

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 exponerlo 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.

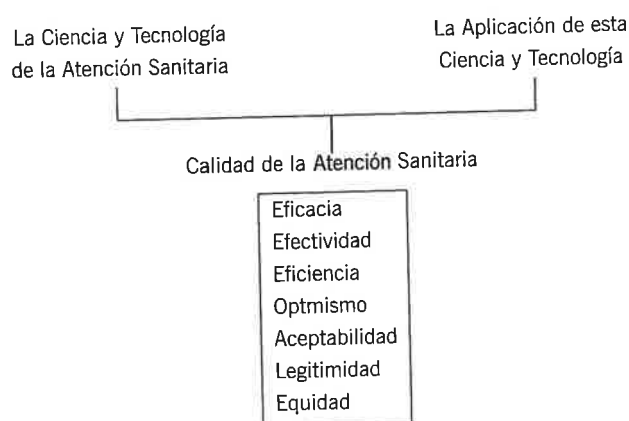
Pacientes, profesionales y su interacción

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

*Donabedian A. Quality in health care; Whose responsibility is it? *Am J Med Qual* 1993;8:32-6. 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. (1) Este trabajo se complementa con otra conferencia (2) que profundiza en sus contenidos

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.

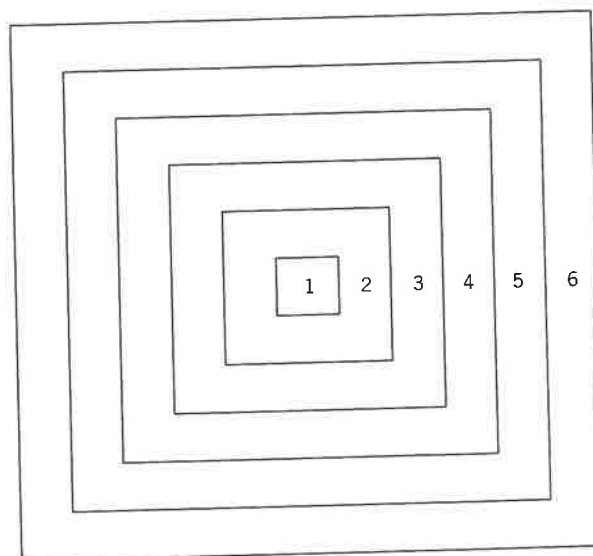
Todas estas interacciones deben someterse a las convenciones del intercambio civilizado entre iguales de nuestra sociedad, con especial atención en prevenir las inseguridades propias del rol de paciente de sentirse manipulado o explotado de alguna manera. ¿Cómo se vincula esta descripción idealizada 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 evalúan 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 sí 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 respondan 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 períodos de tiempo más

(2) Este trabajo corresponde a la continuación del artículo precedente (1)