

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica**

Remembering Avedis Donabedian, three decades later, Quality of medical care

Esperanza J. García-Fabila ^{a,*}

Recibido: 26 de septiembre de 2017

Aceptado: 28 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE:

Relación
Médico-paciente;
Atributos;
Costes;
Evaluación;
Calidad de vida.

KEY WORDS:

Doctor-patient;
Relationship;
Attributes;
Costs;
Evaluation;
Quality of life.

RESUMEN

El objeto de estudio de este artículo es la relación personal salud-paciente, describiendo sus atributos o variables (el conocimiento que el personal de salud debe tener para brindar a su atendido, los valores y principios éticos presentes y las “amenidades”, el medio y los recursos con que se cuentan para establecerla). Mención especial se hace de los costes, factor imponderable en esa relación, ya que en ocasiones facilitan y promueven la calidad de la atención médica y otras la dificulta hasta imposibilitarla o hacerla inexistente.

Finalmente se analizan los criterios que pueden asegurar la validez y confiabilidad de los indicadores de evaluación de calidad de la atención médica, por lo que se concluye que esta valoración debe ser lo más amplia posible para considerar no solo el conocimiento, los principios éticos y las “amenidades” en la relación del personal de salud con el paciente, sino que debe abarcar los resultados de ésta (calidad de vida y duración).

ABSTRACT

It is identified initially as a study to personal health-patient relationship describing its attributes or variables: the knowledge that health personnel should have to give your attended; values and ethical principles always present and the “amenities”, the means and means what it has to set. Special mention is made of the costs and imponderable factor in that relationship, sometimes facilitates and promotes quality of care, but in others it difficult to make it impossible to nonexistent.

It concludes by analyzing the criteria that can be employed to ensure the validity and reliability of indicators for assessing the quality of care, concluding that this assessment should be as broad as possible to consider not only knowledge, ethical principles and “amenities” in the relationship of health to the patient, but must cover the results of such a relationship, such as quality of life and its duration.

^a Universidad Autónoma del Estado de México, México.

* Autor para correspondencia: ahardy42@yahoo.com.mx

** Este trabajo proviene de una recopilación e interpretación que hace la autora de esta investigación sobre artículos de la obra de Avedis Donabedian.

Como pacientes concedemos a las profesiones de la salud el acceso a los sitios íntimos y sensibles de nosotros, y les confiamos asuntos que conciernen a nuestra biología, psicología y sociología. A cambio, esperamos que éstos se comporten de un modo tan estricto que no debamos temer incompetencia, mucho menos explotación.

El objetivo de evaluar la calidad de la atención es determinar el grado de éxito conseguido a través de monitorizar de forma continua la relación profesional-paciente para detectar el posible alejamiento de las normas y ser prevenido o tardíamente corregido.

La definición de calidad de la atención implica la especificación de 3 factores: el objeto de interés, los atributos o variables del objeto e indicadores con las normas y los criterios que hagan posible su medición. Existe una falta de claridad respecto a cada uno de éstos; con relación al primero, la mayor división ocurre entre dos escuelas de pensamiento: la primera se limita al desempeño de un profesional o técnico de la salud, o bien a un grupo de ellos relacionados entre sí de manera funcional en la atención de sus pacientes; mientras que la segunda presenta una visión amplia e insiste en donde el objeto de interés es un programa extenso, por ejemplo, un sistema de atención médica.

Según este punto de vista, al juzgar la calidad de la atención debe evaluarse no solo lo que les sucede a quienes la reciben, sino también a cuantas personas se encuentran privadas de ella. Asimismo, la evaluación debe determinar si la distribución de atención médica entre aquellos que la necesitan permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual obtengan beneficios óptimos.

En decir, el acceso y otros aspectos de la distribución de recursos, así como los efectos externos, se han convertido en características fundamentales para evaluar la calidad, aplicación de principio ético de justicia; sin embargo, hay que señalar que estas características no están del todo ausentes de la perspectiva restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención general lo hacen también en la posibilidad de atención particular.

Considerando el desempeño de los médicos con los pacientes individuales se distinguen 3 variables del objeto de estudio: la aplicación del conocimiento y de la tecnología para obtener un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos; el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios morales, éticos, bioéticos y a las convenciones sociales, preferencias, expectativas y necesidades legítimas del paciente; y la variable de la atención, llamada “amenidades”, que toma en cuenta los factores inmersos en la relación

interpersonal médico-paciente (sala de espera agradable, local de exploración con buena temperatura, buena alimentación y otras que redundan en la satisfacción y el bienestar del paciente). Estas variables deben ser capaces de alcanzar el equilibrio favorable entre riesgos y beneficios, como forma de evaluar el grado de calidad de la atención médica.¹

Avedis Donabedian en 1966 introdujo los conceptos de “estructura”, “proceso y resultado”, que constituyen actualmente el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud, (este proceso se refiere a la relación médico-paciente antes mencionada). Se entiende por estructura los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos, antes considerados como “amenidades”. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permitan u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios.

Los resultados de la atención son básicamente cambios en el estado de la salud, en el paciente o en la población que pueden atribuirse a dicha atención. Una visión amplia incluye los cambios en los conocimientos relacionados con la salud, la educación para la salud, las actitudes y el comportamiento del paciente, así como las modificaciones de los hábitos individuales y poblacionales.

El estado de salud en sí puede ser considerado desde una perspectiva limitada como una función biológica y desde una perspectiva amplia como calidad de vida, el cual incluye los procesos psicológicos y el desempeño social. De hecho, se están realizando investigaciones para encontrar alguna forma que combine dichos elementos: biológico, psicológico y social en una medida única que refleje no solo la supervivencia, sino también la calidad de vida. Si se logra idear este tipo de medida se podría expresar la calidad de la atención en términos de su aportación a la duración y a la calidad de vida. Es decir, la calidad de la atención es proporcional al grado de la mejoría de la calidad de la vida que logre brindar, suponiendo que el coste no constituya un obstáculo.

Así, el coste es tan importante para la política social que merece ser mencionado por separado. Tradicionalmente, al tratar las especificaciones abstractas de la calidad de la atención médica se ha excluido su coste, como si esto no fuera un obstáculo y cualquier paciente tuviera acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer. Si bien esta posición tiene un sólido fundamento ético ignora ciertas realidades importantes.

Se coincide en que no se debe hacer nada que no aporte beneficios al paciente o que implique más riesgos que beneficios; sin embargo, algunas maniobras son costosas y se realizan con poco beneficio, lo que denota falta de conocimiento y juicio clínico del personal de salud, fundamentalmente del médico, pero no se pueden prescribir únicamente aquellos procedimientos de los que se espera un beneficio neto, comprobado e infalible, según el nivel actual de conocimientos que realmente es inexistente.

Cuando escasea el dinero es lógico suponer que se usarán procedimientos en los que el beneficio neto esté en relación con el coste, pero conforme aumenta la cantidad de dinero disponible la atención se vuelve dispendiosa porque se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios netos exigüos en relación al coste. Se llega a un punto en el cual, si se explicara la situación con claridad a un paciente que pagara por su propia atención, éste se negaría a someterse a más maniobras después de haber decidido que el bajo beneficio adicional no corresponde al coste presupuestado.

De tal forma que el médico tiene la obligación de informar al paciente y a su familia del balance de riesgos, beneficios y coste, a fin de que sea posible tomar decisiones conjuntas sobre lo que debe hacerse con el mayor provecho real. Este planteamiento lleva a la conclusión de que a cada incremento de la calidad corresponde un coste monetario y de que se espera que los pacientes que consultan al médico decidan en qué momento la **calidad adicional** no tiene el valor del nuevo coste.²

En años pasados el personal de salud debía abstenerse de hacer lo que consideraba mejor para el paciente cuando éste no podía sufragar los gastos y su frustración era personal; ahora quizá deba contenerse de realizar algo que pudiera ser útil al paciente porque la sociedad lo vigila o limita y teme ser atacado públicamente. He aquí la importancia del conocimiento actualizado, el juicio clínico ético y la buena aplicación de las “amenidades”.

Por otro lado, independientemente del criterio que se emplee para evaluar la calidad de la atención médica, el aspecto de la validez resulta problemático, ya que no todo en la práctica médica se acepta de forma universal, ni se encuentra apoyado sólidamente por la evidencia científica, lo cual significa que hay dudas y controversias, cuando menos sobre algunos criterios y normas de evaluación en cualquier planteamiento y el por qué los médicos se resisten a ser juzgados con criterios y normas ajenos a los que sienten suyos.

Los criterios explícitos de orden general, formulados de antemano, dan lugar a un problema más, ya que es difícil que éstos tomen en cuenta las dife-

rencias específicas entre los distintos casos. Esto se puede resolver haciendo una subclasificación homogénea de los casos y dividiéndolos en dos tipos: categóricos y contingentes. Los primeros son listas de maniobras que deben realizarse en todos los casos que correspondan a una clase determinada. Mientras que los segundos son listas de maniobras que pueden realizarse en ciertos casos, pero no en otros, dependiendo de su naturaleza y circunstancias. Un mayor refinamiento consiste en especificar la frecuencia con que se espera que cada maniobra se realice en una muestra representativa de los casos de determinada clase.

De lo anterior, se deduce que la mayoría de los sistemas de monitorización de la calidad de la atención se realizan en dos etapas; en la primera se identifican aquellos que no cumplen los criterios explícitos; en la segunda éstos se someten a un examen detallado por parte de otros médicos. Se puede recurrir a asesores externos cuando haya oposición al juicio inicial o cuando una agencia externa tenga la responsabilidad inicial o de supervisión, o bien cuando se esté llevando a cabo una investigación.³

La medida en la que puede variar la calidad de la atención también es modificada por las características sociales o económicas de los pacientes, ya sea porque las instituciones que proporcionan la atención sean distintas o bien porque las mismas instituciones tengan una conducta discriminativa.

Con el objetivo de contar con una mejor perspectiva de los estudios sobre la calidad de atención en salud éstos se han clasificado en 5 categorías:

1. Estudios principalmente de la estructura.
2. Estudios principalmente del proceso:
 - Observación directa de la práctica.
 - Estudios basados en el registro médico.
 - La presencia o ausencia de determinados elementos fundamentales de la atención.
 - Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia.
 - Auditorias que utilizan criterios explícitos.
 - Auditorias que utilizan criterios implícitos.
3. Estudio principalmente del resultado:
 - Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones.
 - Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad.
 - Sucesos adversos susceptibles de prevención.
 - Progresión de enfermedades susceptibles de prevención.
 - Resultados de diagnóstico específico.
 - Mortalidad y morbilidad posoperatorias.

- Atribución de responsabilidades en situaciones diversas.
 - Con especificación previa de los resultados esperados.
 - Sin especificación previa de los resultados esperados.
4. Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema:
 - “Trayectorias”.
 - “Rastreadores”.
 5. Evaluación de las estrategias.
 - Mapa de criterios.
 - Prueba de las estrategias.
 - Con modelos.
 - Con pruebas clínicas.

Abordamos someramente un ejemplo de estudios del proceso basados en el registro médico.

El análisis de la historia clínica varía en grado considerable en cuanto a la amplitud y los detalles. Por un lado se busca únicamente información sobre un pequeño número de elementos centrales que son importantes en sí y que además pueden ser tomados como representativos de ciertos aspectos de la atención que no se observan directamente. Dichos elementos centrales o índices pueden formularse de tal manera que resulten aplicables a todos los pacientes o subgrupos de pacientes integrados de acuerdo con la edad, el sexo, el diagnóstico, etc.⁴ Por ejemplo, en las historias clínicas de consulta externa se puede investigar con qué frecuencia se mide la presión arterial, se realizan exámenes rectales y vaginales, se explora el fondo del ojo y los oídos con instrumentos adecuados, se vacuna a los niños, se realizan cultivos de estreptococos en niños que padecen molestias en la garganta y exámenes de orina en las mujeres embarazadas, se prescriben sedantes, tranquilizantes y antibióticos, se aplican inyecciones en casos en que el medicamento podría haberse suministrado por vía oral, etcétera. Los expedientes hospitalarios permiten elaborar amplias listas de dichos indicadores, además de que existe, en la mayoría de los casos, mayor seguridad de que aparecerá en el expediente la información requerida para evaluación y seguimiento. Los datos de los expedientes de la consulta externa, los resúmenes de las gráficas de los pacientes hospitalizados y las demandas de pago referidas a compañías aseguradoras y programas gubernamentales, en su caso, pueden alimentar un ordenador para ser procesados y confrontados con información previamente almacenada sobre el paciente, el médico o el hospital y sus divisiones.

La justificación de las intervenciones quirúrgicas y de otras maniobras de importancia y riesgo signifi-

can un avance; sin embargo, se debe emplear mayor número de indicadores para realizar evaluaciones amplias y definitivas de calidad de la atención en salud.

En cuanto a aquellos que ya han sido intervenidos quirúrgicamente, se pueden seguir 2 pasos para una justificación rigurosa; el primero consiste en determinar si el tejido extirpado se encuentra lo suficientemente afectado como para justificar la operación. Este procedimiento es tan sencillo y útil que se ha convertido en norma de todo hospital bien administrado. La decisión de intervenir quirúrgicamente depende del balance entre los riesgos que implica operar cuando es o no necesario, incluso la mejor de las decisiones puede traer como consecuencia la extirpación de un tejido normal.

La mejor atención se da en los hospitales grandes, urbanos o afiliados a una universidad y suele ser peor en los hospitales pequeños, (urbanos o rurales). Otro factor es la especialización del médico que tiene una influencia favorable que se advierte solo cuando la práctica se limita a su área, pero toda vez que sale de ésta puede resultar peor que un médico general.

Por otro lado, los estudios del resultado de la atención se basan en la medición de incidencia, morbilidad, mortalidad, incapacidad y longevidad, indicadores obvios de la salud de una población; sin embargo, la atención médica hace solo una aportación pequeña entre los múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales que determinan dichos resultados. Las evaluaciones retrospectivas también pueden servir como una herramienta básica para la investigación.

Asimismo, existen 2 métodos para evaluar la calidad de la atención que pueden clasificarse en una categoría aparte, ya que están diseñados para mostrar ciertos elementos de un sistema de atención, valiéndose de una combinación de mediciones del proceso y resultado. El primero puede ser llamado “método de trayectoria”, que consiste en seleccionar una o más enfermedades o condiciones y dar seguimiento a los pacientes desde el momento en que solicitan la atención hasta cierto tiempo después de que ésta se ha dado por terminada. De este modo es posible examinar los pasos en una secuencia que constituye, con demasiada frecuencia, una odisea de fallas acumuladas, y también documentar el efecto final de esta experiencia sobre la salud del paciente.⁶

Finalmente, en su discurso de aceptación del Premio de Investigación en Servicios de Salud en 1986 Avedís Donabedian declaró: “En todo mi trabajo he tratado de incorporar la convicción apasionante de que el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados, como algunos piensan, sino que son inseparables uno de otro. Las ideas,

en particular, son las fuerzas verdaderas que le dan forma al mundo tangible.”

REFERENCIAS

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44(3):166-203.
2. Donabedian A. Inquiry 1969; 6:4. Roemer MI, Schonick W. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1973; 289:271.
3. Donabedian A. The quality of medical care. Science. 1978; 200(4344):856-64
4. Donabedian A. Needed research in the assessment and monitoring of the quality of medical care. Hyattsville, Md.: National Center for Health Services Research, 1978. (DHEW publication No. [PHSJ 78-3219).
5. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. J Fam Pract. 1979; 9(2):277.
6. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol. I. Michigan: Health Administration Press, 1980.