque no nos las podemos pagar.

La lectura y relectura de esta contribución, lúcida y visionaria, del profesor Donabedian sigue siendo fresca y estimulante para el lector que encontrará siempre nuevos matices del pensamiento del gran ideólogo de la calidad asistencial.

Bibliografía

1. Relman AS. Assessment and accountability: The third Revolution in Medical care. *N Engl J Med* 1988;319:1220-2.
2. Granados A. Health technology assessment and clinical decision making: Which is the best evidence? *Int J Technol Assess Health Care* 15:585-614.

Genís Carrasco
Servicio de Medicina Intensiva
SCIAS-Hospital de Barcelona

Evaluación de tecnología y calidad Estudio comparativo de evidencias y ambigüedades*

Avedis Donabedian

Resumen

La evaluación de la tecnología es una empresa enorme de alcance, casi ilimitado. Las tecnologías individuales, o agrupaciones interactivas de tecnologías, pueden evaluarse en función de la consecución de propósitos para los que, explícita o implícitamente se crearon. También se evalúan a partir de sus consecuencias: algunas beneficiosas, otras funestas. Y todas las consecuencias pueden afectar no únicamente al confort individual, al bienestar y a la supervivencia, sino también potencialmente a cualquier aspecto del universo social y material de la humanidad.

La evaluación de la tecnología de la asistencia es tan sólo una pequeña parte de la evaluación global de la tecnología. Cuenta con métodos, propósitos y consecuencias diferenciadas. No obstante, a escala más pequeña, muestra todas las características de un universo más amplio, disfrutando de las mismas libertades y sujeto a las mismas limitaciones. A partir de aquí, al hablar de tecnología, me estaré refiriendo a la tecnología de la asistencia sanitaria.

La evaluación de la calidad es homóloga de la evaluación de la tecnología de la asistencia. En muchos casos, se trata casi de una imagen "en espejo". Esta correspondencia crea un efecto casi alucinógeno que hace que nos planteemos dónde estamos, hasta que adoptamos la diferencia fundamental que distingue a las dos.

Desde mi punto de vista, la evaluación de la tecnología es precisamente lo que su nombre expresa: la emisión de un juicio sobre la propia tecnología. Contrariamente, la evaluación de la calidad juzga la utilización coherente y adecuada de la tecnología y su uso competente en la atención de individuos y comunidades. A modo de ejemplo, podemos considerar la medicina como un conjunto de tecnologías de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. La evaluación de la calidad no realiza ninguna contribución a la medicina clínica. Se ocupa simplemente de determinar si lo establecido como mejor opción de manejo, en cualquier condición, se ha elegido y llevado a cabo de manera competente. Si, durante este proceso, detecta algún defecto que puedan plantear dudas en los dictados de la medicina clínica, será sólo como subproducto de la búsqueda de su propósito básico. Cualquier defecto detectado, cualquier cuestión que plantee, se traslada al dispositivo legítimo de evaluación de la tecnología.

Más allá de esta distinción fundamental, la evaluación de tecnología y de calidad difieren básicamente en el énfasis, más que en la esencia. No obstante, algunas diferencias de énfasis, aunque pequeñas, pueden provocar diferencias entre la evaluación de tecnología y la de calidad, cuando éstas se han definido de manera restringida. No obstante, si una u otra, o ambas se conciben en amplitud, las distinciones tienden a perderse en la ambigüedad. Mi propósito, a partir de ahora, es tratar algunos aspectos de la evaluación de la calidad y de la tecnología que ilustran las diferencias de énfasis, al tiempo que revelan sus ámbitos, métodos y propósitos más básicos. Para empezar, es importante distinguir entre tres grupos de actividades: evaluación de la calidad, monitorización de la calidad y garantía de la calidad.

La evaluación de la calidad es básicamente una función de investigación cuyo propósito es entender la magnitud y distribución de la calidad, y cómo se ve afectada por las características de las sociedades, organizaciones, médicos individuales y categorías de pacientes. Es un tipo de epidemiología, no de la enfermedad o la salud, sino de su gestión. Es una epidemiología que se distingue, especialmente, en que se refiere a dos conjuntos de distribuciones: el de la calidad entre los profesionales sanitarios y entre sus receptores.

La monitorización de la calidad, por el contrario, es básicamente una función administrativa. Su intención es obtener información continua de la práctica del sistema sanitario, con el objeto de determinar si está obteniendo sus objetivos y en caso de no ser así determinar las causas de error, realizar las correcciones oportunas y verificar su éxito.

La garantía de calidad se considera, a menudo, sinónimo de monitorización de calidad. Sin embargo, en un sentido más amplio, se trata de la suma total de todo lo que hace la sociedad para salvaguardar e incrementar la calidad. Incluye la formación médica, la clasificación y organización de los recursos asistenciales, la financiación sanitaria, el mecanismo legal que regula la prestación y recepción de la atención, etc.

Una visión mayestática de la evaluación de tecnología incluiría todas esas funciones como subgrupos de ella misma. Cada instrumento de garantía y monitorización de calidad puede construirse como una tecnología, sujeta a su vez a la evaluación de eficacia, efectividad y eficiencia. En una expansión

modesta de su alcance, la evaluación de la tecnología podría abarcar también, fácilmente, la evaluación de la calidad. Por ejemplo, si el hospital o práctica en grupo se consideran tecnologías para la producción, primero de atención sanitaria y luego de salud, la cantidad y calidad de la atención prestada se puede utilizar para evaluar el éxito o el fracaso de estas tecnologías. De este modo, la evaluación de la calidad se convierte en una herramienta de evaluación de la tecnología, convirtiéndose las dos prácticamente en una sola cosa.

Posiblemente, podría buscarse una distinción en la propia naturaleza de la atención sanitaria. Después de todo, sólo una parte de esa atención se puede catalogar de técnica; se trata, en gran medida, de una interacción entre el paciente y el terapeuta, una interacción que se pretende contribuya al éxito de la atención y a la satisfacción del paciente. Una definición estrecha de tecnología podría excluir el manejo de la relación interpersonal de sus términos de referencia, una definición amplia no. Aun así, la diferencia resultante no sería mucha, ya que, por desgracia, la mayor parte del tiempo, la evaluación de la calidad se ha centrado en el componente técnico de la atención, ignorando el resto. Incluyendo esa dimensión, la evaluación de la calidad se distinguiría, en gran parte, de la evaluación de la tecnología, aunque esta última cuenta también con el potencial de reclamar este territorio como propio.

Otra diferencia podría buscarse en el nivel y el alcance de ambas. La evaluación de la calidad se ocupa principalmente de la actuación de los médicos individuales al asistir a un paciente individual, con el objeto de salvaguardar o mejorar su salud física y mental, de manera inmediata y a largo plazo. En su énfasis de la eficacia, la evaluación de tecnología se ocupa básicamente de las modalidades de atención, no de aquellos que las practican. Sin embargo, la actuación de profesionales y pacientes se convierte en un elemento material de la evaluación de la tecnología si, además de la eficacia, se somete también a evaluaciones de la efectividad.

La evaluación de la calidad puede ir más allá de la evaluación de la práctica individual, para estudiar la actuación de los equipos y las organizaciones; al igual que la evaluación de tecnología. La evaluación de la calidad puede derivar en una definición más amplia de la salud, que incluye la salud psicológica y la actuación social; igual que la evaluación de tecnología. La evaluación de la calidad puede tener como objeto la atención recibida no tan sólo de individuos, sino también de comunidades; igual que la evaluación de tecnología. En el ámbito de la comunidad, ambas formas de evaluación tienen intereses similares, además de la búsqueda de la calidad total de la atención y de la salud que puede generar y persiguen su distribución social, según la juzgan algunos de los principios de equidad a los que la sociedad se suscribe.

Alguien podría sostener que la evaluación de tecnología suele adoptar una visión más amplia y social. En mi opinión, los papeles se pueden intercambiar del mismo modo, que la evaluación de la calidad abarque una perspectiva más amplia y que la evaluación de la tecnología adopte una perspectiva más localizada. En cualquier caso, la diferencia sería de énfasis más que de necesidad sustancial.

La perspectiva temporal es otra dimensión que caracteriza el alcance de cada una. Obviamente, nuestras conclusiones en

cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia, podrían revisarse, si en lugar de examinar únicamente las consecuencias inmediatas de nuestras acciones, observáramos sus efectos a largo plazo. A largo plazo, podrían existir lo que llamamos efectos de "segunda generación", que a veces podrían resultar desconcertantes. Por ejemplo, los avances tecnológicos y la mejora en la competencia al aplicarlos, podrían también alargar la esperanza media de vida y enfrentar a la sociedad con una carga intolerable de enfermedad y discapacidad en una mayor proporción de población anciana. En este sentido, también podría haber gente que pensara, que la evaluación de tecnología es más probable que adopte perspectivas a más largo plazo, aunque yo lo dudo.

Con referencia a cada uno de los atributos del nivel y el alcance de cada disciplina, las diferencias entre las distintas evaluaciones de tecnología o distintas evaluaciones de calidad pueden ser tan grandes, como las existentes entre las evaluaciones de tecnología como grupo y las evaluaciones de calidad como otro grupo.

Podemos intentar hallar una diferencia entre la evaluación de tecnología y la evaluación de calidad desde otro punto de vista: los fenómenos sujetos a evaluación. En mi opinión, el objetivo primordial de la evaluación de la calidad es la propia atención sanitaria y, por inferencia, la actuación de los que intervienen en ella, o son sus responsables. Si no somos capaces de evaluar esta atención de manera directa (o sólo lo hacemos en parte), extraeremos conclusiones de la asistencia a partir de los resultados de la atención previa o de las características de los centros en que tienen lugar. A partir de esta formulación, llegamos a la tríada familiar de los planteamientos de evaluación de calidad: "estructura", "proceso" y "resultado"^{5,6}. En esta formulación se asume que una buena estructura conduce a un buen proceso y un buen proceso a una buena salud futura.

La evaluación de tecnología también se ajusta a este simple paradigma, aunque con posibles diferencias de énfasis. Queda claro que el papel central de la evaluación de la tecnología, es establecer la naturaleza de la relación entre el componente técnico de la atención y los resultados de la misma. La relación entre el aspecto interpersonal de la asistencia y sus consecuencias se encuentra en el ámbito de las ciencias de la conducta, mientras la ciencia de las organizaciones investiga la relación entre estructura, por una parte, y proceso y resultado, por otra. No obstante, si definimos ampliamente la evaluación de tecnología, ésta podría ciertamente incluir el estudio de la efectividad de la organización e incluso la efectividad de las modalidades y estrategias de comunicación y influencia interpersonal.

Si definimos la evaluación de tecnología de manera más simple, la evaluación de la calidad se contempla más como un homólogo, ya que esta última, deriva además, de las ciencias de organización y de conducta. No obstante, si la tecnología incluye los trabajos de las organizaciones y las conductas organizadas de los individuos, la evaluación de la calidad y la evaluación de la tecnología están muy próximas. Sin embargo, se mantiene una diferencia fundamental: la evaluación de la tecnología establece los criterios y estándares de una asistencia eficaz, efectiva y eficiente; la evaluación de la calidad determina el nivel con que esos criterios y estándares se aplican.

Muchos no aprecian esta distinción fundamental entre la evaluación de tecnología y la evaluación de la calidad cuando se utilizan los resultados para evaluar la calidad de la atención, aunque los resultados sirven un objetivo muy distinto en las dos formas de evaluación de la atención. En la evaluación de tecnología, los resultados se utilizan para determinar las consecuencias de las variables estructurales y del proceso. En la evaluación de la calidad, los resultados se utilizan únicamente para sugerir que la asistencia previa es buena o no tan buena, aceptando lo que ya se conoce acerca de la capacidad de la atención en influir sobre el resultado.

Otra diferencia entre la evaluación de la tecnología y la evaluación de la calidad podría producirse al utilizar valores derivados, no de una ciencia en particular, sino de la herencia cultural y espiritual de una sociedad, para juzgar la legitimidad de los medios de atención empleados. Como ejemplo más crudo, la coacción podría mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia, aunque su empleo se consideraría de poca calidad. No obstante, la evaluación de la tecnología no renuncia a la inclusión de este tipo de valores como factores de sus propias formulaciones y, desgraciadamente, la evaluación de la calidad no siempre se muestra tan sensata como debiera (N-1). Encontramos pues, otra única diferencia posible de énfasis relativo, más que una divergencia fundamental.

La evaluación de la tecnología dispone de tres métodos con los que generar criterios y estándares de atención. El primero son los modelos matemáticos. Aunque este método utiliza información conocida, complementada por opiniones de expertos, es capaz de revelar rutas insospechadas hacia una atención más eficaz y eficiente. Los modelos matemáticos, aunque no aporten nada nuevo, nos obligan a especificar con más detalle los elementos y relaciones que deben tenerse en cuenta. Con ello, facilitan una guía para la evaluación actual de calidad, aunque además indique el camino para futuras investigaciones.

El segundo método para generar criterios y estándares es el de las observaciones sistemáticas bien diseñadas de acontecimientos que se producen en el mundo. Con este objetivo, se puede poner a trabajar todo el aparato de epidemiología científica. La información generada es completamente nueva, aunque casi siempre alberga algunas dudas. Esto se debe a que no pueden controlarse completamente todos los factores que pueden influir en los resultados.

El tercer método de alcanzar criterios y estándares de atención son los ensayos experimentales. Genera los descubrimientos más justificables, ya que puede controlar o dispersar aleatoriamente los efectos de los errores de medición y de otras variables concurrentes, que pueden influir en los resultados.

Estos tres métodos son las herramientas de lo que podríamos llamar "evaluación primaria de la tecnología". Otras herramientas sirven para un tipo de evaluación de tecnología que puede considerarse "secundaria". Semejante herramienta es el meta-análisis de lo que la bibliografía recoge de los descubrimientos de las evaluaciones primarias. La formulación de consenso es otra herramienta, la que utiliza la opinión del experto, quizás complementada por los descubrimientos de los meta-análisis o de estudios bibliográficos menos formales, para llegar a una estimación correcta de la situación de la tecnología. La formulación de consenso puede, por sí sola, utilizar una varie-

dad de métodos formulados con mayor o menor rigurosidad. Estos incluyen el comité tradicional, la técnica Delphi y la técnica nominal de grupo²⁻⁴.

Debido a la gran dependencia de la evaluación de la calidad respecto a la disponibilidad de criterios expertos formulados previamente, es habitual encontrar en la mayoría de proyectos de evaluación de calidad, una primera etapa en la que los estudios bibliográficos, la formulación de consenso y, con menor frecuencia, el modelado matemático, se utilizan para especificar los criterios y los estándares que se utilizarán para evaluar el proceso y los resultados de la atención. En esta fase, las actividades de "evaluación secundaria de la tecnología" y la evaluación de la calidad parecen confluir. Podría decirse que los encargados de evaluar la calidad, deben convertirse primero en asesores secundarios de tecnología⁷ (N-2).

Por supuesto, con mucha frecuencia, la evaluación de la calidad se realiza sin formulación o criterios previos. Uno o más expertos se limitan a utilizar sus conocimientos y juicio para evaluar la asistencia, normalmente en función de la historia clínica. Aún en estos casos, aunque el fenómeno sea invisible, se entiende que cada experto asesor tiene en mente un conocimiento y percepción del estado de la tecnología.

Al utilizarse como fuente de criterios y estándares de evaluación de la calidad, la función de evaluación de la tecnología es determinar la eficacia, la efectividad y la eficiencia. Para evaluar la eficacia, es necesario estudiar las consecuencias de elementos de asistencia específicos, en unas condiciones de control estrictas, diseñadas para acercarse lo máximo posible a las ideales. Contrariamente, la efectividad viene determinada por un estudio de las consecuencias en circunstancias que incluyen las imperfecciones de implementación que caracterizan la vida cotidiana.

La eficiencia puede medirse, tanto en circunstancias casi ideales como en la práctica actual, como relación entre inputs y outputs o entre costes y consecuencias.

Según una determinada tradición, los costes no deberían ser un obstáculo para la atención sanitaria. Si fuera así, la función de evaluación de la tecnología serviría básicamente para determinar la eficacia, cuando la función de evaluación de la calidad estaría para determinar el grado en que la efectividad se ajusta o puede ajustarse a la eficacia en la práctica clínica. La evaluación de la tecnología podría ocuparse de equiparar la efectividad con la eficacia, únicamente si la práctica clínica se definiera como tecnología.

La falta de efectividad en la actuación clínica se produce por errores de juicio o de competencia, o por ambos. Como resultado, los beneficios que se esperan de la asistencia no consiguen los máximos beneficios de salud que la situación de la tecnología permite.

Resulta fácil apreciar, cómo la implementación poco competente de la atención puede reducir la efectividad, de manera directa, causando daños, o consiguiendo beneficios por debajo de lo que cabría esperar con una mayor competencia. De manera similar, por errores de juicio, la atención prescrita podría incluir elementos que, por regla general, podrían provocar más daño que beneficios. En un sentido más amplio, la estrategia de atención seleccionada, aunque beneficiosa, no sería la que aporta mayores beneficios.

Si no se tiene en cuenta el tema de costes, cada error de efectividad en la actuación clínica debe considerarse un fallo de calidad. Sin embargo, en los últimos años, a medida que han ido aumentando los costes de la atención, junto a un escepticismo creciente sobre la utilidad de ciertos tipos de atención, tanto la evaluación de la tecnología como la evaluación de la calidad han ido aumentando al mismo ritmo y en la misma proporción su compromiso por la eficiencia.

La falta de eficiencia en la atención puede aparecer de formas distintas. En primer lugar, los bienes y servicios utilizados en la asistencia pueden haberse generado de manera poco eficiente. Por ejemplo, un médico puede hacer algo que un técnico o profesional con un menor salario realizaría del mismo modo o mejor. Un hospital puede estar funcionando con unos niveles de ocupación bajos o menos eficientes debido a una mala planificación. Este tipo de ineficiencias afecta a la producción de servicios y se deben mayoritariamente al resultado de decisiones y actividades de gestión. Dado que no suelen implicar juicios o competencia clínica, no suelen tratarse en la evaluación de la calidad. Afectan a la evaluación de la tecnología, si consideramos tecnologías a los procesos de gestión y producción.

Un segundo grupo de ineficacias depende más de la actuación clínica y, por consiguiente, es un tema más cercano a la evaluación de calidad; también podría afectar a la evaluación de tecnología si la atención clínica se toma como tecnología, en parte o en su totalidad.

Al diseccionar el grupo de ineficacias que dependen de la actuación clínica, percibimos primero que cualquier error en la efectividad clínica, que no se vea compensado por una reducción de costes, constituye ineficacia, así como un fallo de calidad.

Existen otras ineficacias en la práctica clínica que no están asociadas con la reducción de efectividad, aunque tienen su origen en los costes, elevados en relación con los beneficios esperados. Una de las causas está en la inclusión, en la atención, de elementos que no son ni perjudiciales ni beneficiosos, pero sí costosos. Alguien podría decir que se trata de una situación puramente hipotética, ya que cada elemento de la atención plantea algún riesgo, aunque sea pequeño. Otros se muestran más dispuestos a admitir que algunos elementos de la asistencia casi no son perjudiciales (por ejemplo, uno o dos análisis extra de sangre, o prolongar un día o dos la estancia en el hospital), aunque podrían argumentar, no obstante, que la inclusión de este tipo de servicios constituye un nivel bajo de calidad, ya que denota ignorancia, juicio inadecuado o negligencia. Sin embargo, otros lo consideran simplemente un despilfarro de la atención, que no llevan consigo una reducción de los beneficios de salud, un error en eficiencia pero no en calidad. Cualquiera que sea la valoración de la situación, todo el mundo estará de acuerdo en que deben criticarse las atenciones superfluas o redundantes y deben eliminarse.

Lejos de existir un consenso, se producen discrepancias en cuanto a otra forma de ineficacia, la que no deriva de la reducción de los beneficios de salud esperados, sino de aumentar los costes en la obtención de estos beneficios. En este caso, se espera que todos los elementos de la atención sean útiles, aunque el incremento del beneficio que se produce puede ser de-

masiado reducido con relación al coste. Discrepamos en la cuestión sobre si debemos perseguir el máximo beneficio posible con independencia del coste, o quedarnos por debajo de los mayores beneficios, sin cruzar el límite donde los beneficios añadidos están en consonancia con los costes añadidos. Algunos analistas han dicho encontrar la diferencia entre la evaluación de la tecnología y la evaluación de la calidad, en las respuestas que cada uno adelanta en respuesta a esta pregunta.

La función de evaluación de la tecnología es verificar y documentar la relación entre las tecnologías y estrategias de atención específicas y las mejoras en salud que producen. Se trata de la evaluación de la eficacia y la efectividad. En los últimos años, se está prestando también una mayor atención al coste de la asistencia, con objeto de conseguir además una medición de la eficiencia.

Todo esto puede considerarse puramente descriptivo y a excepción del valor perfectamente aceptable, de que es mejor pagar menos que más por una cierta mejora de salud. Mayores problemas de valoración se producen en los dos pasos consecutivos. El primero es cuando intentamos consolidar mediciones dispares del estado de salud en una sola unidad, como un año de vida ajustada por diferencias en la calidad de vida. La segunda es cuando intentamos fijar un valor económico a esta unidad, que es necesaria para determinar el punto óptimo en la relación coste - beneficio.

La formación de una medida "integradora" de estado de salud implica valoración, ya que los distintos estados funcionales y de disfunción que pueden experimentarse, deben consolidarse en una única unidad, utilizando una escala cardinal de preferencias¹³. Fijar un valor económico a la duración y calidad de vida es evaluativo por definición. Además, la manera de determinar el valor económico implica el peligro casi ineludible de establecer comparaciones entre las personas por razones de edad, sexo, situación laboral y, probablemente, clase social.

Se dice que, al estar al servicio de la política pública, la evaluación de la tecnología se centra en realizar las valoraciones y elaborar las medidas descritas anteriormente y que, el propósito de realizar las valoraciones es representar las preferencias sociales y la búsqueda del bien público. Contrariamente, se considera que los que evalúan la calidad hacen unas elecciones que no están disponibles para los que evalúan la tecnología, y que se guían más por las valoraciones de pacientes individuales que por las de los políticos o colectivos de personas.

La opción que tiene la evaluación de la calidad es la de fijar los estándares de acuerdo con los beneficios de salud, sin tener en cuenta los costes. Con arreglo a esta formulación, el nivel más alto de calidad corresponde a la atención que mejor pueda conseguir alcanzar los máximos beneficios de salud. Con menos que eso, estaríamos hablando de baja calidad, aunque el compromiso se realice en función de que los beneficios no justifiquen el coste.

Se trata ciertamente de una opción posible, aunque poco razonable. Significaría que si un paciente individual, tras consultar con su asesor médico, tuviera que decidir que ciertas expectativas complementarias de mejoras específicas en la salud, no compensan los costes, el médico estaría prestando una asistencia de baja calidad si se respetaran los deseos del paciente, y una calidad más alta, si se ignoraran esos deseos,

facilitando una asistencia superior a la solicitada por el paciente. Es más razonable decir que, el máximo nivel de calidad es el que más se ajusta a los deseos y valoraciones del paciente informado^{11,12}. En otras palabras, tanto la evaluación de la tecnología como la evaluación de la calidad, se guían por la necesidad de alcanzar un equilibrio óptimo entre costes y beneficios. La primera, para la sociedad en general y la última para los pacientes individualmente. En verdad, si existiera algo como el "paciente medio", los dos conceptos de óptimo se encontrarían muy próximos. No obstante, a menudo, pueden diferir y, es en estas diferencias donde apreciamos algunas diferencias entre las conclusiones de la evaluación de la tecnología y la evaluación de la calidad.

Las evaluaciones sociales de la tecnología de la atención sanitaria difieren de las evaluaciones individualizadas de la calidad en que las primeras tienen en cuenta los costes totales y los beneficios totales, antes que los costes soportados y los beneficios para un individuo. Además, en las evaluaciones sociales, la distribución social del beneficio puede formar parte de la evaluación, según se ha mencionado.

Las evaluaciones individualizadas de la calidad de la atención tienen únicamente en cuenta los costes y los beneficios que pertenecen a un individuo. Además, tanto los costes como los beneficios se evalúan en función de las preferencias de los individuos, afectadas por los ingresos, la educación, la clase social, los rasgos psicológicos, etc. (N-3). Por estas razones, una estrategia de atención significa, por consiguiente, que la calidad óptima para un individuo puede diferir de la atención que significa el empleo óptimo de tecnología desde el punto de vista de la sociedad.

Parece que hemos llegado a una diferencia clave en los valores entre evaluación de la tecnología y evaluación de la calidad. No obstante, en mi opinión, esta diferencia es únicamente un artefacto al asignar arbitrariamente el panorama social para la evaluación de la tecnología y el reino individual a la evaluación de la calidad.

Puesto que la evaluación de la tecnología requiere el establecimiento de prioridades, debe tratar con grupos más que con individuos; no obstante, puede acercarse cada vez más a la individualización a través de la identificación de grupos de una homogeneidad cada vez mayor, tanto en términos concretos como en abstracciones estadísticas. De hecho, es a partir de los datos de cada grupo homogéneo, que los médicos que atienden a los individuos pueden establecer las probabilidades de riesgos y beneficios que guían sus decisiones. Aunque, incluso entonces, se mantendrían las diferencias de valoración mencionadas. El refutamiento más importante surge de la noción de que la calidad de la atención, no necesita determinarse individuo por individuo. La calidad de la atención puede también determinarse en el ámbito social, en este caso, la definición social de la calidad estará determinada por el mismo conjunto de consideraciones que guían la evaluación de la tecnología⁹. En este caso, podría desaparecer la diferencia en los valores. Lo que permanecería, sería la diferencia en las funciones: evaluación de la tecnología como generador de criterios y estándares, y evaluación de la calidad, cuyos medios establecen el grado de correspondencia con los criterios y estándares.

Otro aspecto que se mantendría es la disparidad entre las

definiciones individualizadas y sociales de la calidad. Los médicos individuales que atienden a pacientes individuales, tienen la obligación ética de hacer lo mejor para cada paciente; esto puede no coincidir con lo más óptimo socialmente. El conflicto resultante entre las obligaciones de los médicos hacia sus pacientes y las obligaciones que les impone el estado constituyen un dilema ético que ejerce actualmente mucha presión en el campo de la atención⁸.

La tecnología sanitaria ha contribuido a exacerbar el conflicto que he descrito, inventando constantemente métodos de atención muy costosos y, probablemente, útiles. Por consiguiente, la evaluación tecnológica podría realizar enmiendas prestando una especial atención tanto a los efectos como al coste, durante las fases iniciales de pruebas e introducción de nuevas tecnologías. Una tecnología puede no superar el test de utilidad establecida, en cuyo caso no se lanzaría, o, si ya estuviera en uso, sería retirada. Una sociedad podría también decidir, legítimamente, no hacer un uso general de una tecnología que, aunque beneficiosa, muestra unos beneficios bajos con relación a su coste.

La tecnología de la atención sanitaria y su evaluación podrían también ayudar a ofrecer nuevas maneras para obtener, a bajo coste, beneficios iguales o superiores a los alcanzables actualmente. A veces, la evaluación de la tecnología puede alertarnos fácilmente del potencial que ya poseemos para alcanzar este objetivo. Por ejemplo, Brand ha demostrado que con unos simples cambios en las rutinas de los servicios de urgencias en los hospitales, se puede reducir materialmente el coste de la asistencia a los pacientes con presuntas fracturas de extremidades, sin causarles daños¹. De manera similar, Doubilet y Abrams muestran (contrariamente a ciertas creencias) que la enfermedad vascular periférica oclusiva puede tratarse con un éxito mayor y también con menos costes si, en determinados casos, la que utilizará cirugía reparadora sólo después de no obtener los resultados deseados con la angioplastia transluminal percutánea, método disponible en su formato original desde 1964 y en formato mejorado desde 1974¹⁰. A través de la adopción de estándares y criterios derivados de estas evaluaciones de la tecnología, la monitorización de la calidad puede ayudar a sustituir métodos menos eficientes, por otros que son más eficientes y, como mínimo, igual de efectivos.

De esta manera, la evaluación de la tecnología, la evaluación de la calidad y la monitorización de la calidad, en colaboración, pueden mejorar nuestra capacidad para prestar la atención necesaria, haciendo menos necesario el privarse de algunas mejoras en la salud porque no nos las podemos permitir.

Observaciones

N-1. La evaluación de la calidad puede incluir juicios de valoración sobre los propios medios, estableciendo la concordancia con los valores sociales como propiedad de las consecuencias de la tecnología o como modificadores de la efectividad, si la discordancia de valores obstaculiza la implementación.

N-2. La correspondencia podría ser más completa si el modelado matemático se clasificara como una herramienta para una evaluación de la tecnología más "secundaria" que "primaria".

N-3. El punto de vista expresado aquí (que el máximo nivel de calidad en la asistencia de un individuo corresponde a la asis-

tencia que optimiza los costes y los beneficios para ese individuo) es fácilmente defendible mientras que las valoraciones de los individuos tengan su origen en fuentes sociales legítimas y justificables desde el punto de vista ético. No obstante, si las diferencias en las valoraciones de los individuos surgen de circunstancias consideradas injustas, la adaptación de la definición de calidad a estas irregularidades correría un serio peligro. Esto puede ser un motivo para unir una definición de calidad que ignora el coste e incorpora las valoraciones de un médico que actúa en nombre del paciente. Aunque este procedimiento es poco satisfactorio en muchos sentidos. El planteamiento más próximo a una solución es facilitar la cobertura económica para la asistencia en un nivel proporcional a la capacidad económica y, a partir de ahí, guiarse a partir de las preferencias del paciente, aceptando, como ineludibles, las circunstancias vitales del paciente.

Bibliografía

1. Brand D. *An x-ray screening protocol for extremity injuries*. Research Report Series, DHHS Publication N° (PHS) 84-3347, Rockville, MD: National Center for Health Services Research, 1984.
2. Dalkey NC. *The Delphi method: An experimental study of group opinion*. Santa Monica, CA: The Rand Corp, 1969.
3. Dalkey NC, Rourke DL, Lewis R, Snyder D. *The quality of life: Delphi decision-making*. Lexington, MA: Lexington Books, 1972.
4. Delbecq A, Van de Ven AH. A group process model for problem identification and program planning. *J Applied Behav Science* 1971;7:466-92.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206.
6. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring, vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
7. Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring, vol. II. The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982.
8. Donabedian A. Quality, cost and clinical decisions. *Ann Am Acad Politi Soc Science* 1983; 468:196-204.
9. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: An integrative model. *Med Care* 1982;20:975-92.
10. Doubilet P, Abrams HL. The cost of underutilization: percutaneous transluminal angioplasty for peripheral vascular disease. *N Engl J Med* 1984;310:95-102.
11. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Fallacy of the five-year survival in lung cancer. *N Engl J Med* 1978;299:1397-401.
12. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quality of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1981;305:982-87.
13. Torrance GW. Measurement of health status utilities for economic appraisal: a review. *J Health Econ* 1986;5:1-30.

El equilibrio entre las preferencias individuales y las necesidades sociales en sanidad

Donabedian A. The Seven Pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8

Nuevamente el maestro Avedis Donabedian nos ayuda a comprender las responsabilidades del médico hacia el paciente en los sistemas de salud modernos.

Al final de la década de los 80, cuando escribe este artículo, era muy evidente la gran tensión a la que se veían sometidos los médicos, así como las diferencias y entre las preferencias individuales y sociales. Este es un tema aún relevante que nos ayuda a reflexionar a los prestadores de servicios que trabajan para instituciones públicas o con financiamiento de terceros pagadores.

Nosotros debemos lograr resolver la tensión entre las preferencias individuales de los pacientes quienes esperan mayor atención y las que dictan las preferencias sociales reflejadas por la financiación.

En especial, los individuos y la sociedad difieren en lo que se considera el mejor balance entre los costes y los beneficios de la atención médica, y en la distribución de los mismos.

Por lo tanto, el gran reto para los proveedores de servicios de salud es reconocer y reconciliar las discrepancias entre las limitaciones de la oferta de servicios financiados con recursos públicos o de terceros pagadores y las preferencias individuales manteniendo el mejor nivel de calidad posible.

La brillante descripción de los siete atributos de la calidad a través de los cuales la podemos identificar y juzgar nos debe ayudar en esta búsqueda.

Beatriz Zurita

Coordinadora de Planificación y Desarrollo

Los siete pilares de la calidad*

Avedis Donabedian

Si el título de este artículo sugiere imágenes de enormes extensiones de desierto, caravanas de camellos en búsqueda desesperada de agua, e incluso un espejismo o dos, no es culpa mía ya que el tema surgió de los organizadores de la conferencia.

Los siete pilares sobre los que se sustenta la calidad, sus siete caras o los siete atributos por los cuales se reconoce y juzga, se muestran en la Tabla 1. Desgraciadamente, no se puede construir ningún acrónimo significativo a partir de los atributos mostrados en esa tabla.

Eficacia

Eficacia es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un término más moderno, "evaluación de la tecnología". La estrategia más eficaz de manejo clínico que se conoce, establece el límite superior de lo que se puede alcanzar; es la frontera tecnológica¹. La importancia de este concepto para definir y evaluar la calidad se aprecia de manera más clara si consideramos la efectividad, el segundo de los siete pilares.

Efectividad

La efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.

Un simple esquema clarifica este punto (Figura 1) Asimismo que una enfermedad tiene una evolución autolimitada, tal como lo muestra la línea gruesa en Figura 1. La enfermedad provoca un deterioro rápido de la salud que dura un tiempo y se

corrige. Con el manejo más eficaz disponible en la actualidad, la evolución de la enfermedad está representada por la línea superior en Figura 1. La línea central representa la evolución de la enfermedad cuando se somete a un tratamiento cuya efectividad estamos analizando.

Si los estudios previos clínicos, epidemiológicos y experimentales nos facilitan toda la información descrita anteriormente, podemos llegar a una estimación definitiva de la efectividad, del modo siguiente:

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Área A}}{\text{Áreas A} + \text{B}}$$

A menudo, sin embargo, no disponemos de toda la información y; por consiguiente, deben realizarse algunos compromisos, lo que conlleva mediciones poco exactas. Aunque no contemos con toda la información sobre las curvas, podemos simplemente comparar un punto de cada curva en un momento determinado. Además, aún sin disponer del estándar representado por la frontera tecnológica, podemos comparar el modo en que dos tratamientos alteran la evolución natural de la enfermedad. Aunque desconozcamos el curso natural de la enfermedad, podemos también comparar dos o más tratamientos relativos a un perfecto (o suficientemente alto) estado de salud. No obstante, solemos acabar con estimaciones sesgadas. Las estimaciones se sesgan en contra de los tratamientos menos efectivos, cuando el curso natural de la enfermedad va hacia el deterioro, y se sesgan a favor de los tratamientos menos efectivos, si el curso natural de la enfermedad va encaminado a la mejora.

El planteamiento de medición de la efectividad no se altera, si el curso de la enfermedad es progresivo en lugar de autolimitado. También se basa en circunstancias más realistas cuando no tratamos con certidumbres, como en el modelo, sino con probabilidades y expectativas de acontecimientos futuros.

Hay que tener en cuenta que no se han mencionado costes. Los efectos de la salud considerados hasta el momento, son tan sólo la suma de cualquier mejora o daño que la atención sanitaria ha producido o se prevé que pueda causar. Si introducimos el coste, debemos considerar otros dos pilares de calidad: la eficiencia y la optimización.

Eficiencia

La eficiencia no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente (Figura 2).

Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al coste más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el coste de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad-uno de sus pilares.

Existen ventajas en desligar la eficiencia, como atributo, del concepto de calidad: los conceptos sencillos son más manejables que los conceptos demasiado amplios. Sin embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas en la salud, muestran una clara ineptitud, negligencia o irresponsabilidad social, que uno difícilmente puede relacionar con la buena atención.

No se ha hecho mención, hasta el momento, de la renuncia a posibles mejoras en la salud para ahorrar dinero, sino únicamente en perseguir los mejores resultados con el menor coste. Es posible sostener que algunas pequeñas mejoras en la salud no compensan unos costes mucho más elevados. Esto provoca el debate del cuarto pilar de la calidad, la optimización.

Optimización

La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia. Esto se muestra en Figura 3.

En el panel superior de la Figura 3 vemos las consecuencias de realizar adiciones progresivas a la atención. Aunque todos estos complementos sean de utilidad, la curva de los efectos o beneficios muestran un eventual aplanamiento. No obstante, los costes continúan aumentando.

La consecuencia de relacionar los beneficios con los costes se muestra en el panel inferior de Figura 3. Claramente, más allá de cierto punto en la progresión de la atención, el balance entre costes y beneficios se convierte en negativo.

Así, existen dos especificaciones sobre cuál debería ser el nivel deseable de calidad: 1. en B, tenemos una asistencia de efectividad máxima y 2. en A, tenemos una asistencia de efectividad óptima. ¿Cuál de las dos es el objetivo? Este artículo trata esta cuestión básica más adelante.

Aceptabilidad

De manera arbitraria, asumo la aceptabilidad como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen unas expectativas acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos. Podemos decir pues, que en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aun-

Tabla 1. Los siete pilares de la calidad

Eficacia Efectividad Eficiencia Optimización Aceptabilidad Legitimidad Equidad
--

Figura 1. Presentación esquemática de efectividad en una enfermedad autolimitada. Efectividad igual a $A/(A+B)$

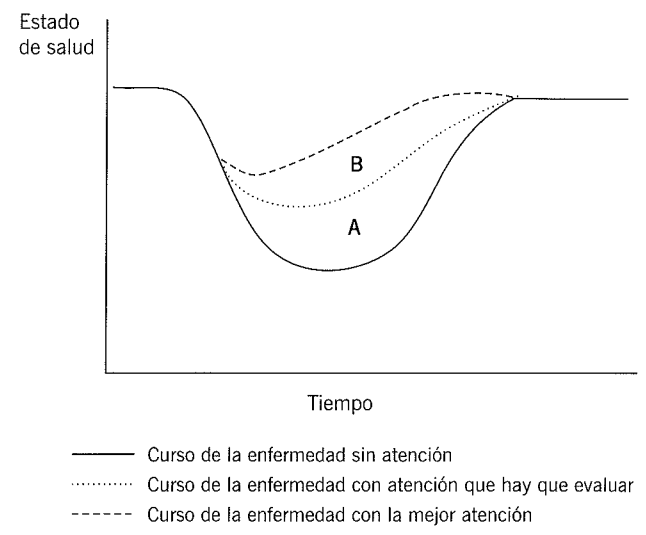


Figura 2. Definición de efectividad y eficiencia en la evaluación de la calidad

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar}}{\text{Mejora de las expectativas de salud con la mejor atención}}$$

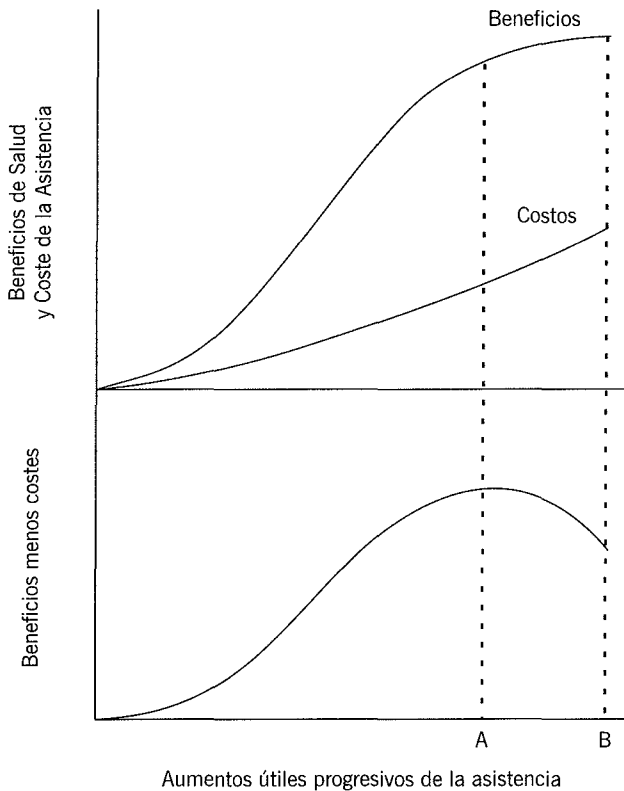
$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Mejora de las expectativas de salud con la atención que hay que evaluar}}{\text{Coste de la Asistencia}}$$

que no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena. Se trata de la accesibilidad a la asistencia, los atributos de la relación médico y paciente y el confort. Estos componentes de aceptabilidad se enumeran en la Tabla 2.

Accesibilidad

Podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de

Figura 3. Relaciones hipotéticas entre beneficios de salud y coste de la atención mientras se realizan incrementos útiles de la atención



A. Indica la atención óptima efectiva.
 B. Indica la atención máxima efectiva.

una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad.

La relación médico-paciente

A los pacientes les preocupa mucho el trato que van a recibir por parte de los médicos y otras personas que participan en su atención. Por ejemplo los pacientes quieren que se les trate con consideración y respeto, que se responda a sus preguntas, se les explique su estado y se les dé la oportunidad de participar en las decisiones de salud y bienestar. En la Tabla 3 se realiza una enumeración más detallada de los atributos que se persiguen en la relación médico-paciente.

Todos sabemos de la importancia de una buena relación médico-paciente en la satisfacción de este último. Podemos olvidar a veces que una buena relación también contribuye a la efectividad, incorporando la cooperación del paciente en la asistencia.

Tabla 2. Aceptabilidad de la Atención para los pacientes

- Accesibilidad
- Relación médico-enfermo
- Confort
- Preferencias del paciente sobre los efectos de la atención
- Preferencias del paciente sobre los costes de la atención

Tabla 3. Algunos atributos de la buena relación médico-enfermo*

- Confluencia entre las expectativas, orientaciones, etc. del cliente y el profesional.
- Adaptación y flexibilidad: Capacidad del profesional de adaptar su enfoque no sólo a las expectativas del cliente, sino también a las demandas de la situación clínica.
- Mutualidad: Ganancias para ambos, profesional y cliente
- Estabilidad: Relación estable entre profesional y cliente.
- Mantenimiento de la máxima autonomía posible del cliente, libertad de acción y de movimiento.
- Mantenimiento de comunicación y lazos con la familia y la comunidad.
- Máximo grado posible de igualdad en la relación cliente - profesional.
- Máximo grado posible de participación activa del cliente, compartiendo el conocimiento relativo a la situación de salud, la toma de decisiones y la participación en el tratamiento.
- Mantenimiento de la empatía y confianza sin implicaciones emocionales indebidas por parte del profesional.
- Mantenimiento de una relación de soporte sin alentar una dependencia inadecuada.
- Confinar la influencia de clientes y profesionales a los límites de sus funciones sociales legítimas.
- Evitar el abuso económico, social, sexual o de otro tipo del cliente o del profesional.
- Mantener la dignidad y individualidad de clientes y profesionales.
- Mantener la privacidad.
- Mantener la confidencialidad.

*Adaptada de Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating item. *Milbank Mem Fund Q* 1972;50:103-53.

El confort de la atención

El confort de la Atención son las propiedades de los centros donde se presta la asistencia, adecuándolos y haciéndolos más cómodos. Estos atributos son indicativos de calidad para el paciente, aunque entiendan también que existen otros aspectos más importantes que este en la atención.

Preferencias del paciente en la efectividad de la asistencia

Durante el debate sobre la efectividad, no se hizo mención del modo de evaluar los efectos de la atención. Esa omisión se corrige a continuación.

Los pacientes valoran a menudo las consecuencias de la atención, ya que éstas afectan a su propia salud de manera

distinta a las valoraciones de profesionales; por ejemplo, los pacientes pueden tener una visión distinta sobre lo que la atención moderna puede conseguir. Los pacientes pueden esperar mucho o muy poco.

Básicamente, los distintos estados de salud y enfermedad tienen un significado distinto según las personas, tal vez, en función de sus requisitos ocupacionales, situaciones sociales o entramado psicológico. Por ello, cuando se trata de seleccionar entre distintos tratamientos alternativos, que ofrecen distintas perspectivas de riesgos y beneficios, es necesario tratar la cuestión con un paciente debidamente informado o su representante. Una intervención considerada la mejor en calidad por parte de un paciente, puede ser distinta a la elegida por otro paciente, y ambas podrían ser distintas a la que el médico podría juzgar como la mejor.

Preferencias del paciente y coste de la atención

Aunque el método de tratamiento sea el mismo, la cantidad que paguen los pacientes puede ser distinta, principalmente debido a las diferencias de los pagos realizados por terceros. Aunque la cantidad a satisfacer por el paciente sea la misma, los pacientes pueden aceptar el sacrificio económico que representa de manera distinta y dependiendo de lo que estén dispuestos a pagar a cambio de los beneficios de la atención, de manera inmediata o aplazada.

En resumen, la intercalación de las preferencias del paciente puede alterar de manera radical las estimaciones de efectividad, eficiencia y optimización. También introduce tanta variación entre los pacientes, que al final, lo que constituye la mejor calidad puede tener que especificarse de manera individual caso por caso.

Legitimidad

Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. Por consiguiente, lo que algunos individuos o sus médicos podrían considerar como la mejor atención, es distinto del bien común. La Tabla 4 muestra casos en los que se produce esta disparidad.

Cuando los individuos reciben atención, o no la pueden recibir, no son éstos necesariamente los que se benefician o sufren. Al producirse beneficios o daños a terceros, el planteamiento de qué es lo apropiado por parte de la sociedad, será distinto al de los individuos. Algunos ejemplos son: consejo genético; planificación familiar; inmunización; información de enfermedades transmisibles y conductas agresivas; y supervisión sanitaria de aquellos cuya discapacidad pueda representar un peligro para los demás.

Aunque los efectos de la atención en la salud estén confiados a individuos, la sociedad puede no valorar los en una medida tan alta como los individuos. Por ejemplo, como socie-

Tabla 4. Legitimidad

-
- Preocupación por la aceptabilidad de los individuos.
 - Preocupación por el bienestar de la colectividad.
 - Efectos distintos de lo experimentado por los individuos responsables de las decisiones de buscar o no atención sanitaria.
 - Valoraciones distintas a las realizadas por los individuos que reciben la atención.
 - Costes superiores de los que paga el individuo que recibe la atención.
-

dad puede que deseemos dedicar menos a la asistencia de los mayores y más a la asistencia de los niños.

A menudo, la sociedad tiene una visión de los costes muy distinta a la de los individuos. La razón principal es la financiación social de la asistencia. Cuando la atención la paga, en parte o en su totalidad, un tercero, el nivel de atención solicitado por un individuo podría exceder lo que la sociedad se siente capaz de financiar.

Por estos motivos y algunos otros, aquello que la sociedad considera una atención óptima puede diferir, a veces de manera significativa, de lo que los individuos considerarían óptimo. También podrían haber diferencias en la interpretación de lo que es equitativo o justo.

Equidad

Equidad es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad (Tabla 5).

Cada individuo tiene alguna noción acerca de qué es justo en cuanto a acceso a la asistencia y en la calidad de atención posterior. Es probable que los individuos estén motivados para buscar lo mejor para sí mismos, a menos que sean especialmente altruistas. No obstante, a nivel social, la distribución equitativa del acceso y de la calidad es a la fuerza un asunto de política social. Debe quedar claro que la distribución más equitativa puede no representar necesariamente la que aporta una mayor mejora de la salud a un coste más bajo. La equidad es un principio adicional, un compromiso moral, en cumplimiento del cual algunos pueden recibir una atención que podría aportar grandes mejoras en la salud si fuera utilizada por otras personas.

Comentario

Los aspectos principales son:

1. La calidad de la atención es un concepto con muchos elementos que pueden agruparse bajo los siete títulos siguientes: eficacia; efectividad; eficiencia; optimización; aceptabilidad; legitimidad; y equidad.

Tabla 5. Equidad

-
- Lo que los individuos consideran justo.
 - Lo que la sociedad considera justo.
 - Distribución del acceso a la atención.
 - Distribución de la calidad de la atención que sigue al acceso y sus consecuencias.
-

2. La calidad de la asistencia se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes: a. la ciencia de la atención sanitaria que determina la eficacia, b. valores y expectativas individuales que determinan la aceptabilidad, y c. valores y expectativas sociales que determinan la legitimidad.

3. Como consecuencia de lo anterior, la calidad no puede juzgarse únicamente en términos técnicos, sólo por profesionales sanitarios; las preferencias de los pacientes individuales y de la sociedad en general deben tenerse también en consideración.

4. La búsqueda de cada uno de los atributos de calidad puede reforzarlos mutuamente, ya que la asistencia efectiva es normalmente más aceptable y legítima.

5. La búsqueda de un atributo puede ir en contra de la búsqueda de otro, por lo que hay que perseguir y establecer un equilibrio.

6. Los conflictos más importantes surgen cuando las preferencias sociales son distintas de las preferencias individuales, básicamente porque la sociedad especifica de manera distinta aquello que es óptimo y equiparable.

Cada una de estas seis conclusiones plantea un reto a nuestra profesión en su misión de evaluar y garantizar la calidad de la asistencia. El reto más importante, no obstante, y el de mayor significado moral es el de reconocer y manejar la discrepancia entre las preferencias individuales y sociales. Esta discrepancia genera un descontento individual y sitúa a los profesionales sanitarios en la difícil tesitura de tener que cumplir sus obligaciones con los pacientes individuales y, de manera simultánea, cumplir con sus responsabilidades sociales. Éste es el mayor reto al que nos debemos enfrentar y manejar de manera que honre a nuestra profesión.

Referencia bibliográfica

1. Frenk J, Pena J. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención de la salud. *Salud Pública Méx* 1988; 30:405-15.

El papel de los consumidores en la garantía de la calidad en los servicios de salud: una lección de ética

Donabedian A. The Lichfield lecture. Quality assurance on health care: consume's role. *Qual Health Care* 1992;1:247-51

El tema de la contribución de los usuarios a la mejora de la calidad no fue muy frecuente de forma explícita en la obra de Donabedian. Pero en este artículo, el maestro reflexiona sobre ello y nos proporciona una espléndida lección de ética y una base ineludible a considerar. No es posible quedar indiferente: prohibido no pensar.

El artículo traduce una sistemática de reflexión constante en toda su producción, combinando el rigor expositivo con un posicionamiento moral perfectamente explícito y necesario para entender lo que expone. Un rasgo que no aparece en muchos de los autores de la calidad, cuyos eslóganes y reflexiones se presentan a menudo como incuestionables, aunque respondan, desde luego, a un posicionamiento moral no reconocido y perfectamente cuestionable.

Voy a intentar en este comentario resaltar aquellos aspectos que me parecen más sobresalientes, sin desmerecer del resto de contenidos el artículo.

Los aspectos de la definición de calidad que corresponden al usuario

Donabedian concluye que es el usuario quien debe decidir lo que está bien o mal en relación al intercambio personal, las amenidades y los resultados deseables de la atención. La distinción entre resultados, incluido qué riesgos correr, y los medios técnicos para conseguirlos (esto último responsabilidad casi exclusiva de los clínicos) creo que es útil y necesaria para la gestión de la calidad. Esta delimitación de responsabilidades aparece de forma aun más nítida en sus reflexiones sobre la participación del usuario en el proceso asistencial.

La participación del usuario en el proceso asistencial

El papel del usuario como "co-productor" de los servicios y como "reformador" de los mismos (según terminología empleada en el artículo) no es discutida sino favorablemente argumentada. Interesa sin embargo destacar, creo yo, las limitaciones que se expresan, y la advertencia sobre el mal y superficial uso de esta participación. Por ejemplo, el "consentimiento informado" cuando éste se convierte en "una letanía impersonal cuyo principal propósito es autoexculparse de forma anticipada". Esta consideración crítica del uso impropio y desviado de la necesaria participación del usuario aparece de forma mucho más rotunda al reflexionar sobre su propia experiencia en una entrevista que concedió poco antes de morir: "La idea de que los pacientes deben participar en su propia atención no se practica de una forma responsable. La gente habla de la autonomía

del paciente, pero frecuentemente ello se traduce en el abandono del paciente".

Es de interés señalar que sólo en relación a la contribución del usuario a través de los mecanismos de regulación del mercado emplea Donabedian el término "cliente", estableciendo las limitaciones ("condiciones") que deben existir para que funcione. Pero aun fue más explícito en sus últimos días: "Creo que la comercialización de los servicios de salud es un gran error... la atención sanitaria es una empresa moral y científica y no fundamentalmente comercial. No tenemos consumidores que lo entienden todo y hacen elecciones racionales...; los valores comerciales no representan lo que (los profesionales de los servicios de salud) hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto". "Es fácil enseñarles a usar un cierto vocabulario, por ejemplo llamarle a la gente "clientes" a quienes ofrecemos "productos", pero eso no cambia la cultura y la concienciación de los clínicos".

El usuario como fuente de datos para la medición de la calidad

Donabedian establece una diferencia hoy comúnmente aceptada entre las valoraciones que el usuario puede hacer sobre la asistencia recibida y el informe de lo que ha ocurrido para que otros puedan juzgar. No es común sin embargo que se le cite al hablar de esta distinción, aunque ciertamente la hizo.

Los riesgos de manipulación y superficialidad al considerar la participación del usuario

Es muy cierto pero raramente se expresa con la claridad que lo hace Donabedian: existe el peligro de una consideración sobredimensionada de la contribución del usuario en la definición y evaluación de la calidad, prestando una sobreatención manipuladora a los aspectos más visibles para los pacientes. Por ello aboga por la evaluación simultánea de lo que el paciente ve y lo que no ve, con honestidad y sin contraponer ambos aspectos. La falta de honestidad que puede darse la expresa muy tajantemente en su última entrevista con una apreciación que queda también para la reflexión: "En torno a la calidad hay mucha actividad de boquilla ("*lip service*") y, bien lo sabe Dios, propaganda, pero muy poco compromiso real". Ojalá que en poco tiempo sea ésta una de las cosas en las que no tenga razón.

Pedro J. Saturno
Universidad de Murcia

The Lichfield lecture**Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor***

Avedis Donabedian

Desearía que lo que tengo que decir pudiera complacer a Lord Lichfield, bajo cuyo patrocinio hablo hoy. Con fama de haber sido "un hombre de lo más entrañable y humano", creo que hubiera aprobado el papel fundamental que voy a otorgar a los consumidores a la hora de garantizar la calidad de la atención sanitaria. Y, muy posiblemente, al hacendado tan pendiente de sus caballos que los contempló en su testamento ("para hacerles la vida lo más agradable posible") no le hubiera importado que un poco de su generosidad pudiera salpicar a un profesor armenio recientemente enviado a pastar**.

Pero antes de avanzar mis principales argumentos, debo definir los términos y metodología de mi presentación.

Definiciones y Presentación

Voy a referirme a la "garantía de calidad" como una actividad basada en obtener información sobre la práctica clínica y, en función de esa información, hacer un reajuste de las circunstancias y de los procesos de la atención de la salud. "Consumidores" con referencia a los pacientes, así como a aquellos que legítimamente puedan hablar en su nombre. "Calidad" no voy a definirla, aunque su significado irá surgiendo a medida que vaya desvelando mi historia.

En cuanto al método, voy a asignar tres papeles principales a los consumidores: el primero, el de "colaboradores", el segundo, el de "objetivos", y tercero y último, el de "reformadores", con papeles subsidiarios para cada función. Lo planteo de este modo para crear una progresión ordenada, aunque, como pronto se verá, las distintas funciones dependen unas de otras y resulta difícil separarlas.

Consumidores como colaboradores de la garantía de Calidad

Los consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.

**NT: El autor se refiere a su reciente jubilación

Consumidores como definidores de la calidad

Para cualquier actividad de garantía de calidad, es fundamental el concepto de calidad, en el que se basa dicho esfuerzo y que define su objetivo y orientación.

Los consumidores realizan una contribución indispensable para definir la calidad y fijar los estándares que la van a juzgar. Esta contribución engloba unas consideraciones que se encuentran en el mismo núcleo central de la calidad y otras que están más en la superficie, aunque todas ellas son de gran importancia.

Para explorar este campo, conceptualizaré que la atención sanitaria se divide básicamente en dos partes principales: el trabajo técnico y la relación interpersonal. Los consumidores tienen mucho que decir de ambas y también sobre las circunstancias en que se desarrolla el trabajo y se produce la interacción o el intercambio. Llamaré a este tercer elemento "los temas de confort" y espero que este término no lleve a nadie a una interpretación trivial del tema.

Para definir lo deseable e indeseable de la relación interpersonal o de los temas de confort, creo que son los consumidores quienes deben realizar la contribución decisiva. Son sus expectativas las que deben fijar el estándar de qué es accesibilidad o qué servicios son convenientes, confortables u oportunos. Son ellos quienes nos dicen cómo se les ha escuchado, informado, permitido ejercer su decisión y si se les ha tratado con respeto. A través de ello, los consumidores expresan sus preferencias personales y manifiestan las expectativas que las posturas individuales, y en especial, de segmentos de la sociedad individuales a los que pertenecen, les han hecho concebir.

En cuanto a la conducción de la atención técnica, parece que los consumidores no tienen nada que decir. Se nos cuestiona, "¿qué saben ellos de las complejidades ocultas del trabajo técnico o de los recursos o habilidades necesarias para realizarlo?". Existen motivos para creer que los consumidores no son tan ignorantes de los procesos de buena atención técnica si tienen conocimiento de la situación o, si alguna experiencia de buena atención previa les ha preparado adecuadamente. No obstante, de manera más fundamental, la calidad de la atención técnica no viene definida por aquello que se ha hecho sino por lo que se ha conseguido. Sólo los consumidores son capaces de decir qué resultados persiguen, qué riesgos asumen a cambio de una posible mejora y a qué precio. Los pacientes, a nivel individual,

valoran de manera distinta la importancia relativa de la longevidad, de la propia imagen, lo vale la pena y las funciones - física, conyugal, familiar, económica o social^{1,2}. Podría discutirse si la atención técnica que no se adapta a las preferencias de los pacientes puede considerarse de calidad. Desde este punto de vista, vemos que los consumidores definen (o participan en la definición) la calidad de la atención técnica a través del simple hecho de especificar los objetivos a los que debe servir. Sólo los medios técnicos y la aptitud con que se emplean deben quedar para el experto clínico.

Consumidores como evaluadores de la Calidad

Hay un pequeño paso entre definir la calidad y juzgar en qué medida se ha conseguido. Así, definir la calidad y evaluarla guardan una relación pareja que es difícil de separar. Como consecuencia, la obtención de información argumentada sobre la satisfacción o descontento del cliente, constituye un elemento necesario en cualquier labor de garantía de calidad.

El grado de satisfacción del consumidor juega un papel tripartito en la atención médica. Se trata en primer lugar, como ya he dicho, de un juicio sobre la calidad de la atención que incorpora las expectativas y percepciones del paciente. En segundo lugar, se trata de un "resultado" de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también, una consecuencia a la que deben aspirar los sistemas de atención sanitaria como signo de su éxito. En tercer lugar, la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en mejorar su éxito. De este modo, con una transmutación sutil, la satisfacción del paciente, siendo un resultado de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial.

Consumidores como informadores

Además de definir y evaluar la calidad de la atención, los consumidores pueden contribuir al esfuerzo de garantía de calidad facilitando información de sus propias experiencias sanitarias. No se les pide que emitan un juicio de la atención sino simplemente que informen para que otros puedan juzgar.

Existen ciertos tipos de información que sólo pueden facilitar los pacientes- por ejemplo, explicar sus vivencias cuando solicitaron asistencia, sus esperanzas y temores, su estado general y su grado de disfunción. El paciente puede facilitar otro tipo de información que concierne especialmente al proceso técnico de la atención que debería figurar en la historia clínica aunque pueda haberse omitido.

De este modo, los pacientes constituyen una fuente de información primaria. En otras ocasiones, su función tendría un carácter secundario o de confirmación. Esto ocurre cuando una agencia de monitorización pretende verificar la información que se le facilita, a menudo acompañada de una factura de pago. Con la confirmación, o la falta de confirmación de la factura, los pacientes, en efecto, forman parte del mecanismo regulador con el que la agencia de monitorización intenta mantener el sistema controlado.

A través de esta función y de otros modos descritos, los consumidores pueden contribuir enormemente en las labores

de garantía de calidad. Debería cuestionarme ahora si es adecuado que lo hagan y qué dificultades entraña.

Justificar la función colaboradora del paciente

Desde mi punto de vista, la primera de las dos cuestiones es básicamente retórica. Nadie puede discutir que la búsqueda del bienestar del paciente no constituya el propósito principal y la primera obligación de todo profesional sanitario. Es difícil sostener que los puntos de vista del paciente de lo que constituye ese bienestar tengan poca relevancia en cuanto a ese propósito y obligación. No obstante, podrían existir diferencias de opinión en cuanto a las razones para atribuir un lugar tan amplio a la calidad de la relación interpersonal, comparado con la ejecución de la función técnica. No obstante, creo que es un error enfrentar a estos dos componentes de la asistencia cuando, de hecho, sirven para reforzarse entre ellos.

La relación interpersonal es, después de todo, el vehículo a través del cual se dispensa y obtiene la atención técnica. A menudo, se trata en sí de atención técnica, o está tan cerca de serlo que cuesta diferenciarlo. Creo que los pacientes tienen justificación cuando sospechan que el médico no ha desarrollado todo su potencial o habilidades técnicas en su caso, en los casos en que se haya mostrado superficial, falto de atención, poco amable e incluso desagradable y no nos haya informado debidamente.

Desde una óptica más mercenaria, las propiedades de la relación interpersonal influyen enormemente en la satisfacción del paciente; satisfacción necesaria cuando existe posibilidad de elección y, para la viabilidad política del sistema sanitario en cualquier circunstancia, en especial, si la elección está limitada³. La relación interpersonal también funciona por sí misma, con independencia de otros usos que pueda tener, ya que establece la medida de la humanidad y la dignidad de todos nosotros en cualquier tipo de intercambio. El modo de llevarse a cabo puede tanto ennoblecer como envilecer al médico y al paciente por igual.

Aunque una cosa es afirmar el derecho y la obligación del paciente de definir y evaluar la calidad de la asistencia y, otra cosa muy distinta, otorgar una expresión práctica y legítima a esa creencia. Lamentablemente, nos moveremos a partir de aquí en aguas más turbulentas para describir los obstáculos que podrían encontrarse y los peligros que habría que evitar.

Problemas de la función colaboradora del paciente

Problemas de objetivos

Debemos protegernos de los peligros del "desplazamiento de objetivos" al otorgar al paciente un papel importante en la definición y evaluación de la calidad de la atención. Me refiero con ello, a la sustitución manipulada de aspectos de atención mucho más visibles para los pacientes por otros más difíciles de evaluar o más difíciles de percibir. En especial, cuando existente gran competencia, es fácil observar cómo las circunstancias y actitudes más placenteras y agradables podrían distraer y enturbiar el juicio de los consumidores al menos durante un tiempo. De igual manera, la concentración o los resultados visibles a corto plazo pueden desviar la atención de otros resultados más inmediatos, aunque más difíciles de percibir y de otros que se hayan demorado más tiempo. Es importante que, al evaluar la calidad de todos los aspectos de la asistencia de manera simultánea, nos protejamos de esas disyuntivas artificiales.

Problemas de validez

Es necesario evaluar con detalle la validez de la información obtenida de los consumidores. Las evaluaciones de calidad pueden estar basadas en creencias erróneas y falsas expectativas. A menudo los pacientes son, de hecho, demasiado conformistas; se enfrentan a molestias innecesarias y conceden a los médicos el beneficio de cualquier duda, hasta que las deficiencias en la asistencia son tan manifiestas que ya no pueden ignorarse. Hablando en general, se puede asumir que la calidad de la asistencia es, en realidad, peor que lo que parecen mostrar las encuestas sobre el grado de satisfacción del paciente. Los pacientes deben aprender a ser menos pacientes, más críticos y más asertivos. No obstante, en algunos casos, se cumple todo lo contrario: los pacientes se muestran decepcionados y desdichados porque tenían una opinión demasiado elevada y poco realista de lo que puede conseguir la medicina actual. En estos casos, podría discutirse si el médico ha podido fallar por no haber preparado adecuadamente al paciente. Existe también información sobre hechos reportados por los pacientes que podría ser errónea o incompleta. No obstante, creo que el requerimiento constante de este tipo de información es bueno de por sí; sugiere al paciente aquello que hay que anotar y recordar, agudizando quizás su capacidad de observación y fomentando una actitud más asertiva.

Problemas de particularización

Los problemas de particularización son la consecuencia paradójica de una virtud: que cada persona recibe una asistencia que se adapte perfectamente a sus preferencias y circunstancias particulares. En parte, las consecuencias no deseadas son sólo operativas pero en parte éticas. Las ambigüedades éticas se manifiestan de diversas formas. Las preferencias de un paciente pueden parecer, a veces, contrarias a lo que cualquier persona razonable podría considerar como lo mejor para aquel paciente. Otras veces, las preferencias del paciente cuestionan las obligaciones sociales del médico o a sus convicciones personales. No es infrecuente que las preferencias del paciente reflejen privilegios o desventajas dentro de las propias circunstancias de la vida – circunstancias que uno podría considerar legítimas, o no.

Dotar a los pacientes de la capacidad para enfrentarse con éxito a las injusticias de orden social, profundamente arraigadas, es un objetivo valioso y encomiable. ¿Pero, es suficiente? Además de plantear estas cuestiones fundamentales sobre la propia naturaleza de la calidad, la necesidad de tomar en consideración las expectativas individuales de los pacientes, reclama un método flexible que permita evaluar la calidad de la atención. Los criterios y estándares que regulan normalmente los procedimientos de evaluación se establecen para casos habituales en circunstancias normales de la vida. Sirven como mínimo para hacerse una idea inicial, ya que aparte de las diferencias individuales, se mantiene una base común. Por supuesto, pueden diseñarse criterios y estándares que se ajusten a un gran número de características preestablecidas del paciente. Desconocemos, sin embargo, la manera de valorar o tomar en consideración algunos de los atributos de los pacientes; y debemos tratar siempre con medias, aunque estos sean los porcentajes medios de grupos cada vez más reducidos y

delimitados. Por último, en determinadas ocasiones, sólo sirve una evaluación caso por caso – una evaluación que no es más que una reproducción de la propia atención médica. En estos casos, necesitamos con urgencia el conocimiento detallado de experiencias individuales y preferencias que sólo los pacientes pueden aportar.

Problemas de documentación

Nuestro grado de dependencia de los pacientes como fuentes de información refleja lo inadecuado de las historias clínicas y posiblemente, la atención a las preferencias del paciente podría revertir en unas historias más completas y exactas, en formatos que se ajusten mejor a la evaluación de la calidad. Es discutible la posibilidad de hallar algún modo de incluir de forma no segada las opiniones de los pacientes sobre la atención recibida. Pero siempre es posible que existan alternativas de atención distintas, que puedan verse en las historias clínicas que estas alternativas se han analizado conjuntamente entre médico y paciente y que las acciones adoptadas están justificadas. Los problemas para recabar información sobre la satisfacción del paciente son sobradamente conocidos y no necesitan repetirse.

Basta decir que las preguntas deben hacerse en el momento adecuado; sin poner en peligro la relación médico y paciente; incluir preguntas sobre aspectos específicos de la atención, en determinados episodios; y permitir los comentarios abiertos sobre asuntos no previstos en las preguntas. También deberían tenerse en cuenta que deben incluirse cuestiones colaterales sobre las conductas que podrían mostrar insatisfacción: actitudes como no presentarse a una cita, ignorar instrucciones, cambiar de médico, etc. Una pregunta superficial sobre si un paciente está satisfecho o no, es muy probable que reciba el mismo tipo de respuesta superficial, sobretudo cuando el encuestado no espera que la respuesta establezca ningún tipo de diferencia. Me parece que la condición primordial para obtener con éxito las opiniones y sugerencias del cliente, es que el encuestado tenga la total seguridad de que su información redundará en acciones concretas. Cada sugerencia deberá anotarse de manera individual e informar al paciente sobre sus consecuencias.

Problemas de implantación

El paso final y más importante, en cualquier esfuerzo de garantía de calidad, es el de reajuste del sistema para poder dar respuesta a los problemas revelados en una evaluación previa. No obstante, responder adecuadamente a las consideraciones que he planteado requeriría casi una revolución en nuestra manera de pensar acerca del modelo de relación profesional-paciente, un cambio que para muchos podría considerarse no tan sólo poco práctico, sino poco deseable. Podemos apelar a la antigua tradición de que el buen médico siempre actúa en nombre del paciente. En otros tiempos menos complejos nos iba muy bien; era aplicable en el tratamiento de la mayoría de enfermedades, cuando los médicos, debido a una larga relación, conocían más íntimamente a sus pacientes. En decisiones que se producen en momentos clave resulta más difícil de aplicar; y es precisamente en condiciones pasajeras, a menudo ambiguas que el profesional y el paciente se conocen prácticamente como extraños. El paso del "paternalismo" al "consenti-

miento informado" no ha sido difícil, en especial cuando la consecución de consentimiento se convierte en una letanía impersonal, cuyo propósito principal es anticipar la propia exoneración de responsabilidad.

El "consentimiento en colaboración" es el modo de interacción que preveo. Me imagino al médico y al paciente juntos, comprometidos activamente en la búsqueda de las soluciones más adecuadas. Una vez hayamos reconocido su necesidad, podremos encontrar los medios.

Por una parte, debemos avanzar en la ciencia de la atención médica, con el fin de que las consecuencias de las estrategias de atención alternativas puedan ser comprendidas en su totalidad y, por otra parte, desarrollar unos medios más eficaces de transmisión de información para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su propia asistencia⁴⁻⁶. Tal vez, si se asume este papel de más responsabilidad, habría más justificación para convocar a los consumidores para realizar su segunda contribución a la garantía de calidad, para que sirva a sus objetivos.

Los consumidores como objetivos de garantía de calidad

Los consumidores se pueden convertir en objetivos de garantía de calidad de dos maneras: como co-productores de atención y como vehículos de control.

Consumidores como co-productores de asistencia

No creo que sea cierto que los profesionales presten la atención y que los pacientes la reciban. En su lugar debemos concebir a los profesionales y a los pacientes como comprometidos conjuntamente en la producción de atención.

Como consecuencia, no basta con conocer como actúan los profesionales. Hay que conocer también el modo de desenvolverse de los pacientes.

La actuación de los pacientes depende, en parte, de lo que les permitan hacer los profesionales y de cómo les hayan preparado para ello. En este punto, valorar la actuación del paciente permite evidenciar, de manera indirecta, la contribución del profesional a esa actuación. No obstante, los pacientes son también sujetos autónomos-personas que pueden dirigir y dirigen su propia asistencia. Son pues objetivos necesarios y legítimos de la garantía de la calidad.

Las consecuencias de esta ampliación del horizonte pueden verse fácilmente. Se necesita información sobre la conducta del paciente. Se requieren también esfuerzos para modificar su conducta, en parte a través de la formación y, en parte, mejorando las circunstancias que afectan negativamente a la capacidad del paciente para actuar en su mejor interés.

Por cierto, además la evaluación de los resultados gana en convicción, ya que los resultados reflejan las contribuciones de todos los que intervienen en la atención, incluyendo a los pacientes.

Consumidores como vehículos de control

Los consumidores pueden convertirse en objetivos de garantía de calidad aún de otro modo: cuando sirven para regular la conducta del médico. Muchos de los procesos de certifica-

ción (como los que requieren el permiso de hospitalización o de cirugía electiva), parece que pidan a los pacientes que controlen a sus propios médicos con la amenaza de denegarles el pago. A menudo, estas expectativas suponen una carga que los consumidores no están preparados para asumir. Quizá los consumidores podrían mejorar su eficacia como agentes de control si su capacidad de reformar el sistema de salud pudiera ampliarse materialmente, tal como describiré más adelante.

Consumidores como reformadores de la atención médica

Creo que los consumidores pueden cambiar el sistema de salud de cuatro maneras como mínimo: a través de la participación directa, mediante el apoyo administrativo, a través de los mercados y con la acción política.

Participación directa

Quizás los consumidores puedan aportar cambios de manera más directa a través de una participación más eficaz en la interacción profesional-paciente, de los modos que ya he descrito. Sostengo que los profesionales son los responsables de manifestar y de proteger la expresión de las expectativas de sus pacientes. Es importante, por consiguiente, que estas expectativas se encaucen adecuadamente a través de experiencias previas de atención adecuada y de una educación continuada de los pacientes.

Apoyo administrativo

Los consumidores pueden influir con mayor eficacia en el comportamiento de la atención si la garantía de calidad les permite participar. Esto puede ocurrir de manera directa o indirecta.

Ocurre de manera directa cuando la empresa utiliza información facilitada por los consumidores para juzgar y mejorar las circunstancias y los procesos de atención. El primer paso es mostrarse receptivo a las sugerencias y quejas espontáneas. En segundo lugar, se puede alentar a los consumidores para que expresen sus opiniones a través de buzones de sugerencias y, de manera más eficaz, organizando reuniones frecuentes en las que los médicos y sus antiguos o futuros consumidores se unen para intercambiar impresiones, un intercambio del que pueden aprender mucho tanto médicos como pacientes⁷. En tercer lugar, deberían producirse unos sondeos sistemáticos de los sentimientos, opiniones y sugerencias de los consumidores del modo que ya he aludido. No obstante, todos estos esfuerzos, como ya he dicho, no servirán de nada a menos que los responsables de la garantía de calidad utilicen la información obtenida y sean capaces de demostrar a los pacientes, individual y colectivamente, que ciertamente lo están haciendo.

Una participación más directa de los consumidores en la maquinaria de la garantía de calidad parece más difícil de conseguir, aunque debería intentarse. En verdad, los representantes del consumidor deberían participar en la formulación de objetivos y políticas que definan lo que la calidad debe comportar. No veo razón alguna para que esta representación no pueda formar parte de los equipos de garantía de calidad encargados de revisar y reformar muchos de los componentes del sistema de salud, a menos que éstos tengan una naturaleza excepcionalmente técnica.

Mercados

Los mercados son otro mecanismo que puede permitir que los consumidores aporten cambios en el sistema de salud. Para que los mercados funcionen con eficacia, hay que cumplir con un mínimo de cinco requisitos.

El primer requisito es que los consumidores tengan la oportunidad de elegir entre fuentes de atención alternativas, y quizás también entre modalidades alternativas de gestión. La consecuencia es que habrá fuentes de atención de distinta calidad. Resulta paradójico que tantos posibles profesionales puedan obstaculizar la eficacia de la elección haciendo el proceso de elección discriminatorio o demasiado oneroso.

Ese es un argumento en favor de agrupar a los médicos en grupos. Como resultado, habría un número más reducido de entidades y, probablemente, con más información sobre cada una⁸. El segundo requisito que hay que cumplir para que los mercados puedan regular la calidad es que los proveedores médicos sean responsables de elegir. Esto ocurre cuando sus propios intereses, tanto económicos como profesionales, se ven afectados seriamente por el éxito o el fracaso en la captación de consumidores. En caso contrario, no les importaría estar más o menos solicitados. Como tercer requisito, las bases de la elección del consumidor deberían ser legítimas desde el punto de vista social y gratificantes en lo individual, de la forma que ya he mencionado. De otro modo, las consecuencias de la elección podrían, paradójicamente deteriorar algunos aspectos de la atención. Como cuarto requisito para la eficacia de los mercados, los consumidores deben poder actuar en base a una información detallada. Ha resultado difícil identificar aquella información que pueda servir a los consumidores para seleccionar las fuentes de atención que ofrezca unas mejores perspectivas de calidad. Todavía más complicado ha sido facilitar la información oportuna, relevante fiable y en el tiempo adecuado que ayude a los consumidores a decidir dónde acudir, para ciertos tipos de asistencia en circunstancias especiales, cuando la opción es posible.

La dificultad a la que se han enfrentado los consumidores para obtener e interpretar información sobre la actuación de los profesionales, sugiere un quinto requisito que regule la atención mediante mecanismos de mercado: el de los intermediarios o agencias. Sería ideal que cada médico tuviera la función de actuar como guía informada del paciente. Debido a la ausencia de ello, o cuando las elecciones del médico son sospechosas, los compradores colectivos pueden actuar en nombre de sus miembros. No obstante, incluso en este caso, un énfasis desproporcionado en la reducción de costes unido a una escasez de información sobre calidad, puede viciar la elección. Afortunadamente, a medida que la monitorización de la calidad va ganando terreno, sus logros deberían facilitar la información necesaria para más elecciones inteligentes.

Esa información es un requisito previo también para la acción política adecuada, mi última observación acerca de cómo el consumidor puede contribuir en la reforma del sistema de salud.

Acción política

Los consumidores interpretan muchos papeles en la escena de la atención sanitaria: a menudo como pacientes, otras veces como antiguos o futuros consumidores y siempre como ciudadanos. Como pacientes, pueden influir en la calidad de la

asistencia, sutilmente y de manera no tan sutil, pero siempre con las limitaciones de tener que mantener una relación amistosa con los médicos de quienes depende su bienestar. A medida que los consumidores se van alejando de esta posición de dependencia relativa, se convierten en personas más firmes, asertivas, incluso polémicas; y es bueno que sea así, ya que el propósito es siempre constructivo.

Pienso que no hay necesidad de detallar todas las formas que puede adoptar la acción política. Permítanme, mejor, que para concluir haga una serie de observaciones.

Creo apasionadamente que, básicamente, los mejores intereses de los profesionales y los consumidores están en consonancia y que el sistema político asumirá la mayor responsabilidad en la ampliación de la calidad cuando los profesionales sanitarios y los consumidores presenten un frente común. Por consiguiente, es necesario que los médicos individuales se muestren siempre completamente abiertos y francos con sus pacientes sobre el modo en que la política pública configura su manera de actuar. ¿Cómo podrían de otra forma actuar los pacientes de manera inteligente en su otro papel: como ciudadanos en democracia?

De igual manera, nuestras asociaciones profesionales deben poder considerarse como las fuentes de información más veraces e imparciales en asuntos de política pública con referencia a la salud y a la atención sanitaria. Además, debemos buscar en todo momento, sin egoísmo, la ventaja inmediata y la que mejor sirva al bienestar del paciente. Ese es nuestro mayor compromiso, nuestra obligación más sagrada. También es la garantía más eficaz y duradera para nuestros intereses.

Es cuando colaboramos con los consumidores para que nos ayuden, cuando pueden realizar su mayor contribución para mejorar la calidad de la atención, igual que hacemos nosotros.

Bibliografía*

1. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Fallacy of the five year survival in lung cancer. *N England J Med* 1978;299:1397-401.
2. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N England J Med* 1981;305:982-7.
3. Hirschman AO. *Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970.
4. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC, Jr, Tversky A. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N England J Med* 1982; 306:1259-62.
5. Wilson RG, Hart A, Dawes PJD. Mastectomy or conservation: the patient's choice. *BMJ* 1988;297:1167-9.
6. Kasper JF, Mulley AG, Jr, Wennberg JE. Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. *Qual Rev Bull* 1992;18:183-90.
7. Shapiro IS. The patient and control of quality in medical care. In: *Proceedings of the Tenth Annual Group Health Institute of the Group Health Association of America*. Chicago: GHAA, 1960;99-107.
8. Enthoven AC. Consumer-choice health plan (Parts 1 and 2). *N England J Med* 1978;298:650-8,709-20.

¿Quién es el responsable de la gestión de la calidad asistencial?

Donabedian A. Quality in Health Care: Whose responsibility is it? *Am J Med Qual* 1993;8:32-6

En este artículo el Profesor Donabedian analiza un punto clave en la gestión de calidad asistencial: quién es responsable de la misma. Responde a la pregunta justo al principio del artículo: ¡es responsabilidad de todos!

Es un argumento al que pocos contradirían. Sin embargo, el artículo continúa explorando tres temas importantes: el significado de calidad, el papel de los "stakeholders" y el entorno en el que se proveen los cuidados. La discusión de estos tres aspectos junto con los enlaces entre ellos clarifica la comprensión de las responsabilidades de todos los participantes.

En su análisis sobre el significado de "calidad", el Profesor Donabedian la conceptualiza como el producto interactivo de dos elementos: "los atributos fundamentales de ciencia y tecnología" y "la forma en que se aplican a la práctica ciencia y tecnología". Los que desempeñamos nuestro trabajo en el campo de la calidad asistencial, cada vez más comprendemos el significado y aplicabilidad de este concepto tan importante para la mejora de la asistencia sanitaria. Hoy en día enfatizamos la importancia de la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica y el desarrollo de guías de práctica clínica. Sin embargo más importante que el énfasis en el conocimiento basado en la evidencia es que los cuidados clínicos han de estar enlazados a la forma en que se prestan¹. La medicina clínica no es una "vacuna organizacional". Existen dos elementos fuertemente interrelacionados necesarios para la mejora de la calidad de la asistencia: el cambio hacia prácticas clínicas basadas en la evidencia y el cambio de la provisión de cuidados, de tal forma que permita la introducción del conocimiento clínico basado en la evidencia.

En el análisis sobre los "stakeholders" que intervienen en la calidad de la asistencia sanitaria, el Profesor Donabedian ubica correctamente la "interacción de pacientes y profesionales en el centro del universo de la asistencia sanitaria", explicando porqué: "es allí donde tienen lugar los procesos y las decisiones más críticas". También describe la asistencia sani-

taria como "el producto de la participación de ambas partes; informado, libre y en igualdad". Hoy en día cuando los sistemas sanitarios públicos están siendo rediseñados² para conseguir mejores resultados y alcanzar las necesidades y expectativas de los consumidores, este concepto está expandiéndose a nuevos límites. La asistencia sanitaria se está conceptualizando en términos de "relaciones en continua mejora" entre pacientes y facultativos en los que el acceso a la asistencia debe prestarse "24h/día - 7 días/semana - 365 días/año", sin límites de acceso. La prestación de asistencia desde el punto de vista de los pacientes: "ese es exactamente el cuidado que quiero (y necesito), exactamente cuando yo quiero (y necesito)" cumple las necesidades y expectativas de los consumidores. Para conseguir tal objetivo, el concepto de interacción entre pacientes y facultativos empieza a incluir nuevas formas de interacción o relaciones en continua mejora. En cualquier caso van más allá de la visita tradicional al paciente para incluir consultas telefónicas o por correo electrónico, así como el acceso a través de Internet a la información necesaria sobre asistencia sanitaria.

Bibliografía

1. Batalden P, Stoltz P. PA-C, *A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional Knowledge to Test Changes in Daily Work*. The Journal of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, October 1993.
2. Breakthrough Collaborative on Idealized Design of Clinical Office Practices, Institute for Health Care Improvement, Boston, MA, USA.

M. Rashad Massoud
Associate Director, USAID Global Quality Assurance Project. Bethesda (USA)

La calidad en la atención sanitaria: ¿de quién es la responsabilidad?*(1)

Avedis Donabedian

El tema que voy a exponer se titula "Calidad ¿de quién es la responsabilidad?. Se trata de un concepto extremadamente amplio, especialmente en la actualidad, cuando todo el mundo habla del concepto de "calidad total". Por ello, voy a ceñir mi tema a algo más concreto, cambiándolo por: "La Calidad en la Atención sanitaria ¿quién tiene la responsabilidad?. No obstante, aunque me circunscriba a eso, el ámbito de la pregunta es tan amplio que sólo puede haber una respuesta: todo el mundo. Esto es así; aunque si me detengo aquí, no creo que me gane mis honorarios ni que ustedes sus puntos de educación continuada. Debemos profundizar un poco más.

Con el objeto de proceder de una manera razonablemente sistemática, me gustaría que nos pusiéramos de acuerdo en una serie de cosas: a. el significado del término "calidad en la atención sanitaria"; b. los actores o jugadores relevantes; y c. la configuración del escenario o del terreno de juego. Creo que después de esto, seremos capaces de explorar de manera más ordenada quién tiene la responsabilidad, de qué, de qué manera y por qué. No olviden que el tema es tan amplio, y nuestro tiempo tan limitado, que tendré que exponerle a grandes rasgos y quizás omita o distorsione muchos detalles.

El significado de calidad

Planteo la calidad de la atención sanitaria como el resultado de dos elementos, tal como se muestra en Figura 1: a. los atributos fundamentales de la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria; y b. las formas en que la ciencia y la tecnología se aplican en la práctica sanitaria.

El primero de ellos describe las herramientas, y el segundo describe la manera de emplearlas.

La calidad de la atención fruto de la interacción de estos dos elementos cuenta con siete atributos principales, como se muestra en Figura 1. Son los siguientes:

- Eficacia: La capacidad de la ciencia y la tecnología sanitaria para aportar mejoras en la salud, cuando se utiliza en las circunstancias más favorables.
- Efectividad: El grado en el que las mejoras de salud, actualmente disponibles, se alcanzan en realidad.

- Eficiencia: La capacidad de reducir el coste de la asistencia sin limitar las mejoras en el estado de salud.
- Optimización: El equilibrio entre las mejoras de salud y los costes de consecución de esas mejoras.
- Aceptabilidad: Conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y miembros familiares responsables.
- Legitimidad: Conformidad con las preferencias sociales según se expresan en los principios éticos, valores, normas, mores, leyes y reglamentos.
- Equidad: Conformidad con el principio que determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

El terreno de juego de la Atención Sanitaria

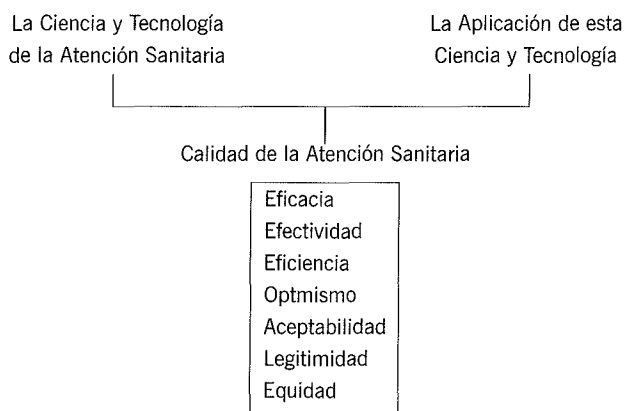
Los principales jugadores que participan en el juego de la atención sanitaria se identifican con diagramas en Figura 2. Se trata de clasificaciones muy genéricas que deben considerarse como papeles designados por separado y no tanto como entidades que se excluyen mutuamente. Esta imagen está muy influenciada por mis propias perspectivas y prejuicios. Algún otro, con unos antecedentes distintos, o con distintas responsabilidades, trazaría un esquema distinto.

Pacientes, profesionales y su interacción

Coloco la interacción de profesionales y pacientes en el centro del universo de la atención sanitaria, porque creo que es ahí donde tienen lugar los procesos y las decisiones más críticas de calidad. Aquí está el horno atómico donde se genera la calidad. Digo "generar" porque la atención no se puede concebir como algo que entrega el médico y acepta el paciente. Debería tratarse del producto de la participación libre, igual y totalmente informada de ambos.

Es responsabilidad de los médicos llegar a una evaluación precisa del estado y las circunstancias del paciente; conocer el abanico de intervenciones que puede ofrecer actualmente la ciencia y la tecnología de la atención; transmitir la información al paciente; conseguir la intervención más apropiada consultando al paciente con respecto a sus circunstancias y

Figura 1. Componentes de la calidad de la atención sanitaria



preferencias; y ser capaz de ejecutar la intervención seleccionada de la mejor manera posible.

La responsabilidad del paciente es buscar la asistencia en las fuentes adecuadas y en el momento preciso; facilitar la información necesaria para una evaluación correcta de su estado y circunstancias; participar activamente en la decisión del plan de manejo más adecuado y participar completa y adecuadamente en la implementación del mismo.

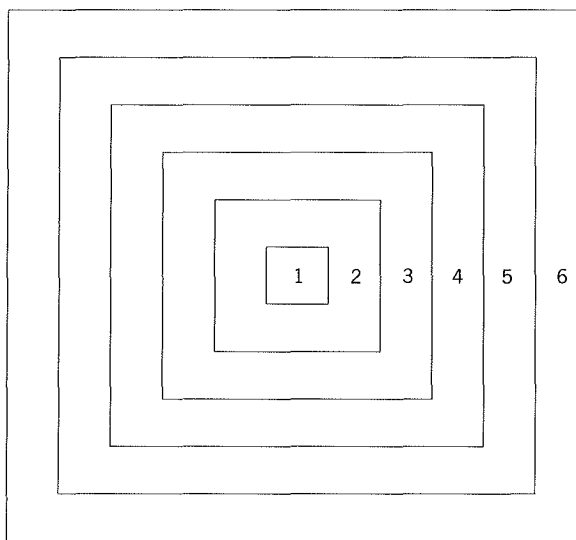
Todas estas interacciones deben someterse a las convenciones del intercambio civilizado entre iguales de nuestra sociedad, con especial atención en prevenir las inseguridades propias del rol de paciente de sentirse manipulado o explotado de alguna manera. ¿Cómo se vincula esta descripción idealizada entre médico y paciente con los atributos de calidad ya mencionados?

Obviamente, en mi descripción de la interacción médico-paciente, he intentado incluir aspectos que conviertan esa interacción en algo más agradable y gratificante para el paciente y, espero que también para el médico. La aceptabilidad, por consiguiente, es un objetivo importante. Igual que la efectividad, ya que tanto pacientes como médicos persiguen obtener la máxima mejora de salud posible, aunque no dentro de una escala absoluta. La mejora que se pretende se calibra y evalúa de manera que tenga en cuenta los aspectos de bienestar y de funcionalidad más importantes para el paciente, incluyendo mejoras en la cantidad y la calidad de vida y el equilibrio entre ambas.

¿Habría que incluir los costes en estas deliberaciones? Naturalmente, incumbe tanto a pacientes como a médicos la elección de aquellas formas de gestión que reduzcan el coste sin limitar las expectativas de salud. Nuestra escasez de recursos hace que cualquier otro planteamiento sea irresponsable. Por consiguiente los médicos son responsables de informarse de los costes de otras estrategias alternativas de atención. Además de conocer sus efectos, para poder informar correctamente a sus pacientes.

En la búsqueda de la eficiencia, la única pregunta es la de la incidencia de los costes, en especial la pregunta, ¿costes para quién?. En mi opinión, la eficiencia debería determinarse

Figura 2. El campo de juego sanitario



1. Pacientes, profesionales y su interacción.
2. Proveedores institucionales.
3. Organizaciones de consumidores, profesionales o proveedores institucionales.
4. Aseguradores y compradores colectivos.
5. Investigadores, especialistas en desarrollo, educadores y sus organizaciones.
6. Políticos y legisladores.

en función del coste para el paciente. Desgraciadamente, dado el carácter incompleto de las coberturas sanitarias, lo más económico para el paciente puede no serlo tanto para el programa de financiación. Esta discrepancia es la raíz del conflicto entre los aseguradores y la alianza médico-paciente.

El conflicto es más grave y difícil de tratar cuando la optimización se convierte en el objetivo de la atención. Creo que el equilibrio entre costes y mejoras en salud es una consideración perfectamente legítima, incluso necesaria, en el intercambio médico-paciente, ya que lo que se sopesa es el coste para el paciente y sus beneficios y el paciente puede realizar su elección de forma informada. El conflicto surge cuando en el proceso de equilibrio se incluyen los costes incurridos por terceros, normalmente una aseguradora, y los beneficios para personas distintas del paciente, por ejemplo, otras personas de la comunidad.

Las personas que diseñan e implementan programas de financiación son los responsables de elaborarlos de manera que se limite el riesgo de deterioro del vínculo entre médico y paciente, pero reconozco que los recursos son escasos y se necesita algún sistema para adjudicarlos. No obstante, no creo que la interacción médico-paciente sea el lugar más idóneo para tomar decisiones de racionamiento. Deberían realizarse en el lugar donde se formulen las políticas de atención sanitaria y deberían aparecer como restricciones dentro de las cuales se lleva a cabo la relación médico-paciente. Contra estas limitaciones, cada médico es responsable de hacer lo mejor para su paciente.

Algunos piensan que sería un acto de cortesía esconder al paciente la existencia de otras alternativas superiores de atención que no están disponibles para él. Yo no pienso así. Creo que los médicos deberían explicar la naturaleza y la fuente de restricciones externas que limitan su asistencia. Esta sería su contribución al conocimiento. Las organizaciones profesionales son responsables de mantener y ampliar este esfuerzo de formación, para que los consumidores puedan actuar de manera responsable en las elecciones políticas que realizan. Las organizaciones profesionales tienen otras responsabilidades complementarias en este sentido: a. promover que se destine un mayor porcentaje de recursos al sector de la salud; b. facilitar a los responsables de confeccionar las leyes, la información actual más detallada con relación a la distribución de recursos y c. proponer los mecanismos de distribución más equitativos. La información adecuada juega un papel muy importante en todas las facetas de la calidad sanitaria. De hecho, uno podría defender la postura de poner en el centro de nuestro campo de juego a los investigadores, especialistas en desarrollo y comunicadores. Mucho de lo que conocemos como calidad en sanidad deriva de sus esfuerzos.

Los legisladores tienen la responsabilidad de apoyar, promover y recompensar estos esfuerzos. Aunque es también responsabilidad de los investigadores, modificar alguno de sus métodos y ampliar el ámbito de sus estudios. Más que intentar una crítica, permítanme poner de relieve algunas de sus responsabilidades:

1. Evaluar y validar el gran cúmulo de métodos de atención establecidos por convención que no se han sometido aún a pruebas científicas.
2. Expandir los tests de eficacia para que incluyan aspectos de calidad de vida, tener en cuenta la influencia de las preferencias de los pacientes en la evaluación de medios y efectos, e incluir las consecuencias a largo plazo aparte de los efectos a corto plazo.
3. Complementar los tests de eficacia, en condiciones casi ideales, con pruebas de efectividad, en las condiciones normales de la práctica diaria.
4. Complementar los tests de eficacia y efectividad con mediciones de costes, para permitir equilibrar los costes y los beneficios.
5. Evitar el lanzamiento prematuro de innovaciones que no se han experimentado por completo.
6. Aceptar una mayor responsabilidad sobre la información a comunicar sobre que es realmente útil y cual se ha convertido en obsoleta.
7. Establecer un vínculo entre los lugares donde se generan y evalúen nuevos conocimientos y aquellos donde se formulan y adopten los criterios y estándares de monitorización de la calidad de la atención.

Siempre que se mencionan criterios y estándares, nos viene a la mente la evaluación de la calidad, y siempre que se menciona la evaluación, la garantía de calidad no puede estar muy lejos. Espero que no nos enfraquemos en un debate sobre las palabras más adecuadas a utilizar para describir la actividad que voy a debatir. Mejor veamos si podemos acordar qué es en si misma y de quién es la responsabilidad.

Tabla 1. Algunos requerimientos para la garantía de calidad

- Recursos cognitivos:
 - La ciencia y tecnología sanitarias
- Recursos humanos y materiales:
 - Profesionales y otro personal, centros, equipamientos, suministros.
- Información pertinente sobre cada uno de los atributos de la calidad.
- Un sistema de incentivos y desincentivos (controles) que responden a la información sobre la práctica que se realiza.

Parto de la base de que la garantía de calidad engloba cuatro componentes principales, o requisitos, como se muestra en Tabla 1. Ya he hablado sobre la ciencia y la tecnología de la atención sanitaria.

La cantidad y calidad de los recursos humanos y materiales vienen determinados, de forma amplia, por los valores sociales y las consiguientes políticas nacionales que destinan los recursos para la atención sanitaria; de manera más próxima, vienen determinados por los proveedores institucionales que albergan la interacción médico-paciente; vienen determinados por la disposición de los consumidores para costearse la asistencia, de los intermediarios que lo aseguran y por las profesiones organizadas para realizar las tareas necesarias de incorporación, educación, formación, certificación, etc. De los profesionales, cada uno de estos jugadores tiene unas responsabilidades determinadas.

La responsabilidad de la obtención, procesamiento y transmisión de información sobre la actuación afecta a todo el sistema. Los médicos son responsables, por supuesto, de obtener la información detallada y completa referente al manejo del paciente. Esta información, que se introduce y conserva primeramente en la historia clínica, sirve de guía para la asistencia actual y futura y es indispensable como medio para enjuiciar la actuación, tanto por parte de médicos como de otras personas.

Aunque este tipo de información "celular" sólo ofrece una imagen fragmentada de la práctica, muy alterada por las influencias aleatorias que ensombrecen cualquier dato. Es necesario agregar y procesar la información, para ofrecer a cada médico individual y a los médicos como colectivo, una imagen epidemiológica válida de la actuación individual y del grupo, controlada por los efectos de factores conocidos que intervienen y son susceptibles para la elaboración de tests de significación estadística.

Otra consecuencia de la agregación, el ajuste y la presentación estadística es que la información, tras editarse adecuadamente, se puede compartir con los administradores y representantes de confianza, de proveedores, aseguradores, compradores organizados, legisladores y público en general. No obstante, además de estar relacionados con la información generada por los médicos, cada una de estas partes juega un papel individual en el momento de recopilar, procesar, interpretar y utilizar la información sobre calidad.

De este modo, las corporaciones proveedoras monitorizan la atención de la que son responsables, y las corporaciones compradoras verifican que se ha recibido un valor a cambio del dinero facilitado. De manera específica, existe la responsabilidad de informar al público para que los consumidores puedan realizar elecciones informadas durante su atención. Hasta el momento hemos avanzado poco en este sentido.

Un sistema de incentivos y desincentivos se encuentra en el mismo epicentro de la garantía de calidad. En cierto modo, son innatos a los valores que regulan la conducta de los pacientes, profesionales, administradores, etc. No obstante, estas inclinaciones fundamentales de la mente y del espíritu se ven reforzadas o atenuadas por distintas influencias del exterior. En una sociedad como la nuestra, las fuerzas de mercado han incorporado y continúan incorporando todo un conjunto de incentivos y desincentivos, aunque han actuado bastante al azar ya que no fueron guiados por una información oportuna, detallada y completa sobre la actuación de la atención sanitaria. Es un principio fundamental que los incentivos y desincentivos no sirven para nuestros propósitos a menos que estén guiados por la información pertinente.

Algunas deficiencias detectadas en la capacidad de los mercados para facilitar los incentivos y desincentivos adecuados, junto a cambios de rumbo significativos con respecto al mercado libre en nuestro sistema de salud, han aumentado nuestra confianza en las normativas. Los pequeños cambios de rumbo en esta dirección consisten en formas de reembolso a proveedores profesionales e institucionales construidas artificialmente. Mientras éstos tienden a desalentar ciertas conductas contrarias a la calidad, se sustituyen, a menudo, por otras conductas también contrarias, aunque de distinta forma. Los incentivos deben pues complementarse con formas de control más directas: algunas gubernamentales, algunas legales, otras profesionales y otras administrativas. Cualquiera que sea el formato o auspicio, las intervenciones reguladoras son restrictivas y coactivas; tienden a desalentar más que a animar, a esclavizar más que a liberar.

A mi entender, los incentivos más vitales y efectivos son los que reconocen una buena actuación y la recompensan de manera significativa para los profesionales y otros que participan en la atención- formas que incluyen, aunque no se limitan a

gratificaciones económicas. Creo que el motivo más importante de nuestra incapacidad de progresar con mayor firmeza en nuestros esfuerzos de protección y ampliación de la calidad de la atención, ha sido la ausencia de un vínculo funcional claro entre la actuación sanitaria y las carreras y el porvenir de los médicos.

¿Quién es el responsable de los incentivos y desincentivos que existen y del trabajo de reformarlos? Sin disponer del tiempo necesario para una respuesta detallada, sólo puedo decir que la naturaleza del incentivo o desincentivo se localiza en su origen: en la naturaleza de nuestras leyes, en nuestras instituciones políticas y sociales, en los distintos niveles de gobierno, en las organizaciones aseguradoras, en las organizaciones de consumidores, etc. Pero creo que la primera ubicación del liderazgo y responsabilidad pertenece a las organizaciones profesionales sanitarias. Son ellos quienes deben entender mejor el camino hacia una interacción médico-paciente lo más efectiva, eficiente y aceptable posible- si sólo levantan la vista y recuperan su posición única como primeros defensores del bienestar y los intereses de sus pacientes, individual y colectivamente; si al menos pudieran recuperar la convicción de que velar por la calidad de la atención es su obligación más urgente y sagrada; si al menos pudieran ver que la calidad de la atención sanitaria es la base moral en que se fundamentan las profesiones, y sin la cual perecerían irremisiblemente.

Empezamos a apreciar dos líneas de progreso hacia la equidad en la atención sanitaria. Los médicos individuales y las instituciones proveedoras tienen la responsabilidad de tratar a todos los pacientes con necesidades similares de maneras similares, rechazando cualquier distinción individual. Los aspectos más amplios de equidad, basados en quién tiene acceso a la atención, en qué circunstancias, hasta qué punto y de qué calidad, vienen determinados por procesos complejos que se transforman en política pública en nuestra democracia. Son responsabilidad, de modos distintos y en varios grados, de todos los que toman parte en estos procesos.

De todos modos, el liderazgo no significa posesión. La calidad en la atención sanitaria es un bien demasiado preciado como para confiarlo a cualquier agencia independientemente de su importancia. Nos pertenece a todos y todos tenemos que jugar nuestro papel legítimo para protegerla y ampliarla.

Una reconsideración de las responsabilidades profesionales e institucionales ante la garantía de Calidad Asistencial (2)

Avedis Donabedian

Es necesario de vez en cuando hacer una pausa y reconsiderar para qué y de qué forma, los que ofrecen servicios sanitarios son responsables de la calidad de esta asistencia. Es la necesidad de este tipo de revisión que me invita a volver, una vez más, a un tema sobre el que he escrito y con el que me he peleado frecuentemente¹⁻³. Espero que, en vez de repetirme, lograré dar un paso adelante para aclarar un tema que debería interesarnos a todos, especialmente ahora, cuando parece que nos encontramos en el umbral de cambios trascendentales en la organización y financiación de los servicios sanitarios en este país.

Siempre es de ayuda que el autor y el lector empiecen un camino de exploración intelectual compartiendo sus definiciones y términos de referencia. Respecto a las definiciones, emplearé la de "garantía de la calidad" con el significado de todo lo que la sociedad hace para generar, mantener y aumentar la calidad. Para mí se compone de dos elementos: diseño del sistema y monitorización. Por "monitorización" entiendo conseguir información sobre el funcionamiento del sistema, interpretar esta información y tomar las acciones adecuadas. La acción a tomar puede ser de dos tipos: acción directa, con el objetivo de modificar la conducta de profesionales individuales, y cambios en el diseño del sistema dirigidos a motivar y facilitar los cambios deseables en los individuos de una manera más indirecta.

Respecto a mis términos de referencia, tendré en cuenta sólo dos elementos: profesionales e instituciones aunque de hecho se trata de un trío. Los consumidores son el tercer miembro; porque ellos no son consumidores pasivos de asistencia. Más bien se trata de participantes activos que deben asumir sus propias responsabilidades. Los consumidores son responsables, desde luego, por sí mismos, pero también de procurar que nosotros, los profesionales sanitarios, desempeñemos nuestras propias responsabilidades. Y nosotros no sólo somos responsables de nuestra propia conducta, sino también de darles a los consumidores la autonomía para ejercer sus propias responsabilidades. Nuestras distintas responsabilidades están interrelacionadas; estamos atados por nuestras mutuas obligaciones.

¿De dónde vienen nuestras responsabilidades mutuas? ¿Cuál es su origen? ¿Cómo se justifican? Incluso una respuesta parcial nos llevaría muy lejos. Puede ser suficiente decir que nuestras

responsabilidades compartidas provienen de la misma naturaleza de la salud y de la asistencia sanitaria. La salud es a la vez un bien privado y un recurso público. Y la asistencia sanitaria tiene propiedades que requieren una asociación entre lo privado y lo público para que se produzca de forma consistente y eficiente, con el cuidado debido a los intereses y objetivos tanto individuales como colectivos⁴.

Después de estos puntos preliminares voy a enfocar ahora más específicamente las responsabilidades profesionales e institucionales, y voy a seleccionar las seis siguientes: 1. poniendo las bases; 2. gestionando la accesibilidad; 3. dando autonomía a los consumidores; 4. diseñando el sistema y sus incentivos; 5. monitorizando el funcionamiento del sistema y 6. ejerciendo la fiduciaria.

Poniendo las bases

La responsabilidad más clara de los sectores profesional e institucional es aportar la infraestructura necesaria para la calidad de la asistencia. Los componentes de este fundamento son: a. una base de conocimiento; b. la difusión del conocimiento y c. el aporte de los recursos humanos y materiales.

Creando la base de conocimiento

No es posible alcanzar la calidad en la asistencia a menos que se conozca cómo puede ser "producida" la calidad, es decir, a menos que se disponga de la ciencia y la tecnología pertinentes a la calidad. Los sectores profesional e institucional han, por descontado, aceptado con entusiasmo este encargo y han emprendido un esfuerzo continuado para hacer avanzar la ciencia de la asistencia sanitaria. Pero quizás se necesita algún cambio de dirección, o al menos, algún cambio en el énfasis. A continuación se exponen algunas de estas reorientaciones necesarias.

Los tests de eficacia deberían utilizar una definición amplia de los resultados; la contribución a la longevidad, aunque sea importante, es una prueba insuficiente. Las determinaciones de la eficacia deberían profundizar en la complejidad de los estados funcionales que constituyen la "calidad de vida" y deberían incluir no sólo las consecuencias inmediatas, sino también los efectos probables a lo largo de periodos de tiempo más

largos, quizás incluyendo toda la vida del paciente. También es necesario suplementar los tests de "eficacia" bajo condiciones óptimas con tests de "efectividad" bajo las circunstancias menos perfectas de la vida normal. Después de todo, es en la vida diaria que la calidad debe alcanzarse.

Más aún, no es suficiente estudiar sólo las consecuencias en la salud. Cada vez más los costes se han convertido en un tema importante, casi agonizante y es necesario conocer, para cada método, cuánto dinero costará alcanzar qué clases y qué cantidades de beneficios para la salud. El cómputo de costes y beneficios debe elaborarse de forma que las decisiones políticas puedan basarse en el conocimiento en vez de en emociones y en conjeturas. Brevemente, es necesaria una nueva ciencia de la asistencia: una que sea menos despilfarradora, menos derrochadora, más frugal y más prudente⁵.

La ciencia de la asistencia sanitaria no está limitada a lo que se ha llamado el componente "técnico". Es igualmente importante la necesidad de desarrollar una ciencia que facilite la gestión del intercambio entre el paciente y el profesional. No hay ninguna razón por la que la habilidad de emplear esta herramienta, que es tan esencial para una buena asistencia, deba ser dejada al juego de azar de la experiencia e inclinación personal.

Todavía hay otro tipo de ciencia, otra tecnología, sin la cual la calidad de la asistencia no puede alcanzarse. Es la ciencia y la tecnología de la planificación y administración de los servicios sanitarios, incluyendo, como un apartado, la ciencia y la tecnología de la misma monitorización de la calidad. No es necesario explayarse en cuan mal desarrollada está esta ciencia. La verdad es que muchos devotos de las ciencias más "duras" desdeñan estas advenedizas que pretenden ser ciencias, e incluyen en el ámbito de su desdén también la gestión del proceso interpersonal. Pero a menos que estas ciencias huérfanas reciban apoyo, seguiremos dando asistencia no efectiva y despilfarradora.

Una parte del progreso hacia una ciencia más completa de la asistencia sanitaria consiste en comprender mejor la distribución de la calidad en nuestro sistema sanitario entre la gente que atiende, para llegar así a identificar los factores asociados con diferentes grados de calidad. Hay una "epidemiología de la calidad", de la misma forma que hay una epidemiología de la salud o de la enfermedad. Y esta otra epidemiología es capaz de generar hipótesis causales para ser probadas⁶⁻⁷. De la misma manera necesitamos desarrollar una teoría de la monitorización de la calidad, que conduzca a una ciencia y una tecnología apropiadas a esta finalidad.

Sería un error pensar que estas propuestas son simplemente un espejismo. Creo que sabemos lo que debemos hacer para implementarlas y cómo hacerlo; simplemente, necesitamos la resolución para tirar adelante.

La difusión del conocimiento

La segunda responsabilidad bajo el título de "Fundamentos" es por descontento, la difusión del conocimiento.

Muchos estarían de acuerdo que la formación en el pregrado es la base de la garantía de la calidad en la asistencia; ningún otro factor es, quizás, tan importante. Pero la formación debe ser constantemente renovada y revisada. Ciencia y tecnología

nuevas deben ser transmitidas, los conocimientos obsoletos deben ser actualizados y la tecnología superada debe ser retirada. Y deberían haber controles estrictos contra la divulgación prematura de tecnología no probada.

En lo referente a nuestro tema, la monitorización de la calidad ha sido limitada por un amplio desconocimiento de sus principios y métodos. Esto ha alimentado sospechas y oposición, a menuda pasiva, pero algunas veces activa hasta llegar al punto de la virulencia. El remedio más eficaz es introducir a todos los profesionales sanitarios en la filosofía, principios y métodos de la monitorización de la calidad en el comienzo de su educación profesional. Debería haber, después de esto, un refuerzo y profundización a cada paso en el progreso hacia la completa profesionalización. La participación personal continua es tan esencial para llegar a alcanzar la maestría en la monitorización de la calidad como lo es en la práctica clínica. Y los pasos en la progresión son probablemente los mismos: primero la teoría, luego la práctica en circunstancias controladas y supervisadas y finalmente la participación en la práctica real. Este tipo de exposición y participación es particularmente importante en los componentes de la monitorización que se basan en los principios y métodos estadísticos y epidemiológicos, que son diferentes de los métodos clínicos más habituales de la revisión de casos. En su momento, debería ser impensable dar asistencia sin la retroalimentación continuada de información sobre el funcionamiento, no solamente de pacientes individuales, sino respecto a grupos de pacientes y también comunidades⁸.

Esta sección en la difusión del conocimiento no sería completa sin, al menos, aludir a la importante relación entre evaluación de la tecnología y evaluación de la calidad. Los hallazgos de la evaluación de la tecnología deben ser rápidamente incorporados a los estándares que guían las evaluaciones de la calidad. Al mismo tiempo, durante la actividad de evaluación de la calidad, se pueden observar fenómenos que inviten a una investigación más rigurosa a través de la metodología de la evaluación de la tecnología⁹.

Me referiré a la difusión del conocimiento a los consumidores más adelante.

Aportando recursos materiales y humanos

Un tercer elemento para construir el fundamento de la garantía de la calidad es la provisión de los recursos materiales y humanos necesarios para practicar la buena asistencia. Es desde luego importante tener recursos suficientes, pero la calidad de estos recursos es igualmente importante, en especial respecto a la competencia del personal sanitario. También es importante tener en cuenta que la provisión o la retención de recursos (en la medida que se puedan controlar o manipular) es, en sí misma, un mecanismo para regular la cantidad e, incluso, la calidad de la asistencia. Ello es así porque el acceso a la asistencia es, a la vez, un aspecto componente de la calidad, así como un prerrequisito para ella.

Estos pensamientos nos llevan a una segunda responsabilidad que los profesionales y las instituciones deben asumir: la de gestionarla accesibilidad al servicio, la de suficiencia y la de adecuación.

Gestionando la accesibilidad

Las barreras al acceso son de dos tipos: geográficas o espaciales y socio-organizativas¹⁰. Ambas deben ser tenidas en cuenta para alcanzar la adecuación cuantitativa. Pero esto es insuficiente. El objetivo debería ser igual acceso a igual calidad y la calidad debería ser de forma amplia, incluyendo no tan sólo los aspectos técnicos de la asistencia, sino también los aspectos no técnicos. Son estas últimas, muy a menudo, las características distintivas de la asistencia disponible a diferentes segmentos de la población: características tales como la comodidad, el confort, la privacidad, la cortesía y la oportunidad de una interacción pausada con los profesionales sanitarios en una posición de amigable igualdad.

Hay una oportunidad para gestionar la accesibilidad a la asistencia para alcanzar una configuración aceptable de optimalidad, eficiencia distributiva y equidad¹¹. Quién recibe la asistencia, cuánta y de qué tipo, son factores que determinan cuán razonablemente se utilizan los recursos y con qué fines.

Dando autonomía a los consumidores

La tercera responsabilidad es dar autonomía a los consumidores porque los profesionales sanitarios no pueden triunfar solos y tampoco deben intentarlo. Después de todo el objetivo es servir a los consumidores. Es razonable, pues, que los consumidores digan lo que quieran y participen en lograrlo. Esto puede suceder de muchas formas¹².

En los aspectos no técnicos de la asistencia, los estándares son establecidos generalmente por los deseos y las expectativas de los consumidores. En los aspectos técnicos, los consumidores tienen menos conocimiento, pero pueden decir qué tipos de resultado valoran más que otros, guiando de esta forma a la asistencia hacia sus objetivos deseados.

Los consumidores pueden estar asociados en la generación de calidad a través de una participación activa en su propia asistencia. A falta de esta participación, los profesionales pueden ofrecer calidad, pero lo que ocurre en los pacientes puede ser menos positivo.

Los consumidores pueden funcionar como poderosos reguladores de la calidad, utilizando para alcanzar sus propósitos una, la otra o ambas modalidades de acción que denomino "elección" y "voz" a partir de una formulación elaborada por Hirschman¹³. Está claro que los consumidores son capaces de elegir un servicio sanitario con preferencia a otro. Ellos deberían poder tener la oportunidad de elegir entre varias alternativas, el tipo de asistencia que ofrece las mejores perspectivas de alcanzar los resultados que ellos mismos valoran más. En el pasado, los profesionales sanitarios estaban satisfechos de actuar, paternalmente, en el mejor interés del paciente. El "consentimiento informado" fue un paso hacia una mayor autonomía del paciente. Pero puede fracasar si el profesional simplemente se queda al margen, permitiendo que el paciente tome decisiones desastrosas. El "consentimiento cooperativo" es quizás, el modo más apropiado para que los pacientes y los profesionales interactúen al tomar sus decisiones. El objetivo debería ser establecer una colaboración activa para lograr la mejor solución para cada persona. De este modo, elegir actúa

como un definidor, productor y regulador de la calidad. Pero es algo valorado por sí mismo, además de contribuir a una relación más positiva entre el paciente y el profesional¹⁴.

"Voz" es el complementario de "elección". La voz del consumidor debería ser oída y escuchada, y no solamente en el intercambio paciente-profesional, sino también en la monitorización de la calidad. En un primer paso, los monitores de la calidad deberían ser receptivos a las quejas y sugerencias de los consumidores. En un segundo paso, deberían tomarse medidas para hacer más sencillo a los consumidores el quejarse y ofrecer opiniones de cómo podría mejorarse la asistencia. En un tercer paso, los monitores de la calidad deberían buscar activamente quejas, opiniones y sugerencias. De este modo, la actividad de la monitorización progresa en sus esfuerzos para involucrar a los consumidores: de la receptividad, a la facilitación, a la investigación activa. Pero todas estas iniciativas fracasarán a menos que los consumidores sepan con certeza que cada información que den será anotada, considerada seriamente y que, si procede, se actuará. Es necesario responder a todas las quejas y sugerencias e informar de cuál ha sido la respuesta institucional.

De este modo, la voz del consumidor es oída en el intercambio paciente-profesional y en las actividades de monitorización de la calidad. También se oirá en el terreno político. Y en todos estos lugares esta voz puede promover la calidad u oponerse a ella. Algunas de las elecciones que hacen los consumidores pueden ser perjudiciales para ellos mismos; otras pueden dañar a la sociedad. Por consiguiente, instituciones y profesiones son responsables de educar a los consumidores, de darles la información necesaria para que hagan elecciones prudentes tanto privadas como públicas. Algunas veces puede ser necesario "gestionar" la elección, permitiendo algunas elecciones y excluyendo otras, con la esperanza de obtener el mejor equilibrio entre el bienestar individual y colectivo.

Diseñando el sistema y sus incentivos

Otra responsabilidad que las instituciones y los profesionales deben asumir es el diseño del sistema sanitario, de forma que contenga incentivos que estimulen una elevada calidad y desanimen lo contrario¹⁵.

Los incentivos pueden influir, positiva o negativamente, en la conducta de los profesionales sanitarios, los gestores de las instituciones y los consumidores. Los incentivos pueden ser financieros, profesionales o simbólicos. Por ejemplo, la forma en que los consumidores pagan la asistencia y la forma de pago a las instituciones y a los profesionales, son elementos del diseño del sistema que influyen profundamente en sus conductas respectivas. No se debería caer en la trampa de creer que el dinero es el único, o incluso el más importante, incentivo. Otras formas de reconocer una conducta meritoria, algún reconocimiento profesional y alguno simbólico, pueden motivar poderosamente a los individuos.

Es verdad, tal como se dijo antes, que carecemos de una ciencia potente para guiarnos en el diseño del sistema. De todas formas se conoce bastante y se debería poner en práctica para motivar las conductas que apoyen la calidad.

Es difícil de decir qué probabilidad hay de éxito. Es posible proponer, sin embargo, los siguientes cuatro "principios de efectividad", al menos para el debate.

El primer principio, y quizás el más importante, es el de la "congruencia", que significa que las conductas facilitadas o motivadas por el diseño del sistema no deberían estar contrapuestas con las conductas reconocidas como meritorias por la monitorización de la calidad. Me atrevo a sugerir que si los cirujanos son pagados generosamente por hacer intervenciones innecesarias, ninguna amonestación por parte de los monitores de la calidad tiene alguna probabilidad de modificar la práctica.

El segundo principio es el de "conexión", que implica una visión de los componentes de la sanidad como un sistema de partes interrelacionadas, de manera que el fallo de una afecta al funcionamiento de las otras y consecuentemente, al sistema en su conjunto. Un ejemplo es la interdependencia de la asistencia en el hospital, ambulatorio, domicilio y residencia de ancianos.

El tercer principio es el de "consistencia", que significa que la conducta que se quiere impulsar debe ser compatible con los valores profesionales profundos, tradiciones y convicciones sobre el significado de la calidad, y qué clase de conductas son meritorias.

"Persistencia", el cuarto principio, indica simplemente que cualesquiera que sean los objetivos deben ser perseguidos tenaz y continuamente, de forma que sus efectos sean de certeza predecible, en vez de acontecimientos aleatorios e impredecibles.

Monitorizando el funcionamiento del sistema

La monitorización del sistema es un compañero inseparable del diseño del sistema. El último establece los límites aproximados al desempeño; es análogo al primer ajuste de un microscopio. La monitorización conlleva un ajuste más fino. La monitorización revela con qué éxito se ha moldeado la conducta en el diseño del sistema. Nos dice cómo el sistema funciona en la media, y cuánta variabilidad existe. La monitorización es como los oídos y los ojos del sistema. Sin ella no sabríamos si estamos en ruta o a la deriva⁶.

La monitorización significa más que la presencia de un sistema de información, comprende también los ajustes que la información induce. Es, en otras palabras, la sintonización de un sistema basado en información sobre su funcionamiento. La responsabilidad de la monitorización es en parte profesional y en parte institucional. Los profesionales son responsables de mantener vivo su compromiso con la calidad; de emprender un examen continuo y una autocorrección y de estar abiertos a iniciativas institucionales razonables y legítimas.

Los directivos de una institución deberían estar también comprometidos con la calidad y es esencial que los gestores y los profesionales (que son también consumidores) estén de acuerdo en el significado de la calidad. Éste es el principio de "consistencia", descrito anteriormente. Sin él, los directivos y los profesionales trabajarán en propósitos cruzados, en detrimento de todos.

Los directivos tienen un papel independiente en la recogida e interpretación de la información. Pero buena parte de su contribución radica en mejorar la capacidad de otros para hacer el

trabajo de monitorizar: una parte por los profesionales, otra por otros trabajadores y otra por los consumidores. Los directivos son también responsables de aportar el apoyo institucional a la monitorización. Y finalmente, son ampliamente responsables de los cambios en el diseño del sistema y en las operaciones, en respuesta a lo que la monitorización ha descubierto. Sólo esta colaboración y potenciación mutua puede lograr el éxito.

Ejerciendo la fiduciaridad

La responsabilidad final que se menciona en este artículo es la de "fiduciaridad", que significa que uno actúa por delegación de otro, de forma que sirve a los mejores intereses de otro. La fiduciaridad ha sido una necesidad funcional en la sanidad porque los pacientes tienen pocos conocimientos del tipo de asistencia que es mejor para sus intereses. Necesitan un amigo que los guíe, un amigo que, tradicionalmente, ha sido su médico. Pero el médico debe sopesar la responsabilidad de actuar por cuenta del paciente con la propia responsabilidad del paciente para actuar por sí mismo.

Hay un equilibrio equivalente en la responsabilidad de un director de servir los intereses institucionales y colectivos, con la necesidad de mantener la autonomía y autogobierno de los profesionales. Hay un delicado equilibrio de privilegios, deberes y responsabilidades que contribuye mejor al bienestar general.

Hay, en la práctica clínica, un equilibrio similar entre el bienestar individual y el bien común. Afortunadamente, la mayoría de las veces se trata de objetivos congruentes, que se pueden alcanzar conjuntamente. Pero pueden diverger, especialmente cuando la sanidad es financiada públicamente y los individuos demandan lo que los administradores del dinero público consideran que es una asistencia excesiva. Lo que es bueno para el individuo y para el público puede también diferir, cuando la atención o no atención recibida por un individuo puede beneficiar o perjudicar a otros en la comunidad. Cuando surgen estas discrepancias, los profesionales tienen un papel de mediadores difícil de interpretar, pues deben intentar equilibrar lo que es bueno para el individuo y lo que es bueno para la comunidad⁵.

No tengo, por desgracia, una respuesta clara a la pregunta de cómo debe producirse este equilibrio. Sólo puede sugerir que el interés público sea definido a nivel colectivo, y sea buscado con lo que he denominado "acceso gestionado" y "elección gestionada". Dentro de los límites fijados colectivamente, cada profesional debería hacer lo mejor que sea permisible y posible para cada paciente individual.

Pero todavía hay más. Creo que los profesionales sanitarios son responsables, individual y colectivamente, de hacer entender a sus pacientes y al público en general la naturaleza de las limitaciones en las que la asistencia se presta. No se trata de inducir al conflicto. Se trata simplemente de preparar una ciudadanía más responsable.

Conclusiones

No hay ninguna conclusión dramática. En este artículo he intentado reflejar de qué forma están interrelacionadas las dis-

tintas responsabilidades de los profesionales, las instituciones y los consumidores. Cada uno tiene su papel a interpretar y cada uno puede ayudar al otro a interpretar su parte.

Todo debe ser por la calidad, si tiene que haber calidad para todos.

Este artículo es el desarrollo de una conferencia que di en la Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, Paris, 16 de setiembre de 1992. Agradezco sinceramente el apoyo y el aliento que he recibido.

Bibliografía

1. Donabedian A. Quality Assurance: Corporate Responsibility in the 1990s. In: Longo DR, Hearle JM, eds. *New Frontiers in Patient Care Assessment; Proceedings of the Multihospital Systems Invitational Conference*. Chicago: Joint Comm Hosp Accred, 1986;16-21.
2. Donabedian A. Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. *Qual Assur Health Care* 1989;1(1):3-11.
3. Donabedian A. Quality of Care-Whose Responsibility? *Am J of Med Qual*, forthcoming.
4. Donabedian A. Social Responsibility for personal Health Services: An Examination of Basic Values. *Inquiry* 1971;3-19.
5. Donabedian A. Quality and Cost: Choices and Responsibilities. *Inquiry* 1988;25:90-9.
6. Donabedian A. The Epidemiology of Quality. *Inquiry* 1985;22:282-92.
7. Palmer RH, Reilly MC. Individual and Institutional Variables which may serve as Indicators of Quality in Medical Care. *Med Care* 1979;27:693-7.
8. Donabedian A. Reflections on the Effectiveness of Quality Assurance. Part II. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. *Striving for in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991;59-18.
9. Donabedian A. The Assessment of Technology and Quality: A Comparative Study of Certainties and Ambiguities. *Intern J Technol Assess Health Care* 1988; 4(4):487-96.
10. Donabedian A. Accessibility. In: *Aspects of Medical Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge Harvard University Press, 1973;419-73.
11. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8.
12. Donabedian A. *Quality Assurance in Health care: The Consumer's Role*. Qual Health Care, forthcoming.
13. Hirshman AO. *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.
14. Donabedian A. Perspectives on the Free Choice of the Source of Personal Health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1981; 59:586-95.
15. Donabedian A. Models for Organizing the Delivery of Health Services and Criteria for Evaluating Them. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Soc* 1972;50:103-54 (Part 2).
16. Donabedian A. Quality Assurance in Our Health Care System. *Qual Assur Util Rev* 1986;1:6-12.

La continuidad y el cambio a través de los modelos tradicional e industrial de garantía de la calidad

Donabedian A. Quality assessment: The industrial model and the health care model. Clin Perform Qual Health Care 1993;1:51-2

"El modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio"

El artículo publicado en 1993 es fruto de diferentes ponencias que impartió sobre el controvertido tema en diversos lugares, entre ellos México y España. En el mismo, el autor aborda la evolución de la evaluación de la calidad a través de la comparación de dos formas de gestión de la misma, estableciendo las diferencias que supone la aplicación del modelo industrial al sector sanitario (*industrial model*) y el modelo tradicional que el Profesor Donabedian denominaba "modelo de atención a la salud" (*health-care model*). Destaca inicialmente que "estos términos no representan algo homogéneo o preciso", ya que cada uno agrupa una variedad de conceptos y de métodos. Aunque a priori cabía esperar lo contrario, el autor después de realizar un análisis crítico de las diferencias entre ambos, destaca sus similitudes, analizando las diferencias en el vocabulario que emplean.

Para el Profesor Donabedian el modelo industrial representaba la profesionalización de la gestión de la calidad en nuestro ámbito, más que constituir una negación del modelo sanitario; es más, le parecía "menos autoritario, más participativo, más humano y probablemente más eficaz que el utilizado hasta entonces"². Sin embargo, en su opinión los principales peligros derivados de la aplicación del modelo industrial al ámbito sanitario son: "la adopción de una definición de calidad muy simplificada que desviara el interés desde la efectividad clínica a la eficiencia de las actividades de apoyo", "la forma de interrelación en la mente del cliente de precio y calidad", y "el desplazamiento de los objetivos desde las propiedades de los cuidados clínicos a los relacionados con operaciones marginales" que pudiera conducir no a "calidad total" sino a "calidad contextual". Aunque en opinión del autor los puntos fuertes del modelo industrial son "la necesidad de prestar mayor atención en las exigencias, valores y expectativas de los consumidores, dándoles mayor relevancia en su papel en el diseño de los sistemas y procesos en la garantía de la calidad", sin olvidar que los profesionales sanitarios no solo son "proveedores de satisfacción". Al

mismo tiempo, el modelo industrial supone "la extensión de la responsabilidad de la calidad de los cuidados clínicos a la gerencia y la necesidad del desarrollo y aplicación de métodos estadísticos de control a la monitorización de la atención sanitaria".

A pesar de que casi ha transcurrido una década desde la publicación de este trabajo, muchas de las ideas en él expuestas continúan con vigencia plena. De acuerdo con sus enseñanzas "deberíamos dejar de pensar en modelos, analizando cada situación en concreto". El Profesor Donabedian afirmaba que "el dogmatismo es el enemigo del éxito" de la gestión de la calidad. Es más, haciendo gala una vez más de su talante conciliador, en lugar de buscar el enfrentamiento, intentaba encontrar las analogías entre ambos modelos de gestión de la calidad, destacando entre ellos algunos de los principios de la calidad total tan en boga en la actualidad: su papel de servicio al consumidor, el reconocimiento de todos los trabajadores, el rechazo a culpar a los individuos de las deficiencias del sistema, la importancia que el modelo industrial concede a la formación y al liderazgo participativo, poniendo énfasis en la mejora interna, más que en la regulación externa. En palabras del autor: "al explorar los detalles del modelo industrial no se descubre un mundo diferente» y nos recuerda que sin la implicación de las personas no habría forma de mejorar, por ello recomendaba: "Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura"¹.

Bibliografía

1. Donabedian A. Quality Assessment: The industrial model and the health care model. Clin Perform Qual Health Care 1993; 1:51-2.
2. Donabedian A. El pasado y el futuro a los ochenta años. Rev Calidad Asistencial 1999;14:785-7.

Susana Lorenzo
Fundación Hospital Alcorcón

Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*

Avedis Donabedian

Tengo el gran honor en el ocaso de mi vida, de presentar ante este solemne grupo de expertos mis opiniones sobre la continuidad y el cambio en la búsqueda de la calidad. El valor es aún mayor, ya que la oportunidad de hablar del tema no es en mi país, sino en México, donde gracias a la generosidad de mis amigos he encontrado un segundo hogar.

Voy a analizar los aspectos de la continuidad y del cambio, a través de la comparación de dos modelos de garantía de calidad: uno propio de nuestro campo y el otro recién incorporado a él. Al tradicional le llamaré el "modelo de atención a la salud" (*health care model*) y, al nuevo "modelo industrial" (*industrial model*). Aunque estos términos no representan algo homogéneo o preciso, cada uno ofrece una variedad de conceptos y de métodos. Sin embargo, se pueden distinguir dos conjuntos que, como tales, intento comparar mediante las características comunes, a través de una abstracción de estos modelos, y no a partir de ejemplos concretos del quehacer diario.

Antes de comenzar debo hacer una advertencia. Primero debo decir que, a pesar de haber dedicado los últimos meses al estudio de varios de los textos fundamentales del modelo industrial, mis conocimientos son, probablemente, insuficientes y mis juicios preliminares. Además la brevedad de una conferencia sólo permite presentar un bosquejo, lo que conlleva la pérdida de detalles.

Asimismo quiero señalar que mi valoración pudiera estar distorsionada por, al menos, tres sesgos diferentes:

- Primero, la fidelidad a mi propia profesión y a mi campo de trabajo, puede llevarme a destacar sus virtudes y a minimizar sus fallos.
- Segundo, mi longevidad pudiera predisponerme a afirmar que no hay nada nuevo bajo el sol.
- Y, finalmente está el sesgo del interés propio, quizás reacio a admitir las omisiones u errores que pudiéramos haber omitido en el pasado.

Como corresponde a un académico experimentado, voy a intentar controlar esos sesgos, pero sin llegar a la autoinmolación.

Una vez hecha la advertencia, les invito a analizar, una por una, las características más relevantes que permitan comparar nuestros dos modelos. La primera y probablemente la fundamental, es la definición misma de la calidad en cada modelo.

La naturaleza de la calidad

Una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien, en último término, decide si su producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura.

En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En una propuesta bien elaborada el consumidor se convierte, de hecho, en una parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio.

En el modelo industrial los costes forman parte de la definición de calidad, porque en la mente del cliente precio y calidad están interrelacionados. De esta forma, el control de costes se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del usuario y, en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riqueza y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud. Comentaré brevemente estas diferencias en tres aspectos.

1. Responsabilidades hacia los individuos
2. Responsabilidades hacia la sociedad

3. Responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costes y calidad.

Responsabilidades hacia los individuos

Con respecto a los individuos, no sólo somos proveedores de satisfacción; quizá porque los pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala, nosotros, junto con otros profesionales, tenemos una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Es verdad que esto nos puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e incluso a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos.

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios.

Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención a la salud.

Responsabilidades hacia la sociedad

Los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios o la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas que no consideraré en detalle aquí, pero sí deseo mencionar la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y la necesidad fundamental de la relación entre los costes y la calidad, que se explica detalladamente a continuación.

Responsabilidades para la gestión de las relaciones entre costos y calidad

Los dos modelos concuerdan en la importancia de la eficiencia como un elemento básico de la calidad. Sin embargo, debido a que el modelo industrial está más sujeto a la influencia del mercado libre, en él la eficiencia es más determinante.

En el modelo industrial, el enfoque sobre la relación entre costes y calidad también difiere. Se acepta, aunque no se ha destacado suficientemente, que las mejoras en el diseño pueden ocasionar más costes, pero generalmente se argumenta que el aumento de los costes se compensa con la eficiencia en la producción y con el aumento de las ventas. En el modelo industrial la calidad no solamente es gratuita, sino que además genera ganancias. De esta forma desaparece el conflicto potencial entre lograr mayor calidad y tener menores costes. Esta capacidad del modelo industrial para armonizar aspectos que parecen opuestos, es una manifestación de su naturaleza funda-

mentalmente optimista, incluso utópica. Y a esa característica se debe, en gran medida, la fuerza de atracción de este modelo.

Por el contrario, en el modelo de atención a la salud se tiene muy presente el aumento de los costes al incrementar la calidad, especialmente en la provisión de atención a la salud y en la contribución a una longevidad que algunos podrían tachar de improductiva o de desperdicio. Por ello este modelo, a diferencia del industrial, está mucho más orientado al balance entre los costes y los beneficios, por una parte debido a que se obtienen pocos beneficios de salud aun cuando se incremente la atención, y a las consecuencias de la propia longevidad. También se puede atribuir, en el contexto de la atención al paciente, a una influencia menor de las fuerzas del mercado y mayor de los imperativos éticos y sociales.

El equilibrio entre costes y beneficios afecta asimismo la definición de calidad en el modelo de la atención a la salud, en comparación con la armonía que tan seductoramente ofrece el modelo industrial. Esto se debe a que la atención a la salud es un bien público, pero también es privado. En gran medida, su financiamiento es público y sus beneficios o sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social, es un problema complejo en el modelo de atención a la salud.

Estas diferencias son más de grado que de absoluta divergencia. El modelo industrial podría ajustar fácilmente el intercambio entre los costes y los beneficios, al estimar la importancia de los servicios y los productos. Por otra parte, es cada vez más urgente que se tengan en cuenta las consecuencias sociales como el agotamiento de los recursos y la contaminación ambiental.

En la medida en que se avanza en la comparación de las políticas sociales en diferentes campos, más impresionante resulta la constante recurrencia de temas comunes, y no las diferencias aparentes.

El campo de la calidad

El modelo industrial se enorgullece de ser un modelo total; "calidad total" es el lema que le identifica. Entonces, cabe preguntarse en qué forma la calidad, o la preocupación por lograrla, puede ser total. Los artífices del modelo industrial tienen tres respuestas.

Primera, por ampliación de la propia definición de calidad. Se ha pasado de la preocupación inicial por definir los requisitos del producto, a una virtual deificación de los deseos y expectativas del cliente, a la cual siguen algunas medidas para incluir los costes y la producción de la cantidad exacta y correcta.

Segunda, por abarcar el conjunto completo de estructuras, procesos y personas que participan en la conceptualización, diseño, utilización de recursos, producción, ventas y consumo de cualquier producto o servicio. Agrupa en una secuencia a todos los participantes, ya sean extra o intra institucionales.

Tercera, al difundir e implicar en la planificación y mejora de la calidad en una organización a todos los niveles, en todas las unidades y a través de todas las divisiones horizontales y verticales en el organigrama.

En este aspecto, ¿es similar o diferente el modelo de atención a la salud?

Es fácil encontrar formulaciones teóricas del modelo de atención a la salud, en las que se aboga por una expansión tanto de la definición de calidad, como de los objetos de evaluación y mejora. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia primero y después de la optimización de los recursos; y de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar de la colectividad.

Nuestras formulaciones conceptuales han remarcado la necesidad de tomar un punto de vista más amplio en la valoración de la calidad, de forma que incluya no sólo la contribución de los médicos a la atención a la salud, sino la de todos los proveedores, del paciente y de su familia. Y no exclusivamente la atención que se presta en un solo lugar, aislada, sino la que se brinda en un determinado episodio de enfermedad y, eventualmente, también los cuidados dados durante episodios sucesivos.

El modelo de atención a la salud requiere, al igual que el industrial, que la preocupación por la calidad invada a toda la institución. Pero existe una diferencia fundamental: el modelo de atención a la salud está orientado, casi exclusivamente, a las propiedades de los cuidados clínicos y a las funciones estrechamente relacionadas con ese cuidado, sin importar si procede de profesionales, de técnicos, o de los propios pacientes o sus familiares. El interés no es uniforme para todos los segmentos. Existen prioridades implícitas o explícitas que enfocan la atención. Prioridades guiadas por la trascendencia, proximidad, tipo de responsabilidad e influencia. Como resultado, los cuidados técnicos que proveen los médicos a los pacientes en forma individual emergen como la preocupación más importante, la cual ha sido tachada por los críticos, justificadamente, como "limitada". Es una deficiencia que cabría reconocer y remediar rápidamente.

Sin embargo, existe el peligro de definir la calidad de una forma muy amplia, al incluir la eficiencia y la efectividad de todos los productos y servicios relacionados con los cuidados clínicos, sin tener en cuenta lo remoto que éstos sean. El peligro consiste en un desplazamiento de los objetivos, pasando de la preocupación por el cuidado clínico a la ocasionada por operaciones marginales, acompañada, frecuentemente, por un afán desproporcionado por ahorrar costes.

El hecho de ampliar el enfoque, acompañado de un abandono relativo del cuidado clínico, podría llevar, justificadamente, no a "calidad total", sino a "calidad periférica" o, siendo generoso, a "calidad contextual".

Cabe reflexionar acerca de que si la palabra "calidad" pierde su significado claro, por asociación perdemos nuestra función distintiva si el término se aplica de forma indiscriminada a demasiadas cosas.

La índole del "problema de la calidad"

En el centro del modelo industrial existe un conjunto de postulados que constituyen lo que se ha llamado "la nueva filosofía" o, en un sentido más radical, "una revolución en el pen-

samiento". Estos postulados incluyen el punto de vista sobre la calidad que he descrito. Existen también postulados sobre la naturaleza de lo que se podría llamar "el problema de la calidad" y de las estrategias apropiadas para negociarlos.

El problema de la calidad (que los muy estrictos en la utilización del lenguaje prefieren llamar "el desafío" o "la oportunidad de la calidad") puede percibirse en términos de metas o de causas.

En relación a los objetivos, el tema predominante es la "constancia en el propósito" de situar a "la calidad primero" y en definir la calidad como congruente con las exigencias del cliente. La causa básica de las deficiencias en la calidad, se atribuye al incumplimiento de estos objetivos. En un sentido más inmediato, las causas principales se relacionan, sobre todo, con deficiencias en los sistemas y procesos que son responsables del diseño y producción de bienes y servicios, atribuyéndose pocas veces a la falta de capacidad de los trabajadores, e incluso con mayor frecuencia a una motivación insuficiente para hacerlo bien. Cada conjunto de sistemas y procesos se asocia con una capacidad para producir bienes y servicios de una calidad definida. Al entender que cada trabajador forma parte de un sistema o proceso determinado, sus propias características contribuyen a la capacidad inherente para la calidad que he descrito. Pero los trabajadores no pueden, sólo con el esfuerzo, hacer que un sistema funcione mejor de lo que se programó inicialmente.

Tales sistemas tienden a caer en un estado estable, caracterizado por un nivel medio de calidad que se acompaña, necesariamente, de variaciones alrededor de esa media aparentemente debido al azar. Estas variaciones se atribuyen a lo que se ha llamado "causas comunes", inherentes al sistema o al proceso mismo.

Superpuestas con éstas aparecen, de vez en cuando, otras variaciones inesperadas producidas por fenómenos intercurrentes, llamadas "causas especiales", que perturban en un grado más o menos importante el estado estable. Estas causas especiales pueden ser percibidas, identificadas y corregidas cuando aparecen, pero el estado estable subyacente no puede ser alterado sin cambios fundamentales en el sistema mismo.

Y dado que los trabajadores, con sólo su esfuerzo generalmente no pueden provocar esos cambios fundamentales, la principal responsabilidad en cuanto a las deficiencias programadas en la calidad recae sobre todo en los responsables del diseño y gestión de los sistemas, procesos y productos.

¿En qué se relaciona el modelo de atención a la salud con estas formulaciones?

Desde tiempo inmemorial, nuestro más alto propósito ha sido la calidad ante todo. En relación a esto, nada hay que aprender del modelo industrial excepto, quizás, el reafirmar que puede animar la intención constante que también nosotros necesitábamos. Al ver cómo el modelo industrial adopta valores que nosotros hemos sustentado, nos llama la atención la ironía de ver que fuerzas poderosas nos empujan a abandonarlos en favor de poner... ilos costes primero!

En relación a las causas de las deficiencias en la calidad, en el modelo de atención a la salud se afirma categóricamente que los factores fundamentales de la calidad son inherentes al diseño de los sistemas y procesos, que en nuestro vocabulario

hemos llamado "estructura". A la revisión constante de la actividad que se realiza, se le identifica como una fuente de información que ayuda a ajustar la calidad mediante modificaciones en el diseño del sistema. En todos estos aspectos y a pesar de la diferencia en el vocabulario, ambos modelos son esencialmente congruentes.

Existe, sin embargo, una diferencia significativa. En el modelo de atención a la salud, se otorga mucha importancia a la contribución de los profesionales a la excelencia de la calidad o a su carencia. No es una situación ilógica, si se tiene en cuenta la naturaleza de nuestra ciencia y de nuestro trabajo; es una afirmación bien sustentada en evidencias empíricas. Se han demostrado deficiencias importantes en la calidad atribuibles, en un alto porcentaje de casos, a fallos en los juicios o en la capacidad de los profesionales. Por lo tanto, nuestro interés en modificar la conducta profesional está justificado. Pero el modelo señala, al igual que el industrial, que la calificación de los trabajadores es una parte integral del sistema de producción. Por ello, ambos modelos difieren no tanto en si las deficiencias en la calidad provienen de las propiedades de los sistemas o del desempeño individual, sino en qué partes de un sistema tienen más probabilidades de fallar. Nuestro modelo, a mi parecer muy justificadamente, otorga mayor importancia a los componentes humanos de un sistema. A pesar de todo, del modelo industrial habría que aprender a tener en cuenta las características de los propios sistemas en nuestra búsqueda de las causas de las variaciones de la calidad, y a ser mucho más prudentes al señalar los errores de los demás. Las formulaciones teóricas que sostienen las diferencias entre variaciones de causas comunes y de causas especiales, pueden ser útiles a este respecto.

Estrategias de garantía de la calidad

Las estrategias del modelo industrial para proteger y mejorar la calidad fluyen, parcialmente, de sus postulados relativos a los determinantes de la calidad. En un grado similar, si no más grande, estas ideas proceden de un punto de vista casi utópico sobre la naturaleza humana y sobre las organizaciones formales como sistemas sociales. Por otra parte, el modelo industrial establece una congruencia fundamental entre los objetivos e intereses de los trabajadores y de la administración, que es necesario cultivar y reforzar a través de un conjunto de manipulaciones ideológicas e instrumentales.

Los esfuerzos se basan en una redefinición de la autoridad y de la responsabilidad que liga a los trabajadores a la tarea de mejorar la calidad sin disminuir en ningún grado la responsabilidad última de los gerentes. Este realineamiento reconoce, aunque sea parcialmente, la posición estratégica de los trabajadores, hasta tal punto que muchos de los recursos materiales y los conocimientos en una organización se convierten en productos o servicios. Los trabajadores son los agentes de esta transformación, tienen conocimiento detallado de sus características, obtienen estimaciones tempranas de cualquier tipo de anomalía que surja y pueden tomar una acción correctiva.

Pero sería muy poco útil asumir este principio si no se acompaña de un cambio radical del potencial humano y de la motivación. Desde un punto de vista más metafísico, en este punto de vista se considera a las personas como esencialmen-

te buenas. Más concretamente, se reconoce en ellas la capacidad para adquirir conocimientos, el interés por estar al día y por su integración social. Por supuesto, se intenta aprovechar estos poderosos impulsos en el lugar de trabajo, para el trabajo. Al dar a los trabajadores la oportunidad y los medios para monitorizar y ajustar su propio trabajo se restaura el orgullo personal en el mundo del trabajo; al fomentar la educación continua, se fortalece la actualización de conocimientos; y al facilitar las actividades de grupo para identificar y resolver los problemas, se añade la fuerza del componente social al arsenal de motivaciones.

El modelo industrial promueve la cohesión social, al estimular el sentido de responsabilidad de los trabajadores, quienes asumen que para dar el siguiente paso de la secuencia de la producción, es necesario cumplir con los requisitos del paso anterior. Cuando los trabajadores se sienten "clientes" del paso anterior y "proveedores" del siguiente, se crea una realidad instrumental y se pone en marcha una cadena de obligaciones con los demás, de tal manera que todos se interesan en la empresa.

La citada reformulación de las capacidades, motivaciones, roles y responsabilidades de los trabajadores conlleva una formulación radical de la naturaleza de la gerencia. Ahora la gerencia debe conducir más que dictar; debe motivar más que intimidar; debe educar más que obligar y debe estar preparada para escuchar y aprender, y no sólo para dar instrucciones. E incluso la estructura de la organización debe cambiar: debe hacerse menos jerárquica, con menos estructuras verticales, con más conexiones interdepartamentales, así como con una estrecha relación con aquellos que producen y con los que planifican y dirigen.

¿Cómo se comporta el modelo atención a la salud en estos aspectos?

Se trata de una situación que es familiar en nuestro ambiente. El propósito del modelo industrial de realzar la importancia de los trabajadores, es una realidad claramente establecida dentro de nuestras responsabilidades y privilegios profesionales y de nuestras formas de afrontarlos. Lo que el modelo industrial destaca no es la industrialización del trabajo profesional sino la profesionalización de la industria: más que contradecirnos, reafirma la actualidad de nuestras propias tradiciones. Nos empuja a ser más coherentes en la práctica con estas tradiciones. Pero también tenemos lecciones que aprender: hemos de prestar más atención a la "continuidad y coordinación", el análogo de las cadenas proveedores-clientes a los que se hace énfasis en el modelo industrial. Más aún, aquellos que disfrutaban de los privilegios de una profesión deben comprometerse, si el modelo industrial es válido, a brindar oportunidades y responsabilidades similares a otros profesionales de la atención a la salud. Han de tener las mismas oportunidades para lograr la calidad desde su propia esfera de trabajo y obtener la satisfacción y el orgullo de hacerlo, lo que nosotros hemos tenido como algo propio. Debido a que la atención al paciente es casi siempre multidisciplinaria, deberíamos no sólo comprometernos, sino también insistir en adoptar una visión multidisciplinaria de la garantía de calidad.

Al comparar ambos modelos, se descubre una reasignación de responsabilidades y oportunidades. Si en el mundo de los negocios y de la industria hay una concentración de poder

en los puestos directivos, en algunos sistemas de atención a la salud se ha dado un balance contrario: una concentración extrema de poder en manos de los trabajadores clave, los médicos. Si una de las características del modelo industrial es buscar un equilibrio armonioso entre la producción y la gerencia, se podría sugerir en algunos casos un flujo de poder y responsabilidad de los médicos a los directivos, que podría ser benéfico para el desarrollo de la empresa de atención a la salud como un todo.

Métodos de garantía de la calidad

El modelo industrial ofrece un conjunto amplio de métodos para proteger y facilitar la calidad, en congruencia con los objetivos, las orientaciones e ideas básicas descritas. Comentaremos sólo algunos métodos, señalando en cada caso las implicaciones más evidentes para el modelo de atención a la salud.

En el modelo industrial el esfuerzo por lograr la calidad tiene una cantidad de componentes que se refuerzan mutuamente. En primer lugar, existe un conjunto de actividades cuyo propósito es introducir mejoras fundamentales en el desarrollo del producto, desde su diseño inicial, para responder satisfactoriamente a los requisitos de los clientes y ser menos vulnerable a su empleo inexperto. Así, surge el diseño de los procesos mediante los cuales se producen los bienes y los servicios, con el objeto de hacer esos procesos eficientes, efectivos y más resistentes al error humano. Finalmente, el proceso de producción está sujeto a una monitorización continua, para asegurar el cumplimiento del diseño inicial.

Este control toma dos formas: una es concurrente, lo que significa que los propios trabajadores revisan lo que producen o, en otras palabras, monitorizan su actividad durante el desarrollo de la producción, lo cual se complementa con controles ocasionales que realizan sus supervisores. El propósito de la monitorización concurrente es el de facilitar una intervención precoz para remediar las deficiencias.

Otro componente, que podríamos llamar inspección terminal de los productos, tiene como objetivo rechazar los productos que no alcanzan los estándares establecidos, antes de que lleguen al cliente.

En el campo de la atención a la salud, el desarrollo de un producto está completamente sometido a la evaluación tecnológica; y nosotros somos incapaces de corregir un servicio una vez que se ha prestado. Por otra parte, sí podemos evitar que se brinde un mal servicio si disponemos con antelación de información al respecto. En cuanto a los demás componentes del método industrial, éstos son aún más congruentes con los nuestros: el sistema entero está gobernado principalmente por estándares generados internamente y sometidos a revisiones periódicas; la monitorización continua que realizan los propios trabajadores en la línea de producción es la clave para mantener el proceso en marcha y los resultados de estos procesos se emplean para detectar y rectificar posibles errores. No se puede decir que el modelo industrial ignore los resultados, que haya abandonado los estándares y que rechace la inspección. Simplemente la evaluación de los resultados es insuficiente para mejorar la calidad; los estándares externos impuestos son, con

frecuencia, insuficientes e irrelevantes; y la inspección final a gran escala de los productos es costosa, es tardía y supone una pérdida de tiempo. El modelo de atención a la salud puede asumir todas estas apreciaciones.

Asimismo, el modelo industrial se asemeja al de la atención a la salud en la conceptualización de la mejora de la calidad como un ciclo continuo de actividades. En su vocabulario se le llama de distintas formas: "el ciclo de Shewhart", "el ciclo de Deming", o "el ciclo de PDCA" (del inglés planear, hacer, verificar, actuar). Desafortunadamente nuestros ciclos análogos no han tenido la ventaja de acrónimos pegajosos o afiliaciones famosas, pero no son menos importantes y quizás se ajustan más a nuestras propias circunstancias.

El ciclo de mejora de la calidad, por su propia naturaleza supone reajustes continuos de la calidad que tienen probabilidades de ser pequeños, especialmente si muchos de los reajustes de dejan en manos de trabajadores cuya capacidad para realizar cambios radicales es limitada. En una formulación del modelo industrial este gradualismo ha sido elevado, creo que de forma innecesaria, al estatus de una ideología designada "kaizen", el término japonés de "mejoría". Me parece intrascendente, mientras mejore la calidad, que eso suceda de golpe, en pequeños pasos dolorosos o en grandes incrementos.

No es verdad que el modelo de atención a la salud busque estabilizar la calidad más que mejorarla. Incluso si esto fuese nuestro propósito oculto, el progreso continuo de la ciencia y la tecnología y el aumento de las expectativas sociales imposibilitará cumplirlo.

Otro hecho importante en el modelo industrial es la recomendación, incluso prescripción, de un plan metódico para identificar y resolver los problemas de calidad, acompañado de un conjunto de herramientas concretas para hacerlo. Algunos de estos procesos, métodos y herramientas están diseñados para guiar la interacción grupal en la búsqueda de la identificación de problemas y de consenso. Otros tienen la meta de la recolección de información; la localización de fenómenos aberrantes en tiempo, lugar y persona; la definición de prioridades, principalmente en aspectos relativos a frecuencia, y en la localización de varios factores causales que puedan jugar un papel importante en una situación determinada.

Ninguno de estos procedimientos, métodos y herramientas pueden identificarse como propiedad del modelo industrial. E incluso aquellos que parecen serlo recuerdan tanto a los conceptos epidemiológicos y métodos característicos de nuestro campo que, con más ganadas que pérdidas, fácilmente podrían ser sustituidos por ellos.

Lo más característico del modelo industrial no son los métodos y herramientas en sí, sino su insistencia en que todos en la organización, y especialmente los trabajadores en la línea de producción, comprendan y usen las herramientas más sencillas en el seguimiento de su actividad diaria para evaluar su desempeño. En otros términos, el objetivo es cuantificar la empresa entera a través de estadísticas, desde sus niveles más altos a los más bajos. Al lado del jefe ejecutivo está el responsable de la estadística, capaz de participar e intervenir en las decisiones y procesos más importantes. En orden descendente de competencia y localización están otros, en los departamentos y en los puestos de supervisión en la línea de producción. Y,

lo que es más importante, cada trabajador debe internalizar y desarrollar los principios y métodos de recolección y análisis de información pertinentes para la evaluación y mejoría de la actividad. Un esfuerzo educativo masivo, intensivo y continuo se pone en marcha para poder alcanzar estos fines.

Los arquitectos del modelo de atención a la salud han propuesto, al menos en teoría, una reestructuración y reforma similar, exceptuando que la epidemiología sustituya a la estadística industrial como la disciplina analítica más relevante. Acorde con esto se ha resaltado la importancia del "epidemiólogo del quehacer clínico" como el líder que debe impulsar esta actividad desde los más altos niveles de la organización.

Sin embargo, no hemos logrado desarrollar este modelo; en particular nuestros trabajadores en la línea de producción, los profesionales de la atención a la salud, tienen poca preparación para percibir, comprender y analizar las opiniones sobre calidad expresadas en grupo. Continúan centrados en los datos clínicos, discretos, tomados de vez en cuando a pacientes en forma individual. Necesitamos aprender del éxito que ha tenido el modelo industrial, para mejorar lo que alguno de nosotros ha considerado como necesario.

Existe un conjunto particular de teoría y métodos que parecen distintivos del modelo industrial; me refiero a la disciplina del control estadístico. Es verdad que existen ejemplos estadísticos aplicados en nuestro campo, de forma intencionada o no, total o parcialmente; sin embargo, se ha propuesto una aplicación más amplia del método. Y, en esencia, el control estadístico no difiere de los métodos de vigilancia epidemiológica, muy bien establecidos en nuestro campo. Uno se pregunta por qué el control estadístico no ha sido adoptado más ampliamente como un instrumento de control y mejoría de la calidad.

Entre las posibles razones, están la escasez de un flujo continuo de datos sobre procedimientos y resultados; la dificultad de hacer estratificaciones precisas, sin las cuales tales datos son mal interpretados o inservibles; y la falta de voluntad para esperar que puedan surgir resultados adversos, distintos a los esperados.

Pero quizás lo más importante es que hemos sido reacios a aceptar el concepto de que, con ciertos límites, la variabilidad no sólo es esperable, sino que puede ser tolerable. El entrenamiento clínico nos ha conducido a centrarnos en cada variación individual desde lo esperado, empujándonos a explicar y a eliminar la desviación. Necesitamos una perspectiva epidemiológica que complemente nuestras preocupaciones clínicas.

Vocabulario

Como ocurre en cualquier campo especializado, el modelo industrial se ha caracterizado por un vocabulario que refleja su ciencia, su contexto, su historia y sus perspectivas ideológicas. Aquéllos que han intentado aplicar el modelo industrial a nuestro campo, sin ningún tipo de cuestionamiento, han visto en este vocabulario una garantía de ortodoxia, una prueba de distinción y la evidencia del progreso. Incluso cuando este vocabulario amenaza con violentar nuestras propias tradiciones y usos, ellos insisten en seguir adelante. No ven, o quizás desean explorar, las connotaciones oscuras del lenguaje precisamente porque son casi subliminales.

Por ejemplo, ¿es su esposa su "cliente"?, ¿es usted su "cliente"?, ¿qué pasa con su hijo?, ¿soy yo un cliente de Dios?, ¿es Dios mi cliente?

Y, ¿por qué debe el ciclo de mejora de la calidad tener un nombre particular para hacerlo más aceptable y eficaz?

Asimismo, no es verdad que los términos que hemos utilizado durante mucho tiempo ya no son aceptables para el modelo industrial cuando éste se aplica a nuestro propio campo. De hecho, el modelo industrial emplea y asigna roles diferentes no solamente a "mejora de calidad", sino también a "aseguramiento de calidad" e incluso a "control de calidad".

"Garantía de calidad", las palabras que nombran a nuestra organización (Sociedad Internacional de Garantía de Calidad), ocupan una posición central en el modelo industrial. Ha llegado el momento de abandonar la preocupación por "hablar correctamente" y de dar lugar a un interés más importante: "pensar correctamente".

Implicaciones para la Sociedad Internacional de Garantía de la Calidad

Los elementos de comparación entre ambos modelos abundan; sin embargo, carezco del tiempo suficiente para nombrarlos. A continuación hablaré de las implicaciones más obvias para nuestra Sociedad de Garantía de Calidad y procederé a despedirme de una forma paternal.

Las implicaciones se pueden agrupar en tres categorías:

- Nuestra posición inmediata
- Lecciones que podemos aprender
- Desarrollo a largo plazo en nuestro campo

Nuestra posición inmediata

Cabría adoptar un juicio crítico hacia el modelo industrial para evitar los extremos de la aceptación servil o del rechazo arrogante. En particular, habría que impedir el "todo se vale" que parece haberse desarrollado entre los defensores de los diferentes modelos y métodos. Es nuestra responsabilidad, al asumir el papel de árbitros imparciales altamente calificados, dar orden y claridad en este campo.

Es necesario empezar por una comprensión global de nuestros propios objetivos, valores, tradiciones y métodos, requisito no siempre cumplido en nuestro rápido crecimiento y que parece atraer continuamente a los amateurs, algunos brillantes y otros sólo bien intencionados.

Se puede empezar a estudiar en detalle el conjunto de los métodos industriales, con el ánimo de profundizar y no estancarse en los fenómenos superficiales, en búsqueda de sus conceptos, orientaciones, valores y métodos fundamentales. Para ello, es necesario analizar los trabajos originales; he descubierto que a menudo los adaptadores y difusores confunden.

Como consecuencia del estudio que propongo, habría que identificar qué aspectos del modelo industrial simplemente reproducen características de nuestro propio modelo, pero en otro contexto, además de los aspectos que resultan nuevos. Por otra parte, sería necesario estudiar aquellas innovaciones, más o menos modificadas, que resulten apropiadas a nuestro campo,

las que podrían ser inapropiadas y las merecedoras de un estudio más profundo.

Al tomar prestados o al adaptar algunos conceptos o métodos, es importante evitar entrar en contradicción con nuestros propios objetivos y valores, al aceptar sustitutos más adecuados al mundo de los negocios. Podría resultar necesario crear un vocabulario de términos equivalentes, para limpiar los originales de connotaciones indeseadas y para evitar confusiones en los aspectos superficiales.

Si fuésemos menos puritanos y todavía fieles a nuestras tradiciones, podríamos adoptar los términos del modelo industrial, especialmente en situaciones en las que el mundo de los negocios tiene un alto estatus social, y cuando la aparente novedad del vocabulario y de los métodos añada frescura y vigor al tema de la garantía de calidad.

Sin embargo, debe importarnos una parte fundamental del modelo industrial: se trata de su actual enfoque, o su intención, de la totalidad. Como ya he señalado, lo que hace a la garantía de la calidad "total", es congruente con nuestro modelo, con nuestros objetivos y útil a nuestra causa. Pero es necesario evitar cambiar el enfoque primario de la actividad clínica por las funciones periféricas, así como eludir el peligro de borrar las distinciones actuales de nuestro rol y experiencia.

Si pretendemos incluir en nuestra área de influencia todo lo que se relaciona con cualquier punto del sistema de atención a la salud, corremos el riesgo de convertirnos en "La Sociedad de los Sistemas de Atención a la Salud" o en "La Unión de Expertos Universales".

El concepto de calidad total demanda, ante todo, una redefinición de nuestro propio campo de trabajo.

Lecciones que podemos aprender

Se pueden extraer varias lecciones del modelo industrial que refuerzan las creencias y prácticas que hemos tenido. Quizás la más importante sea la insistencia en el compromiso global por lograr la calidad en el conjunto de la organización, basado en el entusiasmo del personal y en la participación de sus más altos dirigentes. En segundo lugar, está la necesidad de animar a todos los trabajadores de la organización a esforzarse por mejorar la calidad, mediante las oportunidades de autorrealización y aprecio por el trabajo.

Para lograr la participación de los trabajadores de una forma efectiva, es importante no sólo crear oportunidades y ampliar sus perspectivas, sino también realizar esfuerzos sostenidos de educación para crear la sensibilidad necesaria hacia los aspectos de la calidad y adquirir la competencia necesaria para manejarla. En mi opinión esto requiere, en nuestro caso, de una perspectiva epidemiológica y de las correspondientes herramientas descriptivas y de análisis.

Finalmente, sin dejar de prestar atención a la contribución de las capacidades y conocimientos de los profesionales en el logro de la calidad, cabe hacer énfasis en reformar el proceso de trabajo y el contexto en el que se desarrolla. Estos hechos estructurales, y los incentivos que engloban, deberían facilitar y asimilar una buena actividad más que poner obstáculos para lograrlo. En particular la tentación de culpabilizar y penalizar, tan difundida por las regulaciones gubernamentales, debiera

contrastar con nuestras mejores tradiciones profesionales de autoevaluación y aprendizaje continuo.

Desarrollo a largo plazo en nuestro campo

Más allá de sus orígenes o afiliaciones, todos nuestros modelos de garantía de calidad claman por una investigación científica más rigurosa. Para empezar, nos podrían ayudar a identificar cualquier enfoque dentro de las amplias teorías de conducta y efectividad organizacional. Esto ayudaría a desarrollar un conjunto de modelos más diferenciados, como un primer paso para una exploración empírica de su desempeño. Las pruebas empíricas serán, por supuesto, de dos formas: una observacional, empleando los métodos de la epidemiología, y la otra experimental, usando las posibilidades de los ensayos y trabajos de campo. De esta forma, a partir de la construcción de un modelo y de su evaluación empírica, estableceremos un objetivo concreto: el estudio comparativo de los sistemas de garantía de calidad.

Entre las preguntas más específicas que requieren de una pronta respuesta, están las siguientes:

1. ¿Cómo funcionan los profesionales en organizaciones formales y en general? ¿Qué les motiva? ¿Cómo toman sus decisiones clínicas? ¿Cómo se interrelacionan los roles y las funciones de los profesionales y de los gerentes?
2. ¿Cómo diseñar las organizaciones formales para lograr el equilibrio más apropiado entre las preocupaciones más generales de los gerentes y las más particulares de los profesionales? ¿Cómo motivar y canalizar la actividad profesional en el logro de los objetivos de la organización? ¿Cómo conseguir que la organización responda a las legítimas aspiraciones de los profesionales?
3. ¿Cómo diseñar y administrar el proceso del trabajo profesional para minimizar la aparición y las consecuencias de los errores humanos y facilitar un alto nivel de funcionamiento?
4. ¿Cómo diseñar actividades de garantía de la calidad, como un sistema, más que como un conjunto de actividades no relacionadas? ¿Cómo relacionar ese sistema de garantía de calidad con la organización como un todo y su nexos social?
5. ¿Qué papel asignar, dentro del sistema de garantía de calidad, a los diferentes profesionales de atención a la salud y a los gerentes? ¿Cuál es, en el sistema de garantía de la calidad, el equilibrio entre las responsabilidades y contribuciones de los gerentes y las de los profesionales y otro tipo de trabajadores?
6. ¿Cómo incluir las perspectivas del cliente, sus juicios y preocupaciones en un sistema de garantía de la calidad?
7. ¿Cómo relacionar las actividades internas de garantía de la calidad con las correspondientes actividades de instituciones externas?

Como resultados de los estudios que propongo, no espero encontrar la respuesta sobre cómo organizar mejor y dirigir la garantía de la calidad, sino más bien, que aprendamos qué

modelos de garantía de calidad funcionan mejor o peor, en qué circunstancias y por qué.

Únicamente cuando se tengan las respuestas a tales cuestiones, se logrará una disciplina madura.

Conclusiones

Creo que es razonable concluir que el llamado por mí "modelo industrial" tiene muchas similitudes con el nuestro:

- Su énfasis en servir al consumidor.
- Su reconocimiento de la trascendencia, dignidad, entusiasmo y capacidad de todos los trabajadores.
- Su rechazo a culpar a los individuos por las deficiencias inherentes a los sistemas y procesos.
- La importancia que concede a la educación más que al castigo.
- La importancia que concede al liderazgo más que a la dirección dictatorial.
- Su énfasis en las automejoras internas más que en la regulación externa.

El modelo industrial ofrece un poderoso antídoto a los excesos de la regulación gubernamental, con su visión coercitiva y punitiva; con su predisposición a censurar y la resistencia a ayudar; con su fijación en los fallos, divorciada del reconocimiento y celebración de los éxitos. En todo caso el modelo industrial, comprendido adecuadamente, es un aliado que debemos adoptar sin miedo.

Al explorar los detalles del modelo industrial, no se descubre un mundo diferente. Descubrimos, quizás con aprecio, que dando un rodeo hemos llegado a casa otra vez. Pero esto será así solamente si somos sinceros con nosotros mismos. Si perdemos nuestras referencias, podemos extraviarnos con facilidad.

El modelo industrial viene a nosotros con tambores y trompetas, hablándonos en una lengua extraña, llena de aforismos comunes y lemas llamativos. Por ignorancia y avaricia, con frecuencia es falsificado y utilizado en beneficio propio.

Pero a pesar de esta parafernalia, el modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio. Dice: *"Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura"*.

Y desde lo más profundo de nuestro espíritu, estamos de acuerdo.

Reflexiones sobre el futuro de la calidad asistencial

Donabedian A. Prioridades para el progreso y monitorización de la calidad de la atención. *Salud Pública Mex* 1993;35:94-7

En este artículo, el Profesor Avedis Donabedian revisa el cuerpo de doctrina de la calidad asistencial y reflexiona sobre la manera de relanzar la disciplina. El ejercicio pasa por proyectar el futuro a partir de los logros obtenidos hasta el momento en el que el artículo fue publicado (1993). Con un orden "donabedianiano", se sintetizan los aspectos clave que caracterizan el estado de la calidad. Sobre esa base se apuntan algunos elementos de futuro que hoy presentan una vigencia radical, como por ejemplo, la concepción integral de la atención, la participación de la comunidad en el juicio de la calidad o la necesidad de desarrollar la disciplina sobre una base científica. Recordada en esos apartados la clarividencia "donabedianiana", es probable que, como señala el artículo a comentar, en un futuro deseadamente inmediato constataremos el definitivo reconocimiento institucional de la disciplina y de la especialidad relacionada.

Es, en esos términos, como el artículo se constituye en una revisión de la identidad de la evaluación de la calidad asistencial. Esta revisión se estructura en ocho objetivos / áreas prioritarias. Estas prioridades y alguna de las ideas propuestas para su consecución se enumeran a continuación:

- a. Redefinir el campo de la evaluación: subrayando la necesidad de desarrollar la base científica para fortalecer nuestros juicios.
- b. Ampliar el campo de evaluación: extendiendo el ámbito de actuación a todas las partes que componen una atención integral.
- c. Refinar los métodos de evaluación: mediante la evaluación simultánea y no excluyente del proceso y del resultado asistencial.

d. Rediseñar los sistemas de garantía de calidad: a partir de una revisión y de una selección de las herramientas utilizadas hasta el momento para la monitorización.

e. Evaluar los sistemas de garantía de calidad: haciendo énfasis en la eficiencia y en la efectividad de las acciones de mejora implantadas para garantizar la calidad de la asistencia.

f. Promover la participación de la comunidad: significando el papel del usuario en la determinación del estándar de calidad y en el juicio sobre su cumplimiento.

g. Dar un carácter profesional a las acciones de garantía de calidad: reconociendo una nueva especialidad, con un estatus parecido al de otras especialidades clínicas, a la que Donabedian llamaría "epidemiología del desempeño clínico".

h. Crear una cultura de apoyo: educando a los profesionales y persuadiendo a las instituciones acerca de la necesidad de evaluar para garantizar la calidad de la asistencia.

El artículo comentado traduce el espíritu crítico de alguien que, aún no necesitando más razones para creer en la bondad de evaluar la calidad de la asistencia, seguía debatiendo acerca de su justificación.

Se trata de un texto breve, que cualquier experto en calidad debería revisar en momentos profesionales de crisis existencial.

Rafael Liedó

*Adjunto a la Dirección Médica
del Hospital Clínico de Barcelona*

Prioridades para el progreso de la evaluación y monitorización de la calidad de la atención*

Avedis Donabedian

Resumen

En este trabajo se abordan las siguientes prioridades; redefinir y ampliar el campo de la evaluación; refinar los métodos de evaluación; rediseñar y evaluar los sistemas de garantía de calidad; promover la participación de la comunidad; dar un carácter profesional a las acciones de garantía de calidad, y crear una cultura de apoyo. Se plantea que la prioridad más urgente es la evaluación empírica de los métodos que garanticen la calidad. Se concluye con la idea de que la búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitorización de la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitorización fracasará.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud. Evaluación. Prioridades en salud.

Las prioridades que se abordarán brevemente, son las siguientes:

1. Redefinir el campo de evaluación
2. Ampliar el campo de evaluación
3. Refinar los métodos de evaluación
4. Rediseñar los sistemas de garantía de calidad
5. Evaluar los sistemas de garantía de calidad
6. Promover la participación de la comunidad
7. Dar un carácter profesional a las acciones de garantía de calidad
8. Crear una cultura de apoyo

Entre los temas que requieren de atención para redefinir el sentido de calidad, están los siguientes:

1. Desarrollar la base científica para la medición de la efectividad y la eficiencia
2. Equilibrar la atención que se presta a los aspectos técnicos e interpersonales de la atención
3. Equilibrar la atención entre la efectividad y los costes
4. Equilibrar la valoración individual y la social

Es importante tener en cuenta que nuestra habilidad para identificar lo que es más efectivo y eficiente en la atención a la salud, depende del conocimiento científico previo. Sin ese co-

Summary

This paper discusses the following priorities: redefining and widening the scope of assessment, redefining assessment methods, redesigning and evaluating quality assurance systems, promoting consumer participation, professionalizing quality assurance, and creating a supportive culture. The article proposes empirical assessment of quality assurance methods as the highest priority. It concludes with the idea that seeking quality is the ethical dimension of professional life. Therefore, all reasonable efforts towards monitoring quality will be successful. Without this, the cleverest monitoring systems will fail.

Key words: Quality of health care. Evaluation. Health priorities.

nocimiento, nuestros juicios sobre la calidad son dudosos y se mantienen sujetos a prueba¹.

Debido a que los aspectos técnicos e interpersonales de atención están interrelacionados, ambos se deben incluir en todo sistema de gestión de calidad. Asimismo, es importante considerar el coste de la atención y encontrar los medios que permitan evaluar los costos y los beneficios de la atención, desde el punto de vista tanto individual como social, sin afectar el compromiso de cada proveedor de salud para el bienestar individual de cada uno de sus pacientes^{2,3}.

Las medidas a través de las cuales se puede ampliar el campo de la garantía de la calidad, son:

1. Considerar toda la atención que reciben los individuos
2. Considerar a la población como un todo
 - a. Dar cuenta del balance entre la eficacia y el costo
 - b. Informar sobre los requerimientos de la equidad

Es necesario trascender de la evaluación aislada de los casos, así como tener una visión más integral de la atención completa que se brinda a nivel individual y a nivel comunitario. Y en este último nivel, se debe considerar no sólo los costos y los beneficios, sino también la equidad. Las acciones más equitativas pueden o no ser más costo-efectivas².

Los métodos para evaluar la calidad de la atención se pueden mejorar a través de:

1. La valoración coincidente del proceso y el resultado
2. La inclusión de la calidad de vida como una medida de resultado
3. La redefinición de los criterios de severidad de la enfermedad
4. El desarrollo de criterios más flexibles de acuerdo con la variabilidad entre casos

En vez de discutir continuamente acerca de si es mejor la evaluación del proceso o la evaluación de resultados, se debe evaluar a ambos simultáneamente, y comparar los juicios que resulten de estas evaluaciones. Esto ayudará a confirmar nuestras opiniones, y a descubrir las fallas en el desempeño, o bien demostrará que nuestro conocimiento o nuestros criterios son deficientes.

Al medir resultados, necesitamos urgentemente de medios para tomar en consideración no solamente la duración de la vida, sino también su calidad. Necesitamos mejores métodos para adaptarse a la gravedad del caso, a fin de extraer conclusiones sobre la calidad de la atención a partir de los criterios del resultado⁴. De manera similar, para una evaluación más precisa (del proceso y de los resultados), nuestros criterios y estándares deberán ser flexibles a las variaciones de las características clínicas de los pacientes⁵.

Algunos de los temas para rediseñar métodos que aseguren y mejoren la calidad, pueden resumirse de la siguiente manera:

1. Coordinación de la monitorización interno y de las actividades relacionadas
 - a. Componentes nuevos y viejos
 - b. Componentes centralizados y descentralizados
 - c. Atributos de control y motivación
 - d. Actividades de detección de errores y de educación
 - e. Componentes de prevención de riesgos y de promoción de la calidad
2. Coordinación de actividades de monitorización interna y externa
3. Diseño de sistemas de información apropiados

Mi opinión es que las actividades de garantía de la calidad tienen que conformar un sistema interrelacionado, de algunas partes nuevas y otras antiguas; de algunas centralizadas y otras descentralizadas; de algunas de control y otras de motivación; de algunas que detectan fallos, y otras educativas; de algunas que previenen riesgos y otras que promuevan la calidad. Asimismo, es necesario, contar con el apoyo tanto de los elementos internos a una institución, como con los externos; sin embargo, estos elementos no deberían obstaculizarse entre sí. Finalmente, pienso en un sistema de información que facilite la continua vigilancia epidemiológica del desempeño, como un elemento vital de todo sistema de garantía de la calidad.

Indiscutiblemente, lo mío se trata de una síntesis de una postura ecuménica más que fragmentaria, opuesta al principio de que hay que escoger entre una filosofía u otra cuando, de hecho, cada una tiene su utilidad y sus limitaciones. En lugar de continuar el debate sólo sobre los fundamentos teóricos y filosóficos, deberíamos dedicarnos a la dura tarea de evaluar rigurosamente

la eficacia y el coste de las diversas alternativas para diseñar e instrumentar sistemas de garantía de la calidad. El estudio de efectividad debería incluir la habilidad para modificar el comportamiento y medir las consecuencias de ese cambio en los resultados de la atención. Asimismo, tendría que incluir la dilucidación de los factores que influyen en la efectividad⁷.

Otro aspecto de gran prioridad, es el de prestar mayor atención a los consumidores como agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, teniendo en cuenta que pueden ser

1. Productos de la atención médica
2. Quienes fijan las pautas de la atención
3. Reguladores de la atención
4. Jueces de la calidad de la atención

Los consumidores generan la atención el participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cuál deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger. Finalmente, juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

Por otra parte, es necesario educar y capacitar a expertos en garantía de la calidad. El diseño e instrumentación de los sistemas de garantía de la calidad, es una labor de gran complejidad que requiere de un conocimiento y de una destreza considerables. Considero que esto aumenta la creación de una especialidad, con un status similar al de cualquier otra especialidad clínica. Una posible designación de este tipo de especialista, sería la de epidemiólogo del desempeño clínico⁸.

De todas las prioridades aquí presentadas, la que considero más urgente es la de la evaluación empírica de los métodos que garantizan la calidad. Sin embargo, creo que la prioridad más importante a largo plazo, es la de la promoción de una cultura de apoyo. La garantía de la calidad debe convertirse en una parte conocida, aceptable, incluso necesaria, de la vida profesional. Los medios para llevar a cabo esto incluyen:

1. Educación profesional:
2. Refuerzo de la participación personal a través de la educación y la capacitación, y durante la vida profesional, y
3. El apoyo institucional y político.

Por último, permítaseme expresar una convicción que cada día se arraiga más y más en mí, en la medida en que sigo profundizando en esta materia. La presento como un epílogo a esta breve exposición, aunque quizá debería ser su coronamiento:

“La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ática de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitorizar la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitorización fracasará”.

Bibliografía

1. Donabedian A. The assessment of technology and quality: A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J Technol Assess Health Care* 1988; 4:487-98.

2. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality cost, and health: An integrative model. *Med Care* 1972;20:975-92.
3. Donabedian A. Quality and cost: Choices and responsibilities. *Inquiry* 1988;25:173-92.
4. Thomas JW, Longo DR. *Application of severity measurement for hospital quality managements*. *Hosp Health Serv Admin* 1990;35:221-43.
5. Donabedian A. Criteria and standards for quality assurance and monitoring. *Qual Rev Bull* 1986;12:99-108.
6. Donabedian A. *Contributions of epidemiology to quality assessment and monitoring*. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1990;11:117-21.
7. Donabedian A. Reflections on the effectiveness of quality assurance. In: Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. *Striving for quality in health care: An Inquiry into policy and practice*. Ann Arbor, Mi: Health Administration Press, 1991;3:59-126.
8. Donabedian A. *Specialization in clinical performance monitoring: What it is and how to achieve it*. *Qual Assur Util Rev* 1990;5:114-20.

La determinación de hacer que las cosas mejoren

Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* 1996;8:401-7

En el texto presentado Donabedian aborda -en clave de conferencia de clausura- el tema del impacto de las intervenciones de mejora de calidad para conseguir cambios en los comportamientos. La constatación de que todos los métodos de garantía de calidad han demostrado ser efectivos en alguna situación concreta, pero ninguno ha demostrado ser superior a otros en todas -o en la mayor parte- de las situaciones, y la incertidumbre que esto genera, es utilizada por Donabedian para explicitar las dos estrategias de selección de intervenciones de mejora más empleadas: a. combinar diversos métodos, confiando en posibles sinergias, efectos acumulativos o, como mínimo, en que alguno de ellos sea efectivo, y b. intentar analizar las relaciones entre contexto e intervención, bajo la asunción de que la efectividad no se debe tanto a la "eficacia" teórica de una intervención en abstracto, como a su idoneidad en un contexto determinado. Ambas estrategias -y en ausencia de una teoría aceptada sobre la efectividad de las intervenciones de mejora- son combinadas en las aproximaciones eclécticas del tipo "gestión total de la calidad", cuyas dimensiones relevantes incluyen tanto los aspectos contextuales, como los operativos.

Respecto a los aspectos contextuales, el problema crítico es la cultura de las organizaciones, el conjunto de creencias y valores que definen como los miembros de una organización interpretan la realidad, la necesidad de cambiar esta realidad, y el cómo debería ser cambiada. Concretar esta cultura en modalidades propicias a la mejora de la calidad asistencial es responsabilidad de los gobiernos, de las organizaciones profesionales (que no son sólo los colegios profesionales o las sociedades de especialidades médicas, sino que también incluyen organizaciones diversas, como la Sociedad Española de Calidad Asistencial y otras similares), de los financiadores y proveedores de servicios y, sean o no conscientes de ello, de los usuarios. El liderazgo que ejerzan estas instituciones y sus miembros representativos en cada entorno concreto (entendiendo liderazgo como la capacidad para persuadir, motivar e inspirar confianza, pero también como la ejemplaridad en el compromiso personal con la calidad) acaba por determinar el predominio de unos u otros elementos culturales e interactúa de forma profunda con las normas profesionales, la estructura subyacente de relaciones sociales organizadas que definen los comportamientos aceptables -o censurables- en un grupo profesional. Este liderazgo -o su ausencia- es un determinante esencial para el éxito o el fracaso de las políticas e intervenciones de mejora. La dimensión operativa no se limita al conocimiento de los métodos. Como mínimo requiere la demostración -con datos y métodos- de que algo debería ser mejorado; la decisión de hacer algo, pero nada debe ser cambiado"- implica asunción de riesgos e incertidumbre; la gestión de la intervención de mejora, donde no sólo importa hacer algo, sino hacer justo aquello que debe

hacerse, cuando debe hacerse y en la forma en que debe hacerse; y la evaluación de la mejora, en la medida que la credibilidad de la "gestión de calidad total" depende, precisamente, de que demuestre empíricamente mejoras en la calidad.

Donabedian concluye que, de tener que señalar un elemento como el más importante para que la "mejora de calidad" funcione, este sería la firme determinación de conseguir que las cosas mejoren. Nos encontramos, pues, ante un texto que, de forma inusual en los trabajos escritos de Donabedian, no pretende tanto incrementar o transmitir conocimientos sobre los marcos y métodos del análisis de calidad, como apelar a nuestra capacidad de compromiso y responsabilidad, elementos que -en sí mismos- forman parte de las creencias y valores que definen la "cultura" de mejora de la calidad.

Aunque originalmente este mensaje es lanzado en otro entorno, es probablemente adecuado para la compleja situación del sistema sanitario en España (tal vez no más difícil que otras, pero compleja en tanto es la que nos ha tocado vivir a nosotros y es en la que tenemos que tomar -o eludir- nuestras decisiones). Al margen de los méritos de diversas iniciativas en marcha y del voluntarioso esfuerzo de muchos francotiradores de la mejora de calidad, el compromiso con la calidad -y el liderazgo para transformar este compromiso en una cultura organizativa que permita el éxito de las intervenciones de mejora- no se ha traducido en políticas sistemáticas y visibles por parte de los diversos gobiernos, de las instituciones públicas y privadas, y de las instituciones profesionales. Así, y en ausencia de políticas, la cultura de nuestras organizaciones esta dominada por la burocracia y el corporativismo, se confunden los problemas de los profesionales -algunos más legítimos que otros- con los problemas de un sistema que debería centrarse en torno a los pacientes y las poblaciones, y -cada vez con menos disimulo- se actúa como si las declaraciones y documentos huecos -carentes de los recursos y estrategias para su implantación- o las argucias del marketing institucional, fueran realidades consolidadas.

Donabedian no parece confiar en una estrategia de resistencia (esperar a que los tiempos mejoren) y apuesta porque las personas asuman -institucional y personalmente- el liderazgo para conseguir cambios en la cultura de la organización y para desarrollar mejoras reales. Repitiendo sus conclusiones: adoptar la firme determinación de hacer que las cosas mejoren es el elemento más importante si se quiere que algo mejore. Probablemente es una apuesta acertada, porque aunque no es obvio que la voluntad de las personas sea suficiente para conseguir cambios, si parece un requisito imprescindible.

Salvador Peiró

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Efectividad de la Garantía de Calidad*

Avedis Donabedian

Los organizadores de esta conferencia intentaron, desde el principio, adoptar como tema de la Garantía: "El impacto de la Garantía de Calidad en la Atención Sanitaria". Y por ello, hemos oído, durante todos estos días, las limitaciones de este tema en sus múltiples variantes, como las notas encantadoras de una flauta mágica.

Cuando se me encargó despedir la conferencia pensé que lo más apropiado sería dedicar unas palabras a "La efectividad de la Garantía de Calidad". Tarea fácil, pensé, ya que es un tema que he estudiado y sobre el que he escrito durante los más de 30 años de mi vida profesional^{1,2}. ¡Qué apresurado fui!, ¡Qué temerario, qué imprudente! Pronto verán por qué.

Según iba desarrollando esta tarea ingente, la fui desgranando en sus aspectos esenciales. Decidí hablar de un único tipo de garantía de calidad: el que consiste en obtener información de la práctica en función del análisis de la misma y que conduce a modificar la conducta: de manera directa, a través de las actividades de formación y motivación y, de manera indirecta, a través de ajustes en el diseño del sistema. Además, decidí tener únicamente en cuenta, la atención clínica, obviando cualquier otro aspecto de la actuación de las organizaciones, menos esenciales en el intercambio profesional-paciente.

Pero, incluso con estas limitaciones, el tema presenta algunas dificultades importantes: en la definición, la conceptualización, la documentación y en la presentación.

La "efectividad" no es un concepto sencillo. Cabe considerarlo como un proceso dividido en sí mismo en una serie de pasos: introducción; implantación; implementación; modificación de la conducta y, por último, el consiguiente progreso hacia la salud y los objetivos relacionados con la salud. Es probable que muchos de los factores que influyen sobre la efectividad de la garantía de calidad actúen de manera continuada, a lo largo de esta progresión. Es probable también que en cada una de las etapas, algunos factores pueden influir más que otros y, en algunos momentos, emerger nuevos factores que pueden ser determinantes. Por ejemplo, al principio del proceso, la naturaleza de la intervención que se propone y la receptividad hacia la misma, representan factores dominantes. En la transición que va de las conductas a los resultados, la variable más importante es la capacidad de aprovechar la tecnología de la atención sanitaria de manera más efectiva. No obstante, lo que acontece en las etapas previas marcará lo que vendrá después; anti-

parse a lo venidero va a influir sobre lo que suceda en las etapas posteriores.

Un modelo similar de modulación y reverberación se produce en los diversos estratos del sistema sanitario. A nivel más general, existen factores sociales que rodean, moldean e influyen poderosamente sobre el funcionamiento del sistema sanitario. Ese sistema se diferencia en estratos y segmentos: estratos como la institución, el departamento, el grupo de trabajo y el individuo, y segmentos como el personal profesional y administrativo. En cada uno de estos niveles y segmentos, existen distintas fuerzas que pueden influir sobre si se va a adoptar o no la Garantía de Calidad, la forma en que se desarrollará y en el grado de efectividad con que va a implementarse.

El gran número de intervenciones de garantía de calidad, aisladas o conjuntas, añade otro grupo de complejidades. Igual que el estado imperfecto de nuestro conocimiento acerca de los efectos de estas intervenciones. Es cierto que existe una amplia bibliografía al respecto. Mucha parte de ese material es anecdótico; se limita a describir aquello que se ha realizado y que parece haberse conseguido, únicamente en lugares específicos y durante períodos cortos de tiempo. Existen pocos estudios controlados. Por ejemplo, de los más de 6000 informes sobre educación continuada recogidos por Davis y Colaboradores, sólo 99 merecieron un análisis más exhaustivo. De ellos, sólo dos terceras partes informaban de cambios en las conductas y incluso menos, hacían mención de cambios en los resultados. Además, los cambios observados se limitaban normalmente a un número reducido de variables del proceso y resultados estudiados, eran pequeños, difíciles de cuantificar y de una importancia clínica indeterminada³.

Todavía más raros que los estudios de intervenciones individuales bien diseñados, son las valoraciones de las variaciones de estos métodos. Más raros incluso, hasta el punto de no existir, son los estudios diseñados para evaluar estrategias de Calidad diferentes basadas en teorías diferentes o confrontadas. Presentar este material empírico, incluso después de un recorte riguroso, sería imposible en una charla de este tipo y, si se presentara, nos llevaría a la conclusión inevitable que: cada método establecido en garantía de calidad demuestra su utilidad en algunas situaciones. Certificación previa y segunda opinión. Los recordatorios, feed-back, estudios de perfiles, protocolos, indicadores, *benchmarking*, guías de práctica, especificaciones y educación

*Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* 1996;8:401-7

Reproducción autorizada por los propietarios del copyright para la traducción española en homenaje a la figura del profesor Donabedian. Versión española supervisada por Fundación Avedis Donabedian y Revista de Calidad Asistencial

continuada en todas sus variantes, todos funcionan. Funcionan los círculos de calidad, los equipos de mejora de calidad y los esfuerzos de grupos similares, los incentivos económicos y los incentivos profesionales. También funcionan las intervenciones normativas, los controles administrativos y las intervenciones profesionales. Todo ello funciona. En este momento, ningún método se muestra mejor que el resto en cualquier situación, o en la mayoría de casos.

Una respuesta a esta incertidumbre es utilizar una combinación de métodos, esperando que se produzca un efecto de acumulación, o incluso una sinergia. Afortunadamente, los métodos disponibles forman parte de constelaciones o secuencias razonables que prometen el fortalecimiento mutuo. Las guías de práctica, persuasión profesional, feed-back y educación continuada constituyen una de estas secuencias. También podría darse una interacción entre los requisitos normativos externos y las iniciativas internas administrativas o profesionales, una interacción de refuerzo mutuo más que antagónica.

Otra respuesta a la actual incertidumbre, en el momento de elegir el mejor método, es postular que la efectividad no depende únicamente del método, sino también de la interacción entre el método y la situación en que se va a implementar. Se busca, entonces, un tipo de encaje entre método y situación. El estudio de la efectividad se convierte, entonces, en el estudio de los contextos y de las intervenciones apropiadas para cada uno de ellos.

En un estudio de este tipo, una teoría de la efectividad serviría de ayuda, aunque desconozco una teoría así. Más bien existen muchas teorías y muchas perspectivas que compiten. La organización sanitaria puede ser vista como una cultura o un grupo de culturas, a las que el esfuerzo de la garantía de calidad debe adaptarse, o modificarse si se pretende que la garantía de calidad florezca. La organización sanitaria puede verse también de una forma similar como un sistema de interacciones sociales, cuya conducta está gobernada por el ejemplo, la aprobación y el apoyo de las personas significativas. Por ello, la garantía de calidad debe ir ligada a esta red de intercambios sociales⁴. De manera alternativa, la organización sanitaria está dotada de un grado considerable de racionalidad, en que la información y el conocimiento gobiernan y es, a través de ellos, que debe actuar la garantía de calidad⁵. O quizás, la conducta en el sistema de atención sea también racional en otro sentido en el cálculo del interés propio, ya sean las ventajas económicas, sociales o profesionales. La garantía de calidad debe pues intentar contribuir a estos intereses o, cuanto menos, no perjudicarlos. Contrariamente, la conducta en el sistema sanitario puede no ser tan racional como a la gente le gustaría creer. Puede que esté gobernado, en parte, por una variedad de necesidades, aspiraciones y temores psicológicos y emotivos⁶. Posiblemente, el sistema sanitario sea una red de comunicaciones verticales y horizontales; o sea un sistema de relaciones de poder, o de subordinación; o se trate de todo lo anterior más otras cosas.

Dada la ausencia de una teoría unificadora, uno busca refugio en fórmulas eclécticas que aportan varias perspectivas. Hoy la más dominante de estas formulaciones recibe el nombre de "gestión de la calidad total" o alguna de sus variantes.

Tengo ante mí dos informes. El primero trata del esfuerzo para reducir la mortalidad de la cirugía con bypass de las arte-

rias coronarias, en distintos estados del norte de Nueva Inglaterra. Lleva las siglas "TQM" (Total Quality Management), emplea sus métodos y conceptos, utiliza el mismo lenguaje y tiene éxito. En este caso, como en muchos otros, el TQM funciona⁷.

El segundo informe nos llega del Estado de Nueva York, tiene los mismos objetivos, aunque está concebido y gestionado por una agencia gubernamental inconfundible y con grandes poderes de retribución. Es tradicional, pragmático. El TQM se escapa de sus conocimientos. Sin embargo, también funciona, cuanto menos igual, quizás mejor⁸.

¿Se le puede dar un sentido a todo esto? ¿Os dais cuenta ahora de la problemática que he tenido que abordar?

Afortunadamente, a pesar de todos los dilemas planteados, existen ciertos aspectos que suelen tratarse en las bibliografías sobre "efectividad", son temas basados, en parte, en evidencias empíricas, en parte, en expectativas fundadas en bases teóricas y, en parte, en especulaciones informadas. Ahora me voy a dedicar a estos temas.

Para introducir al menos un aspecto ordenado a mi presentación, dividiré estos temas, de manera arbitraria, en "contextuales" y "operacionales".

El contexto incluye las propiedades generales de la situación donde se va a introducir y donde operará la garantía de calidad. Estas propiedades pueden ayudar u obstaculizar la garantía de calidad, o tan sólo apoyarla en cierta forma, o en condiciones restringidas. Entre los factores contextuales, nos encontramos inicialmente con la noción de "cultura", que incluye aquello que creemos y valoramos, nuestra visión de la realidad y su interpretación, como nos comportamos y nuestra manera de actuar. Todo esto se manifiesta en la importancia que otorgamos a la calidad, como la definimos, a quién otorgamos su responsabilidad y los mecanismos que la regulan. El papel del gobierno es crítico en estos asuntos, al igual que el papel de las profesiones sanitarias, de las organizaciones que financian y proveen la atención y de los consumidores, individual o colectivamente.

En una etapa posterior yendo de lo genérico a lo particular, se suele hablar de la cultura dentro de una organización- el microcosmos donde los aspectos que he mencionado antes, entran en juego. Se dice, a menudo, que algunas formas de garantía de calidad, constituyen una "revolución del pensamiento" que requiere el correspondiente cambio cultural. Algunos rasgos de ese cambio aparecen en la clara asunción de la responsabilidad de la calidad como máximo objetivo de una organización, la difusión de esa responsabilidad en todas sus partes y niveles, la correspondiente implicación del personal ("empowerment") y una forma de gestión menos autoritaria. Además, las organizaciones se dividen entre las que se resisten al cambio y las que buscan aprender y están dispuestas a explorar nuevos límites y a asumir riesgos justificados⁹.

Lo que no queda claro es la manera de conseguir el cambio cultural adecuado. Quizás se produzca, en parte, a través de la intervención de fuerzas externas: la presión gubernamental, aspiraciones profesionales, demandas del consumidor, la actuación de fuerzas de mercado, etc. Todo ello implica una amenaza sutil o manifiesta para la organización; que deberá ponerse al día o desaparecer.

Tal vez, el factor más frecuentemente mencionado como rasgo de cultura, o modificador de la misma, sea el liderazgo: liderazgo en todas las esferas sociales y en todos los niveles de la organización. El gerente es un líder; así como el director de unidad, el directivo y los miembros del equipo de mejora de calidad.

El liderazgo va asociado, a menudo, a los puestos de autoridad; la capacidad de ejercer autoridad, influir sobre las carreras e incentivar o censurar son rasgos importantes del mismo, incluso si se mantienen en un segundo plano. Las relaciones de poder son un factor que no debe ignorarse cuando se adopta y gestiona la garantía de calidad. Pero existen otros atributos de liderazgo que tienen una importancia similar o mayor: la capacidad de persuadir, motivar, inspirar confianza, establecer un ejemplo de participación y de compromiso personal en la empresa de garantía de calidad. Además, a la mayoría de clínicos les gustaría ver a uno de ellos en el aparato de garantía de calidad; a un médico de alto rango y de competencia incuestionable.

En parte, esta preferencia está relacionada con otro factor contextual, el del patrocinio. En la práctica clínica, el patrocinio por parte de una asociación profesional relevante (de médicos, enfermeros-as, etc.) confiere legitimidad a la garantía de calidad en conjunto, y más especialmente, a las guías de práctica y criterios particulares que pertenecen a los detalles del trabajo clínico. Se trata de un recurso que hay que intentar conseguir constantemente.

Tanto el liderazgo como el patrocinio, implican una estructura subyacente de relaciones sociales organizadas. Además, la organización formal de la institución sanitaria es un requisito casi obligatorio para la introducción y realización de actividades de garantía de calidad. Las organizaciones formales crean el espacio donde se produce el cambio cultural y donde se ejercita el liderazgo. Disponen de los medios para establecer los objetivos de actuación, investigar el éxito o el fracaso, identificar los factores causales y adoptar las medidas adecuadas. Dentro de las organizaciones, las redes de comunicación informal e influencia interpersonal se concentran y potencian, ofreciendo el vehículo adecuado para los procesos de garantía de calidad. Cuando el nexo de organización no está suficientemente desarrollado, o virtualmente ausente, como en la práctica privada de la atención ambulatoria, se necesita, a menudo, alguna estructura de organización nueva, formal o informal, que permita a los médicos captar recursos, desarrollar su experiencia y ofrecer soporte mutuo en su labor de mejora de la práctica asistencial¹⁰.

Pasemos a la segunda categoría que he planteado: los factores "operacionales" que influyen sobre la efectividad. Para presentar esta cuestión de forma ordenada, voy a ayudarme de modelos más generales de conducta sanitaria, a través de una progresión de etapas bastante tosca¹¹:

1. Existe una necesidad demostrable, consecuente y legítima.
 2. Algo se puede hacer para satisfacer las necesidades.
 3. Lo que se vaya a hacer o se haya hecho, es lo correcto y se hace de forma correcta.
 4. Existen resultados demostrables, útiles, que no tienen consecuencias imprevistas o perjudiciales.
- Voy a analizar estas etapas de manera ordenada.

Existe una necesidad demostrable, consecuente y legítima

La conciencia de necesidad puede derivar, como ya he mencionado, de la actuación de fuerzas externas, puede generarse por sí sola, o surgir de la interacción de ambas. Aunque independientemente de cómo se suscitó, la necesidad debe considerarse importante y clínicamente relevante. A menudo, una primera etapa razonable representa un esfuerzo organizado, a través de un debate de grupo para identificar las necesidades y formularlas en un orden de prioridad acordado. Por regla general, trivializar es peligroso, aunque a veces, es necesario empezar por algo sin importancia relativa que una unidad clínica desearía haber hecho, esperando de ese modo demostrar el potencial de apoyo y éxito de la función de garantía de calidad.

Para ser demostrable y creíble, lo que es necesario hacer debe documentarse con datos, datos de calidad y procedencia intachable. Además, la conclusión que se extrae de los datos debe ser, en sí misma, persuasiva y convincente. Las comparaciones se pueden realizar con estándares normativos de legitimidad aceptable, tanto los aprobados profesionalmente, como los generados por el grupo. La participación en la formulación de estas directrices y estándares parece que amplía su cumplimiento. Se dice, además, que la comparación con la práctica actual de otros compañeros "peers" o de instituciones similares tiende a ser más convincente y algunos creen que la fijación anticipada de objetivos precisos y mensurables, en especial relacionados con los resultados de la atención, tiene un fuerte carácter motivador, aún en caso de no alcanzarse los objetivos^{12,13}.

La manera de presentar los datos también es importante. Más efectiva que la transmisión escrita, es la oportunidad de explicar y debatir los resultados y su interpretación, y más aún si la práctica individual se debate en privado con un colega con experiencia, respetado y de confianza¹⁴.

La convicción genuina de que la práctica necesita mejorarse es el primer paso del proceso de garantía de calidad.

Algo se puede hacer para satisfacer las necesidades

Lo que debería seguir a una convicción de que algo necesita mejorarse es, como mínimo, una expectativa razonable de que la mejora se puede realizar. Sin excesivo rigor, esto formaría parte de la rúbrica popular, siempre seductora de la "implicación" (*empowerment*).

El *empowerment* se aplica a todos los niveles de organización: ejecutivo, de gestión y operativo. Se aplica, de manera especial, a la dirección del área de garantía de calidad. Esto se ve reforzado por la designación, para este cargo, de un jefe de rango y autoridad considerables, que pertenezca a las más altas esferas de la organización, donde pueda participar e influir sobre las decisiones que inciden de manera significativa en la calidad. La dirección del área de garantía de calidad también se refuerza pudiendo disponer de los recursos necesarios: humanos y materiales. Estos incluyen los distintos requisitos y niveles de especialización. También incluyen el tiempo. Nada desmerece más una función de garantía de calidad, revelando su marginalidad en una organización, que su delegación a personas de poca autoridad, o gestionada como complemento de otras responsabilidades existentes, en su propio tiempo libre.

Estas observaciones se aplican también para los grupos o equipos que asumen, o se les pide que asuman tareas de mejora de calidad. La calidad emerge si todo el mundo está alerta de las oportunidades para mejorarla, las puede comunicar, puede sugerir la manera de realizar las mejoras y puede esperar una consideración seria, que se deriva en acción en caso necesario. De este modo, se fomenta un sentido de optimismo, casi de aventura, dentro de la organización. En caso contrario, cabe esperar cinismo en un principio y resignación y apatía después, en aquellos que permanecen mientras los mejores se van.

El siguiente paso necesario es el de la acción a adoptar, aunque no una acción cualquiera, sino sólo aquellas que sean razonables y se aprueben.

Lo que se hace, o se ha hecho, es lo correcto, hecho de la manera correcta

Las expectativas sobre qué intervenciones y qué alteraciones de la vida normal de una organización puede realizar la garantía de calidad, son quizás el determinante principal de cuan cálidamente se reciba o cuan obstinadamente se rechace. Posteriormente, las primeras acciones adoptadas pueden confirmar las expectativas, o bien, confirmar o empezar a disipar los temores que suelen crearse siempre que introducimos cualquier cambio en el orden establecido. En cada etapa posterior, con cada nuevo proyecto, reaparece la necesidad de conseguir la aprobación, excepto que uno espera que los sucesos previos, hayan creado una confianza gradual y promuevan las ganas de colaborar.

De gran importancia para lograr la aceptación de las intervenciones de garantía de calidad es que sean congruentes. Esta "congruencia" es el grado de afinidad entre las intervenciones planeadas y lo que he denominado como "cultura": la cultura de la organización como conjunto, o de las subculturas de sus partes- entre estas últimas, la de los profesionales de la atención como la más convincente.

Como mínimo, debe intentarse la compatibilidad con los ideales profesionales o, todavía mejor, reforzarlos. Se necesita un compromiso claro con la calidad, según la entienden los profesionales, antes que la búsqueda de un ahorro de costes. Se trata de avanzar en el bienestar de los pacientes, reforzar la responsabilidad de los profesionales y atender las necesidades de formación y aprendizaje de los profesionales. Ayuda a conocer las razones y métodos de lo que se propone. Resulta menos inquietante cuando los métodos y conceptos de la garantía de calidad tienen similitudes con los del método científico, que es respetado por los profesionales, o se fundamentan en la solución de problemas médicos, en que los profesionales participan todos los días de manera activa. Si resultara inquietante pedir a los profesionales que adoptaran conceptos y métodos que, claramente, parten del sector industrial, no sería necesario hacerlo, ya que la atención a los pacientes es un objetivo profesional convincente, el modelo de gestión propuesto es un rasgo de la vida profesional y los métodos que hay que emplear son básicamente epidemiológicos, con algunas ampliaciones compatibles¹⁵.

En la mayoría de casos, creo que es mejor, poner énfasis en la continuidad en detrimento de las disyuntivas, para ampliar

las actividades de garantía de calidad, que ya están presentes en muchas instituciones sanitarias. Aunque este principio no se sostiene, si lo que ya existe ha venido impuesto desde el exterior, es discordante, desacreditado y se muestra ineficaz. Es mejor, entonces, ofrecer como alternativa, no otra incursión externa, sino el retorno a las tradiciones más puras y auténticas de las profesiones sanitarias.

Una gran parte de lo que parece novedoso en garantía de calidad es eminentemente tradicional. Los profesionales quieren monitorizar su propio trabajo, dirigidos por gente de su confianza y respeto. Prefieren estudiar los modelos de actuación, antes que investigar culpables individuales. Prefieren buscar las causas de error en los procesos y estructura subyacentes que en la mala práctica profesional. Si se producen errores de conocimiento, juicio o habilidades, quieren que se corrijan a través de la formación y el reciclaje educativo, no a través del castigo. Además, la formación sería más efectiva si se enfocara directamente en las necesidades simples y contrastadas, y la llevaran a cabo, en persona, colegas respetables y reforzadas, si es posible, por ayuda y consejo individual.

Todo esto es congruente con las normas profesionales. Atiende también a otro principio, el de la "propiedad". El patrocinio y liderazgo profesional son condicionantes previos de la propiedad, al igual que la participación personal en la función de garantía de calidad: cuando establece sus objetivos, fija sus criterios y estándares, desarrolla sus procesos e introduce, en lo posible, los cambios que prescribe. A través de la "propiedad", también se atienden otros dos principios. Son la "relevancia" y la "utilidad". Los propósitos y consecuencias de la garantía de calidad deben ser relevantes para la vida y el trabajo de los que participan en él, o deben ser consumidores, por así decirlo, de sus resultados y consecuencias. Opera en los dominios que los consumidores reconocen como propios, donde ellos trabajan, donde ejercen responsabilidades y donde pueden aportar cambios. Lo ideal sería, para empezar, que la función de la garantía de calidad haga aquello que sus consumidores quieran que se haga, que genere la información que desean obtener y que se centre en los efectos que quieren ver realizados. En resumidas cuentas, que tenga utilidad.

A veces, la garantía de calidad es útil para resolver discretos problemas que han preocupado a una unidad clínica. Otras veces, sirve para atender aspiraciones individuales revelando y recompensando, por ejemplo, una actuación meritoria, que de otro modo pasaría inadvertida. Algunas veces, a toda una profesión, enfermería por ejemplo, se le ofrecen nuevas oportunidades para la expresión y el crecimiento individual, así como un camino para el reconocimiento e incluso poder profesional. Cuando se manifiestan estas utilidades, no tan sólo se acepta la garantía de calidad, sino que se persigue con persistencia.

A modo de resumen, la función de la garantía de calidad, si queremos que florezca, debería ajustarse a los imperativos culturales de aquellos en los que pretende influir. La garantía de calidad es, además, una fuerza capaz, en sí misma, de aportar un cambio cultural gradual en esa cultura, por lo que, con el tiempo, puede emerger una mayor competencia. Por consiguiente, la garantía de calidad debe estar en boga por mucho tiempo. Debe ser persistente, consistente, perfectamente justa y debe mostrar resultados.

Existen resultados demostrables y útiles, libres de consecuencias imprevistas y perjudiciales

La credibilidad de la función de garantía de calidad depende ante todo de que las cosas que se hagan como consecuencia de sus actividades y de que se demuestre su utilidad. Permítanme que a esto lo denomine graciosamente el principio de "realización".

¿Qué podría ser más persuasivo que experimentar de primera mano los beneficios de la garantía de calidad? ¿Qué podría confirmar mejor el compromiso de una organización? Al revés, ¿qué podría ser más destructivo para todo el esfuerzo que observar que la garantía de calidad es un tejido de pronunciamientos ostentosos, o simplemente un trabajo laborioso: oneroso, aburrido, poco gratificante e inútil?

Todavía peor, sería experimentar las consecuencias indeseables que alguien ha temido desde el principio, entre ellas: la debilitación de la responsabilidad profesional, juicios profesionales distorsionados, estereotipos de la práctica clínica, falta de motivación para innovar, riesgos legales y un ambiente de temor que conduce a la resistencia, la evasión, el ocultismo y, por último, la desmoralización.

Estos pronósticos tan alarmantes son los más comunes, por supuesto, son los fantasmas convocados por los tímidos o meros manipuladores, para justificar la oposición a las iniciativas legítimas de garantía de calidad. Sin embargo, la mala experiencia demuestra también que, bajo formas perversas de intervención, se pueden materializar esos temores. Por consiguiente, habrá que evitarlos en cada una de las etapas.

Es el momento de concluir, aunque de una manera más esperanzadora.

En mi opinión, la condición individual más importante para el éxito de la garantía de calidad es la determinación para hacer que funcione. Si nos comprometemos de verdad con la calidad, prácticamente cualquier método razonable podrá funcionar. De no hacerlo, el más elegante de los mecanismos fracasará.

Nos vamos a marchar, lo sé, dispuestos a conservar la preservación de la calidad como un valor sagrado. Una vez más, nos dedicamos a ese alto menester.

También sería justo, que cuando dejemos esta ciudad, agradeceríamos su hospitalidad y rezáramos con todo el corazón para que la paz reine en ella. Permítanme, pues, que lo haga ahora, con las palabras del propio salmista, primero tal como él las dijo y después traducidas¹⁶:

Rezad por la paz de Jerusalén: los que te aman prosperarán.

Que reine la paz entre tus muros y la prosperidad en tus palacios.

Por mis hermanos y por mis compañeros que la paz esté con vosotros.

Porque del hogar del Señor nuestro Dios buscará tu bien.

Y ahora, queridos amigos, adiós y que Dios nos bendiga a todos.

Bibliografía

1. Donabedian A. A guide to medical care administration. Volume 11. Medical care Appraisal. American Public Health Association, 1969. Ver páginas 116-21 en "Implementation", y páginas 122-51 en "Effectiveness".
2. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. Part II, pages 59-128. In: RH Palmer, A Donabedian, GJ Povar. *Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991.
3. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.
4. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *Qual Rev Bull* 1992;18:413-22.
5. Batalden P, Stoltz PK. A framework for continued improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Com J Qual Improv* 1995;19:424-52.
6. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. Unpublished.
7. O'Connor GT, et al. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. *JAMA* 1996;275:841-46.
8. Hannan EL. Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. *JAMA* 1994;271:761-213.
9. Shortell SM. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Services Research* 1995;30:377-401.
10. Groll R. Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Brit J Gen Practice* 1995;45:548-52.
11. Becker MH, Editor. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monograph* 1974;11:324-508.
12. Williamson JW. Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment. *JAMA* 1971;218:564-69.
13. Grimshaw J, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1995;4:55-64.
14. Eisenberg JM. Changing physicians' practice patterns. Part II, pages 87-142. In: *Eisenberg, Doctor's Decisions and the Cost of Medical Care*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1986.
15. Donabedian A. Continuity and Change in the quest for quality. *Clin Perform Qual Health Care* 1993;1:9-16.
16. Salmo 122, versículos 6-9.

La evaluación de la competencia de los médicos

Donabedian A. Evaluating physician competence. *Bull World Health Organ* 2000;78:857-60

Avedis Donabedian es el pensador más influyente en el campo de la calidad de la atención a la salud. A través de un corpus de artículos, libros y conferencias extendiéndose por más de tres décadas ha trazado los fundamentos para la comprensión sistemática de esta importante área de estudio de los sistemas de salud. Desde su primer trabajo, ya clásico, publicado en 1966¹, introduce los conceptos de estructura, proceso y resultados que hasta nuestros días permanecen como el paradigma dominante para la evaluación de la calidad de la atención a la salud. Un indicador de la importancia de dicho trabajo es el hecho de que se ha convertido en una de las "Citas Clásicas" en el campo de la investigación de los sistemas de salud². El punto culminante de su obra es la serie de tres volúmenes acerca de la "Explorations in Quality Assesment and Monitoring", en los cuales encontramos la sistematización de conceptos, métodos y evidencia³.

De una producción que comprende ocho libros y más de cincuenta artículos, uno de los pocos trabajos no publicados por Donabedian ha salido a la luz recientemente. Se trata de la conferencia que el profesor Donabedian dictó en 1976 en una reunión sobre "La evaluación del desempeño de los médicos en la atención ambulatoria". Como todo lo que ha escrito Avedis Donabedian, se trata de una contribución visionaria adelantada a su tiempo. Hoy en día, cuando los países en todos los niveles de desarrollo y con todos los sistemas políticos están

cuestionándose de manera activa acerca de sus sistemas de salud, evaluar su desempeño se ha convertido en un asunto imperativo. La competencia de los prestadores es un componente crucial de dicha evaluación.

El artículo que a continuación se reproduce nos ofrece una mirada a un tema de capital importancia y a la mente creativa de uno de los verdaderos gigantes de este campo.

Bibliografía

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* 1966;44:166-206.
2. This week's Citation Classic. Current Contents. *Soc Behavior Sciences* 1983;15(6):18.
3. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (1980); Vol II. The Criteria and Standards of Quality (1982); Vol III. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.

Julio Frenk
Secretario de Salud. México

Evaluación de la competencia médica*

Avedis Donabedian

Al evaluar la competencia médica, lo primero que nos viene a la mente es una amalgama de métodos que pugnan y chocan, a veces, para hacerse con una posición. Se asemejaría, en ocasiones, a un campo de batalla donde se enfrentan unos contendientes. Para entender esta confusión y poder elegir con criterio, a partir de los muchos métodos que se nos ofrecen, deberemos volver a los principios básicos. Quizás, la pregunta más importante sea: ¿Competencia para hacer qué? ¿Cuáles son los objetivos y los medios preferidos para alcanzarlos?. Voy a intentar responder en función de tres titulares: el área de responsabilidad, el nivel de responsabilidad y los medios.

El área de responsabilidad es, de por sí, un campo complejo y en expansión. En esencia, trata la gestión de las dolencias físicas a través de la aplicación de ciencia y tecnología médica. El nivel de dominio de esta ciencia y tecnología está en la base de la competencia, aunque de ningún modo define su totalidad. El éxito en la gestión de enfermedades físicas, exige a menudo ampliar el ámbito de la medicina, para incluir la gestión de otros factores cognitivos, psicológicos y sociales. Estos factores pueden influir en la causa o persistencia de la enfermedad; e incluso, si esto no fuera así, su adecuada manipulación suele ser necesaria para poder aplicar con éxito la ciencia y tecnología de la medicina. Además, la enfermedad física crea una serie de necesidades psicológicas en el paciente, que éste espera satisfacer durante la interacción médico y paciente. De este modo y por estas razones, la pregunta ¿Competencia, para qué? adquiere un nuevo significado y plantea nuevas exigencias al médico y a la organización en la que trabaja.

Un cambio de enfoque desde el manejo de la enfermedad física a la gestión de la salud física aporta una nueva dimensión conceptual e incorpora otros matices en los criterios del manejo técnico, psicológico y social que constituyen la competencia. Y esto no lo es todo. De manera paralela a la progresión desde la enfermedad a la salud, existen áreas análogas de responsabilidad para la enfermedad mental y la salud mental, y para la enfermedad social y la salud social. En su sentido más amplio, el área de responsabilidad engloba "el bienestar físico, mental y social", tal como lo contempla la definición de la "Organización Mundial de la Salud (OMS)". Esto podría representar una extensión al absurdo y yo no abogo necesariamente por ello. Lo único que digo es que debemos determinar el contenido y los límites de nuestras responsabilidades legítimas antes de poder fijar la competencia para ejercer esas responsabilidades.

Los niveles de responsabilidad ofrecen una perspectiva similar de inclusividad y complejidad progresiva, con la amenaza añadida de la ambigüedad moral y del conflicto. La principal responsabilidad del médico es hacia el paciente individual. En este nivel, el objetivo es encontrar e implementar la solución óptima que permita un equilibrio entre beneficios y riesgos durante la gestión médica. La esencia del juicio clínico es elegir el contexto apropiado para conseguirlo y alcanzar la solución óptima; la esencia para valorar la competencia médica es la evaluación del juicio clínico. Hacer menos es periférico, incompleto y probablemente peligroso.

No obstante, el médico es el responsable no tan sólo del individuo sino también de un colectivo. Ello establece un límite de tiempo, de atención y otros posibles recursos que pueden destinarse a cada paciente. Así, el juicio clínico exige identificar las prioridades relativas entre los pacientes. De este modo, el médico se convierte en la principal herramienta para destinar los recursos; y la solución óptima para destinar recursos forma parte de la calidad de la atención. En este caso, una evaluación de la competencia caso por caso podría no bastar para identificar un elemento importante de la calidad agregado. En la práctica privada, cada médico es responsable de resolver cualquier contradicción que surja entre las estrategias óptimas para individuos y para el conjunto de casos, limitando el tamaño de éste último. En la práctica organizada, la decisión puede estar, en diferentes grados, fuera de su mano. En estos casos, esto deberá detectarse de forma explícita y actuar en consecuencia en el momento de evaluar la competencia.

Se plantean consideraciones similares cuando el médico, individualmente, o la organización, como colectivo, es responsable de una determinada población. En esto, existe una doble limitación de recursos, primero un acceso diferencial y después una gestión diferencial después de producirse el acceso.

El análisis a nivel social incluye todas las consideraciones abordadas; no obstante, los intereses sociales pueden alterar el énfasis relativo que se ponga en ellos y añadir elementos que son nuevos en el conjunto. De hecho, la medicina puede utilizarse para alcanzar propósitos colectivos que, a veces, van en contra de los intereses individuales, introduciendo un serio conflicto en la relación médico y paciente. La presente reivindicación de responder mejor a las necesidades colectivas entraña serios peligros. La sociedad y la humanidad no son sinónimos; y el principal compromiso de la medicina hacia los objetivos hu-

*Donabedian A. Evaluating physician competence. *Bull World Health Organ* 2000;78:857-60

Reproducción autorizada por los propietarios del copyright para la traducción española en homenaje a la figura del profesor Donabedian. Versión española supervisada por Fundación Avedis Donabedian y Revista de Calidad Asistencial

manos exige una oposición sin fisuras a los colectivos organizados, aunque éstos hablen en nombre de pacientes individuales.

Una consideración que afecta a todos los niveles de responsabilidad es el de los costes. En el punto en que los individuos se costean la atención, la solución óptima beneficios-riesgos debe tener en cuenta los costes. Los pagos de terceros, alargando y posponiendo los costes finales de las decisiones asistenciales, facilitaron que los médicos, durante un tiempo, se permitieran el lujo de prestar poca atención a los costes monetarios directos como elemento de juicio clínico. Ahora se ha restablecido el equilibrio, aunque con una diferencia vital. A partir de ahora, cada vez se nos planteará con creciente insistencia que tengamos en cuenta los costes de las decisiones médicas, no para el paciente individual sino para el colectivo, introduciendo pues otro elemento de tensión en la relación médico y paciente.

Vemos pues que la valoración de la práctica médica debe reconocer las limitaciones en los medios de los que el médico dispone. Ya hemos aludido a esas limitaciones en los recursos financieros y en el tiempo. Las limitaciones en la ciencia y la tecnología de la medicina son, desgraciadamente muy conocidas por los médicos para requerir mayor elaboración. Otro grupo de limitaciones deriva de los valores sociales y de las convenciones que gobiernan la interacción médico - paciente. Se distinguen por que se trata también de objetivos que ayudan a definir la calidad de la atención y, por consiguiente, la competencia de la práctica. Engloban consideraciones que incluyen la privacidad, la confidencialidad, evitar los abusos y el nivel adecuado de participación en la toma de decisiones.

Queda claro que lo que constituye la competencia depende de la especificación previa de un contexto de evaluación social y de la organización. Cabe mencionar que la elección del contexto adecuado no es un asunto que un médico, ni siquiera una profesión, puedan determinar de manera unilateral. Por una parte, se requiere el consentimiento del paciente individual y de su médico; por otra parte requiere legitimidad a través de un consenso social. No obstante, los médicos deben insistir en que no pueden responsabilizarse de funciones para las que no han recibido una formación específica, ni de áreas sobre las cuales no tienen control. La aceptación de responsabilidades debe estar condicionada a la autoridad competente.

Una vez establecido el marco, podemos echar un vistazo a algunos de los métodos que evalúan la competencia médica. Estos deberán clasificarse adecuadamente como evaluaciones de atributos, actividades y logros.

Los atributos que suelen ofrecerse como medidas indirectas de competencia describen la educación, la formación y la experiencia. A pesar de que se trata de unos factores significativos en la competencia, queda claro que no consiguen explicar muchas de las diferencias en la práctica. Existen atributos personales adicionales que se entienden muy poco y que son como mínimo igualmente importantes. Además, los centros y organizaciones donde ejercen los médicos pueden influir poderosamente en la práctica a través de diversos incentivos. La interacción entre los atributos personales y de la organización es extremadamente compleja, y debemos saber mucho más de esos atributos, antes de empezar a prever la práctica con un nivel de confianza aceptable. Por ahora, debemos poner un

énfasis especial en la evaluación de las actividades y los logros.

Bajo el epígrafe de las actividades, la calidad se define como el comportamiento que se establece para alcanzar los objetivos adecuados en el manejo clínico. Todo aquello que un médico dice o hace en su trabajo está sujeto a una evaluación informal por parte de sus pacientes y colaboradores; y ningún médico que tenga una visión adecuada sobre la opinión de los demás es inmune a esta influencia. De ahí que este mecanismo informal para evaluar y moldear la conducta deba ser alimentado cuidadosamente. Para funcionar adecuadamente, la red informal requiere la máxima transparencia mediante informes, consultas, conferencias, enseñanza, trabajo en grupo, rotación de la responsabilidad de los pacientes, etc. La red debería también ampliarse e incluir ramas, a menudo aisladas, que aportan mucha información. Estas incluyen a colegas que no participan directamente en la asistencia al paciente (como radiólogos y patólogos), otros profesionales de la salud como enfermeros/as y, por supuesto, los propios clientes.

No obstante, por muy importante que sea la red informal de evaluación e influencia, no puede quedarse de manera aislada. Se requiere un mecanismo de evaluación formal que garantice el carácter justo, la predictibilidad, estabilidad y legitimidad de la práctica. Nada más destructivo para la moral, que un procedimiento de evaluación basado en impresiones no verificadas, utilizando criterios individuales y aplicado de manera selectiva y a conveniencia.

Existen dos categorías de métodos para evaluar formalmente las actividades médicas: la evaluación de la actuación en situaciones de pruebas y la evaluación de la actuación en la práctica real.

La realización de tests de competencia es un campo amplio y complejo sobre el que no tengo competencia. Parece, sin embargo, que las pruebas sobre conocimientos son por sí solas insuficientes. La situación de test debería permitir evaluar el juicio clínico y las habilidades para resolver problemas. Debería incluirse la capacidad para la obtención e interpretación de datos sensoriales (por ejemplo, al auscultar). Es probable que, aunque contando con producciones multimedia, la evaluación de la atención real a un paciente siga siendo el test definitivo.

La práctica real debe evaluarse a través de la observación, tanto directa como a través de cintas de vídeo; historias realizadas por el médico u otros profesionales e incluso el paciente, mediante entrevistas con los médicos o cuestionarios y a través de medios formales de obtención de opiniones de otras personas en la red informal que ya hemos comentado.

Cada uno de estos métodos tiene unos usos y limitaciones ya conocidos, por lo que abordaré únicamente algunos aspectos.

Es obvio que una buena historia clínica es de primordial necesidad. No deberían incluir únicamente aquello que se descubrió y trató, sino permitir también la reconstrucción de pensamiento y opinión del médico, puesto que nuestro objetivo es evaluar el juicio clínico y no el mero cumplimiento de unas secuencias estereotipo.

A este respecto, creo que los listados de criterios específicos conllevan el peligro de trasladarnos a un callejón sin salida. No es cierto afirmar que "Tengo más calidad que tú porque

mis listas de criterios son más largas que las tuyas". Los criterios son una función útil que nos alerta de que algo puede ir mal. Sería trágico aceptarlos como representaciones de calidad, excepto en el sentido más basto. Vuelvo a reiterar que la calidad reside en el ejercicio de un juicio apropiado en la búsqueda de objetivos adecuados. Las evaluaciones de calidad sólo pueden ser válidas, de confianza y defendibles explícitamente si se es capaz de especificar los objetivos de la asistencia, las estrategias alternativas para alcanzar esos objetivos y evaluar cada estrategia utilizando criterios específicos. Afortunadamente, nos encontramos en un pleno resurgimiento del interés en la toma de decisiones clínicas. Los frutos de esta investigación no van a ser simples herramientas de evaluación de calidad, sino, de forma más importante, mejores medios de enseñanza de las habilidades clínicas. Finalmente, una mejor comprensión de la eficiencia y efectividad relativas a las estrategias alternativas de la asistencia tendrán un impacto en la política sanitaria pública en su sentido más amplio.

La evaluación de estrategias alternativas de atención requiere unir una secuencia de actividades conectadas lógicamente con los resultados específicos obtenidos. La medición de estos resultados es, por consiguiente, un componente necesario en la evaluación de la calidad. Dependiendo del alcance y nivel de responsabilidad aceptado, los resultados seleccionados podrán incluir aspectos de la función física, psicológica y social y son evaluados en individuos o colectivos. Cualquiera que sean los resultados seleccionados para evaluación, hay que cumplir ciertos requisitos.

- Los resultados seleccionados deben ser relevantes para los objetivos de la atención.
- Los resultados deben conseguirse a través de una buena atención; es decir, disponiendo de los instrumentos necesarios y bajo el control del médico.
- Los resultados, tanto si son positivos o negativos, deben atribuirse, primero, a la atención médica y luego a la contribución del médico a dicha atención.
- Deben tenerse en cuenta tanto la duración de los resultados como su magnitud.
- Como consecuencia, debe tenerse en cuenta el equilibrio entre los niveles y la duración de los resultados alternativos. Por ejemplo, una vida más corta con un mayor nivel de funcionalidad debe contrastarse con una vida más larga y una mayor discapacidad.
- Otra consecuencia: debe disponerse de información sobre los resultados relevantes, que no es tarea fácil, en especial, cuando se requiere un seguimiento a largo plazo de los pacientes.
- Para tener una visión global, es necesario, no tan sólo examinar las consecuencias de adoptar acciones, sino también las consecuencias de no adoptarlas.
- Por último, el resultado no debe aislarse. También hay que considerar los medios utilizados para alcanzar los resultados, a menos que se asuma que los recursos son ilimitados, nada más lejos de la realidad.

Estos son requisitos difíciles de cumplir. Ahora, la atención se centra en los índices que combinan el impacto de la muerte y los distintos niveles de discapacidad funcional en la población. No obstante, los mismos métodos podrían aplicarse para medir la supervivencia bajo tratamiento en condiciones determinadas, no tan sólo en términos de longevidad sino también en cuanto a competencia funcional y otros aspectos de la calidad del incremento de vida que se consiguen. Con una medición de este tipo, junto a un modelo claro de las estrategias asistenciales disponibles, podríamos estar en el camino de descubrir una respuesta racional y claramente documentada al problema de definir y evaluar la competencia médica, como componente de una constelación mayor que define la calidad de la atención.

Permítanme que concluya con una serie de observaciones resumidas.

- No existe ahora un método único para evaluar la competencia médica. Debemos abogar por un sistema de evaluación que incluya los atributos, las actividades y los logros. Nuestro sistema de garantía de calidad debe incluir además la atención a los tres componentes mencionados. En especial, los programas de asistencia médica no deben limitarse a unos estándares estructurales y de proceso, debemos oponernos firmemente a ese tipo de sugerencias, para que estos programas puedan experimentarse de otras maneras más eficaces que permitan conseguir resultados comparables. La búsqueda de sistemas más eficaces de conseguir resultados constituye una gran obra de investigación que debe someterse a controles rigurosos por parte de investigadores cualificados y no sesgados. No obstante, el hecho de que las respuestas se estén buscando en el mercado, indica que nuestros centros médicos han fallado gravemente en el cumplimiento de una obligación vital.
- Más importante que el refinamiento técnico del sistema de garantía de calidad que se adopta, es el compromiso con la calidad lo que hace que el sistema funcione.
- Los médicos deben insistir en que cualquier sistema de evaluación de calidad debe estar en consonancia con una visión realista de lo que constituye una buena atención, de sus obligaciones para salvaguardar los intereses de los pacientes y de los medios de que disponen.

Estamos todavía en la infancia de la evaluación de la calidad. Se necesitan muchas más investigaciones básicas, especialmente para evaluar el estado de salud y modelar el proceso de toma de decisiones clínicas. El auténtico progreso en la evaluación de la calidad surgirá como producto de investigar la relación entre las estrategias de atención y los resultados, sujeta a unos criterios de valoración claramente definidos, que incluyan mediciones de los costes monetarios y no monetarios y de los beneficios, a los individuos y a la sociedad. El enlace entre medicina social y clínica abre unas perspectivas de reto y excitación colectiva sin parangón para los investigadores, con grandes recompensas para la sociedad en general. Todos estamos invitados a participar en esta empresa.

Reflexión desde la experiencia

Donabedian A. El pasado y el futuro a los ochenta años. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:785-7

Difícilmente puede aportarse algo novedoso sobre una vida y una obra que por su relevancia y brillantez han constituido un lugar común para la búsqueda, el aprendizaje y la inspiración de todos aquellos que hemos orientado nuestro trabajo hacia la gestión y la calidad en el ámbito sanitario.

Sin embargo, en el artículo que nos ocupa, hay dos aspectos que me han impactado sobremanera al profundizar en el relato cronológico mediante el cual y con total sencillez y sentido pedagógico, el profesor Donabedian repasa algunos de los principales hitos en la conceptualización y evolución de la evaluación y mejora de la calidad.

Ambos aspectos constituyen la apertura y cierre de su irrepetible aventura humana y profesional e ilustran la procedencia y naturaleza de las convicciones que le han hecho erigirse en un referente único y singular.

A continuación se reseñan los aspectos comentados:

– “*Mi padre, un hombre amable y tranquilo, practicaba la medicina con una dedicación que no he visto nunca igualada. A él debo yo mi visión de lo que debería ser la asistencia sanitaria*”.

– “*¿Y cual es el secreto de la calidad?, os preguntareis. Muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello*”.

Su filosofía de vida y trabajo quedan perfectamente reflejadas en estos dos párrafos que atesoran una visión nítida, clarividente de cómo debería ser la asistencia sanitaria y, finalmente, la síntesis, el secreto celosamente guardado y verificado a través de largos años de trabajo: La materialización de su visión de la asistencia sanitaria reside en el amor.

Todo lo demás, conocido y reconocido, constituye una de las trayectorias más brillantes en el ámbito de la gestión sanitaria y la investigación en servicios de salud y forma parte de su historia aunque conservando plena vigencia.

Uno de sus elementos más sobresalientes deriva de ese mestizaje de personas, teorías e ideas que confluyeron en un corto pero fecundo período de tiempo en torno a la Escuela de Salud Pública de Harvard, donde el profesor Donabedian ejerció el papel de catalizador e integrador.

Hasta el final de sus días, supo aunar conocimientos y sensibilidades diversas desde una visión lúcida y totalmente innovadora de la mejora de la calidad, recogiendo e integrando sus aportaciones con las de predecesores y contemporáneos como Goldmann (Valoración de la calidad basada en la estructura), Morehead (Revisión implícita), Rosenfeld (Revisión implícita guiada), Peterson (Método observacional), Lembcke (Valoración por criterios explícitos), Slee (Precursor de los “indicadores” de la Joint Commission) y otros autores más recientes como Williamson (Concepto de autoevaluación y mejora), Brook (Rigor en la medición del proceso y los resultados de la asistencia) o Berwick (Introducción del modelo industrial en el ámbito sanitario).

De forma gráfica y bastante modesta a mi juicio, explica su participación en todo este proceso: “*Cada uno de nosotros no es más que un eslabón de una cadena que empezó mucho antes de nosotros y que continuará mucho después que hayamos partido*”.

Su empeño y capacidad para tender puentes entre diferentes escuelas, entre la teoría y la acción, entre el pasado y el futuro, entre el humanismo y el rigor científico, convierte sus obras en un lugar revisitado, estimulante y confortable donde siempre se solucionan dudas y se suscitan nuevas inquietudes para seguir avanzando en la ardua tarea de mejorar la asistencia sanitaria.

Andoni Arcelay
Director Gerente Hospital Txagorritxu

El pasado y el futuro a los ochenta años*

Avedis Donabedian

Queridos amigos y colegas,

Estar aquí es para mí como un sueño. Como en un sueño, veo lo que sucede, pero es extraño, incomprensible. ¿Quién soy yo? ¿Dónde estoy? ¿Qué hago aquí? Parece que, en cualquier momento, me despertaré y me daré cuenta de que todo ha desaparecido.

Pero cuando me despierto, todavía están ustedes aquí, y mi sueño es sustituido por los recuerdos de cómo llegué aquí, de la amabilidad de que he sido objeto, de los regalos de amistad que me habéis concedido.

Hace pocos cumplí ochenta años. Me siento tentado, por tanto, a reflexionar sobre el período de mi vida, pero eso sería demasiado. De mis orígenes diré sólo que crecí en una pequeña ciudad árabe de Palestina, en tiempos más felices que los de ahora, pero en unas circunstancias tan primitivas que, durante mi infancia, todavía no teníamos electricidad y las bestias de carga eran los principales medios de transporte y viaje.

Mis padres eran armenios que habían huido milagrosamente del genocidio turco. Mi madre, una mujer inteligente, apasionada, voluntariosa, pero sin apenas educación, cuidaba la casa. Mi padre, un hombre amable y tranquilo, practicaba la medicina con una dedicación que no he visto nunca igualada. A él debo yo mi visión de lo que debería ser idealmente la asistencia sanitaria.

Mi objetivo al dedicarme a la medicina era ser como mi padre, seguir el trabajo que él había empezado. No sería así. Pronto, los aires de guerra que habían barrido mi tierra nativa me llevaron de un lado a otro hasta que, al fin, me encontré, con esposa y dos hijos enfrentándome a un nuevo comienzo en los Estados Unidos, una tierra al mismo tiempo acogedora y dura.

Fue aquí, cuando estudiaba en la Escuela de Salud Pública de Harvard, donde me introdujeron en el estudio formal de la calidad en la atención sanitaria. Mi profesor, Franz Goldmann, acababa de publicar una valoración de calidad basada en lo que ahora llamaríamos las características estructurales. Hasta el día de hoy, guardo como un tesoro el ejemplar que me dedicó.

Goldmann, refugiado del terror nazi, me tomó bajo su tutela. Creo que vio en mí una versión más joven de sí mismo, alguien capaz de igualar en dotes a cualquier americano nativo, pero que se enfrentaba como él al mismo ascenso laborioso y empinado hacia un eventual reconocimiento.

Como parte del proceso de formación, la Escuela de Harvard exigía cortos períodos de observación y estudio en una organización sanitaria en funcionamiento. Me enviaron a Nueva York para ver cómo se combinaban el seguro sanitario y la práctica médica en grupo en un prototipo de lo que ahora llamaríamos organización de asistencia gestionada" (*managed care*) o HMO, sólo que sin ánimo de lucro. Perseguí más bien un objetivo social más alto, algo que en mi país adoptivo parecía en gran parte abandonado.

Aquí, en cada fase, estuve en compañía de pioneros notables que se dedicaban con ahínco a remodelar la asistencia sanitaria. Entre las muchas innovaciones que introdujeron, había métodos para monitorizar la calidad de la asistencia en los varios grupos de práctica asociadas con el sistema de seguro. Una persona destacó por encima de todos en este esfuerzo: Mildred Morehead, una mujer con una inteligencia, una inventiva y una tenacidad notables. Todavía me acecha la mirada fija de sus ojos azules como el acero.

Con el tiempo, Morehead vino a personificar un método importante de valoración de la calidad. Se trata del uso de juicio sin restricciones por parte de médicos expertos, seleccionados y preparados para revisar las historias clínicas de asistencia, un método que más tarde se llamaría revisión implícita. Pocas personas han conseguido alcanzar el nivel de habilidad y rigor con que ella lo practicaba.

Cuando mis estudios en la Escuela de Salud Pública estaban a punto de terminar, gracias a la intervención de Goldmann obtuve mi primer trabajo en los Estados Unidos como humilde investigador en un proyecto dirigido por Leonard Rosenfeld. Sería mi segundo mentor, y el más importante.

La misión de Rosenfeld era desarrollar un método de amplio alcance para valorar la calidad de la asistencia, por ejemplo, en toda un área metropolitana como Boston. Mi misión era una pequeña parte de este gran esfuerzo. Tenía que diseñar y realizar un estudio de asistencia prenatal, principalmente para determinar en qué momento empezaba la asistencia, y si se había puesto en práctica o no el manejo estándar del protocolo. Recuerdo lo poco apto que me sentía para la tarea, y lo mal que me adaptaba a estar todo el día tras una mesa, alejado de los instrumentos clínicos del médico, y sin pacientes para cuidar... isólo papel, papel, papel; palabras, palabras, palabras!

Mientras yo me dedicaba a aprender, lentamente, casi por ensayo y error, a mi alrededor se realizaba todo tipo de trabajos. Uno de los proyectos, bajo la dirección de Rosenfeld, era una valoración de la calidad en varios hospitales de Boston. Como en el trabajo de Morehead, los expertos tenían que valorar las historias clínicas de asistencia, pero con una diferencia. Para garantizar mayor validez y fiabilidad, Rosenfeld, aconsejado por comités de expertos, desarrolló elaboradas instrucciones para guiar la revisión y calificar la calidad. Así, se añadió un nuevo escalón y se creó una nueva forma de valoración, llamada más tarde revisión implícita guiada. Muchos años más tarde, los investigadores de la *Rand Corporation* pensaron que habían descubierto el método, no por malicia, sino porque, en nuestro campo, hemos hecho caso omiso de la continuidad histórica.

El trabajo de Rosenfeld atrajo una atención considerable entre un pequeño círculo de investigadores afines. Muchas personas eminentes vinieron a visitarnos como amigos y como consultores. Entre ellos estaba Osler Peterson, ya famoso por haber propuesto otro método de valoración. Peterson demostró que era posible que un médico experimentado observase tranquilamente la actuación de otro médico, sin interferir, en el proceso de asistir a un paciente y de valorar en consecuencia la calidad de la asistencia proporcionada. La grabación en video, introducida más recientemente, es una extensión de este método observacional.

Desgraciadamente, el proyecto Rosenfeld sólo sobrevivió a los primeros años de financiación, a pesar de los grandes avances que había realizado. Pronto todos los miembros del proyecto se vieron obligados a buscar trabajo.

En las reuniones anuales de la Asociación Americana de Salud Pública hay algo así como un mercado de esclavos donde los que necesitan trabajo dejan un *currículum* (normalmente inflado) de lo que han hecho, mientras sus futuros amos los observan para encontrar al que más les gusta. Fue aquí donde, como suplicante, conocí a dos más de nuestros líderes.

Uno de ellos era Paul Lembcke, un hombre más bien pequeño, pálido, que no sonreía nunca, sobre el que pendía ya la sombra de la muerte prematura. No le provocó ninguna impresión aquel neófito con pocos éxitos en su haber. Él mismo (entre muchas otras contribuciones notables, incluyendo el análisis de área pequeña) había desarrollado un método de valoración de la calidad que calificaba de científico. Era científico, argüía, porque la selección de los casos y la gestión específica de cada uno de ellos estaba codificada tan cuidadosamente por adelantado que no importaba quien emitiera el juicio pues el resultado era prácticamente el mismo. Fue el inicio de lo que más tarde se dio en llamar "valoración por criterios explícitos". Sigue siendo, con pequeños refinamientos, una de nuestras herramientas principales.

Mi segunda entrevista fue con Vergil Slee. En aquella época, Slee y sus asociados estaban refinando otra aproximación más a la evaluación. A cambio de una cantidad económica, un hospital podía conseguir información abstraída, mayormente de la historia médica, para tabularla, presentarla gráficamente y compararla con la experiencia en otros hospitales similares. Fue el precursor de una línea de desarrollo que ha llevado a los "acontecimientos centinelas" de Rutstein y sus colaboradores, y a los "indicadores" patrocinados por la *Joint Commission for Accreditation*.

Con Vergil Slee también fracasé, como le recordaba a menudo más tarde, cuando nos hicimos amigos. Sin saber qué hacer a continuación, acepté un puesto modesto de profesor de medicina preventiva en Nueva York. Mis vínculos con la evaluación de la calidad parecían irreparablemente rotos, pero el destino tenía sus planes.

Poco después de abandonar Nueva York para ir a la Universidad de Michigan, Rosenfeld, mi constante amigo y mentor, volvió a intervenir. Gracias a sus esfuerzos, me encargaron revisar lo poco que se había escrito sobre evaluación de calidad y presentarlo de una manera sistemática organizada. Me tomó seis meses de trabajo constante durante los que a menudo me sentí confuso, y al final muy inseguro de qué había conseguido. De modo bastante inesperado, mi trabajo resultó ser mi contribución clave a la evaluación de la calidad. En él se pueden encontrar elementos de casi todas mis ideas subsiguientes.

En mi trabajo inicial, había definido bastante deliberadamente la calidad de una manera que evitaba la medición tanto de resultados como de los costes monetarios de la atención. De este modo simplifiqué mi misión, pero me gané muchas críticas. Se hizo necesario, por tanto, explicar más tarde la importancia de los resultados y el coste para la calidad y su evaluación.

Mientras pensaba en esos temas, un joven brillante, aventurero intelectual y con un entusiasmo casi maníaco, John Williamson, estaba desarrollando sus propios modelos de evaluación. Con el tiempo, nos hicimos amigos. Siempre que me veía me llevaba a la pizarra más cercana y, tiza en mano, procedía a cubrirla de diagramas de modelos en los que los resultados de la asistencia tenían un papel clave. En este aspecto era y es, el descendiente más directo de Ernest Amory Codman.

La opinión de Codman era que todo cirujano (y en consecuencia, todo médico) debía revisar periódicamente los efectos de su asistencia en la salud y bienestar de sus pacientes para aprender cómo hacerlo mejor. Por este punto de vista, y los a veces provocativos métodos que aplicaba para fomentarlo, sufrió el ridículo, la oposición violenta y casi la ruina económica. Ahora, más de 80 años después, le rendimos homenaje casi como el santo patrón de la valoración de la calidad: el padre de todos nosotros.

Es probable que la afinidad de Williamson con Codman no fuera el resultado de la derivación directa sino de la invención independiente. Lo mismo es cierto de Beverly Payne que, junto con sus compañeros de la Universidad de Michigan, desarrolló lo que él llamaba la "aproximación de criterios" a la evaluación, sin conocer el trabajo de Lembcke, muy anterior. Payne merece ser recordado, sin embargo, por refinar, utilizar y popularizar el método. Sé, porque es mi médico personal, que Payne también practicaba lo que predicaba. Su reciente muerte es una pérdida irreparable.

De los hombres más jóvenes a los que mi generación pasó la antorcha, ninguno, que recuerde, supera a Robert Brook. En todas las reuniones, se situaba invariablemente en el centro del escenario y hacía una exhibición brillante de fuegos artificiales intelectuales y verbales. Era una maravilla verlo actuar. "Cuando muera, deberías ocupar mi lugar", le dije. ¡No quería en absoluto!

Me parece que la contribución más destacada de Brook a la valoración de la calidad llegó pronto en su carrera, y ha

pasado prácticamente inadvertida. Demostró que, reconstruyendo la trayectoria de un grupo de pacientes por un sistema de asistencia sanitaria, se puede descubrir dónde y cómo tiene éxito o falla el sistema. Es un método sencillo, pero útil.

Las siguientes contribuciones de Braok y sus colegas a la *Rand Corporation* son demasiadas y muy variadas para resumirlas fácilmente. La característica principal de este trabajo, creo, es el rigor sin precedentes con que se debe especificar y medir el proceso y los resultados de asistencia. Pero el propio Brook ha tomado tantas direcciones (aunque de forma remarcable) que no ha podido llegar a ser la figura central única de la garantía de calidad. Si existe alguien así entre nuestra prole, este es Donald Berwick.

Berwick empezó, sin yo saberlo, como estudiante y admirador de mi trabajo, pero pronto se sintió decepcionado. Yo había hablado mucho de evaluación, pero poco sobre cómo debía mejorarse la actuación. Su insatisfacción le llevó a los conceptos y métodos de control de calidad industrial y a sus dos líderes, William Deming y Joseph Juran.

Berwick me invitó a la primera conferencia en la que debían presentarse las aplicaciones iniciales del modelo industrial a la asistencia sanitaria. Quería que yo presentara mis opinio-

nes personales sobre su sistema. Más todavía, tenía curiosidad por ver qué pasaba cuando nos encontráramos Juran y yo, dos líderes que estábamos presumiblemente en campos opuestos. ¿El resultado? ¡Ninguno! A Juran le daba totalmente igual. Y en cuanto a lo que yo había visto y oído, lejos de parecerme extraño o nuevo, me pareció viejo y familiar. Lo más distintivo de esta escuela de pensamiento es la defensa de un estilo de gestión que es menos autoritario, más participativo, más humano y, confiamos, más eficaz. Me atrae este punto de vista. Y también aplaudo la sinceridad, la elocuencia y el celo casi religioso con el que Berwick ha promovido su misión.

Podía haber mencionado muchas otras personas notables. Pero creo que he dicho suficiente para mostrar cómo hemos progresado y cómo cada uno de nosotros no es más que un eslabón de una cadena que empezó mucho antes de nosotros y que continuará mucho después que hayamos partido. Honremos pues a nuestros predecesores y alegrémonos con los que nos seguirán. Sin duda, ese es el secreto de nuestra satisfacción.

¿Y cuál es el secreto de la calidad?, os preguntaréis.

Muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello.

Avedis Donabedian***Autumn and After***

*It is Autumn now; the trees like
Peasant brides are coined in gold;
The sun is golden too. The air
Falls silent now the birds departing
As winter peeks
Come Christmas next,
All coinage spent,
whiteness replacing,
Will there be me?
Shaping in me a quiet jubilation,
A marvelous stillness.
I hear Him whisper
In my ear his precious secret
When you feel most abandoned
I'm most near
I feel in me a vast sun rising,
To burn me to a crisp, or else.
To let me free.*

Otoño y después

Ahora es otoño; los árboles,
Cual novias aldeanas,
están coronadas en oro
y el sol es áureo también.
El aire cae en el silencio ahora que las aves se despiden
y el invierno lanza una furtiva mirada.
Después, se acerca la Navidad,
agotados los dorados,
todo se troca en albura,
¿Existiré entonces?
Inspirando en mi un callado júbilo,
una quietud maravillosa.
Le oigo musitar en mi oído Su hermoso secreto.
Cuando más desamparado te sientes
estoy más cerca de ti.
Siento que en mi interior nace un inmenso sol
para convertirme en ascua,
o quizás para liberarme.