

## 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. Perseguía 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!

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

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 tomé 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 maniaco, 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 progenie, 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.