

## 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 frecuentemente<sup>1-3</sup>. 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 colectivos<sup>4</sup>.

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

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 prudente<sup>5</sup>.

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 cuanto 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 probadas<sup>6-7</sup>. 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 descontado, 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 menudo 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 comunidades<sup>8</sup>.

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 tecnología<sup>9</sup>.

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-organizativas<sup>10</sup>. 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 equidad<sup>11</sup>. 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 quieren y participen en lograrlo. Esto puede suceder de muchas formas<sup>12</sup>.

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 Hirschman<sup>13</sup>. Está caro 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 profesional<sup>14</sup>.

"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 tornarse 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 contrario<sup>15</sup>.

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 deriva<sup>16</sup>.

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 fiduciaria

La responsabilidad final que se menciona en este artículo es la de "fiduciaria", que significa que uno actúa por delegación de otro, de forma que sirve a los mejores intereses de otro. La fiduciaria 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 comunidad<sup>5</sup>.

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'Evaluation 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.