

La calidad de la atención médica

POR AVEDIS DONABEDIAN

La calidad de la atención médica es la principal preocupación de quienes tienen acceso a los servicios asistenciales. El tema, como ha sido abordado en los EE.UU., comprende los aspectos generales del problema

En un medio acostumbrado a transitar, con excesiva ponderación, por las cómodas avenidas de lo cuantitativo, el asunto de la calidad suele enfrentarse a un panorama de indefiniciones conceptuales, de carencias metodológicas e incluso, en más de una ocasión, de abierta resistencia por parte de los núcleos convencionales de poder. Una situación así se expresa con especial claridad al aplicarse al terreno de la atención médica, donde los intentos por evaluar la calidad se han enfrentado, tradicionalmente, a sólidas estructuras de poder gremial que a su vez encuentran gran parte de su sustento en una serie de recursos y de mitos: la ignorancia primigenia del público con relación a los procesos morbidos y su incapacidad para definir sus propias necesidades; por ende, la legitimidad de una confianza incontestable en los conocimientos y la destreza de los médicos, el supuesto carácter singular y estrictamente cerrado de la relación médico-paciente, que aspira a aislarla de cualquier determinación y control social, y, como consecuencia de todo ello, el expediente de una autorregulación profesional que mantenga lo más alejada posible cualquier injerencia externa.

En un contexto así, no debe extrañar que la mayor parte de las evaluaciones de la atención médica se haya limitado a un mero recuento de las acciones emprendidas, sin plantearse el efecto real que dichas acciones tienen sobre la salud ni la medida en que satisfacen las necesidades de los pacientes individuales y de la colectividad. En el fondo de estas omisiones subyace el asunto fundamental de la calidad de la atención médica.

"The Quality of Medical Care", tomado con autorización de *Science*, vol. 200, núm. 4344, 26 de mayo de 1978, pp. 856-864.

El presente artículo está basado, en parte, en un trabajo auspiciado por el National Center for Health Services Research (Centro Nacional de Investigación en Servicios de Salud), mediante las donaciones claves: 1-R01-HS-02081, 5-R01-HS-02081-02 y 3-R01-HS-02081-02S1. Los puntos de vista expresados son únicamente del autor, y de ninguna manera representan los de sus patrocinadores.



La índole problemática de este asunto se expresa en una serie de preguntas, de cuya respuesta cabal —aún inédita— depende hoy el sentido de una parte considerable de los esfuerzos por mejorar los niveles de salud. Las interrogantes se inician en los planos conceptual y metodológico: ¿qué debe entenderse por calidad de la atención médica, en una definición al propio tiempo precisa y operacional?; ¿qué métodos pueden desarrollarse para lograr una percepción de la calidad que, además de objetiva, sea relevante en un proceso continuo de evaluación, con lo que ella implica de corrección de las fallas detecta-



das? En un plano más concreto, surge la cuestión de quién debe encargarse de evaluar y monitorear la calidad de la asistencia médica: ¿son los propios médicos capaces de hacerlo o se requiere de una instancia externa a ellos?; ¿cómo lograr, en el primer caso, que la autoevaluación no sea un simple autoengaño y, en el segundo, que no se incurra en la creación de una burocracia cuya calidad misma como evaluadora pueda ser puesta en duda? Por último, las interrogantes inciden sobre los propósitos finales de la evaluación de la calidad: ¿debe ser un recurso más para preservar, con mínimos ajustes, el actual sistema de atención, o bien un medio que, al detectar las fallas esenciales, acelere su transformación profunda?

En el artículo que a continuación nos ofrece, el profesor Avedis Donabedian estimula el juicio crítico del lector al presentarle diversas alternativas de respuesta a todas esas preguntas; al hacerlo abre, además, la posibilidad de una concatenación cada vez más profunda de nuevas interrogantes.

Prototipo del hombre erudito, Donabedian es actualmente una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la calidad de la atención médica. Desde su primer trabajo, ya clásico, publicado en 1966, los aspectos cualitativos han sido una obsesión central dentro de una vasta obra que abarca todas las facetas de la organización y la administración de la atención médica. Destacan dentro de esta obra una docena de artículos aparecidos en las principales revistas de la especialidad y, sobre todo, tres libros fundamentales: 1) *A Guide to Medical Care Administration. Volume II: Medical Care Appraisal - Quality and Utilization*, American Public Health Association, 1969; 2) *Aspects of Medical Care Administration*, Harvard University Press, 1973, y 3) *Benefits in Medical Care Programs*, Harvard University Press, 1976. Actualmente, el autor se encuentra trabajando en su cuarto libro.

En esta obra, Donabedian establece los paradigmas básicos del campo de la organización y administración de

la atención médica, una disciplina que, si bien todavía incipiente, ha llegado a acumular una enorme cantidad de datos e ideas. La gran aportación de Donabedian ha sido la sistematización de ese cúmulo de información, el esclarecimiento conceptual y la apertura de nuevos y sugestivos horizontes de investigación.

Estas cualidades, comunes a toda su obra, se expresan en el artículo que presentamos a continuación y que constituye su más reciente publicación. Una versión inicial del artículo apareció en el número correspondiente al 26 de mayo de 1978 de la revista *Science*. Sin embargo, la que ahora se ofrece a los lectores de *Ciencia y Desarrollo* no es una simple traducción de aquella. Las primeras partes amplían muchos puntos que fueron resumidos en la versión de *Science*, mientras que en la última sección, donde se analiza un tipo de organizaciones recientemente creadas en los Estados Unidos para evaluar la calidad de la atención médica, el profesor Avedis Donabedian ha preparado una síntesis especial en la que destaca los aspectos más relevantes para el público de México y de otros países latinoamericanos.

Sobre esta base, el artículo empieza por discutir el tema crucial de la definición y los criterios de la calidad de la atención. A este respecto, Donabedian asume una posición clara y estimulante al definir la calidad como "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso". Aunque primordialmente aplicada a la atención del paciente individual, una definición así posee una evidente implicación para normar también la calidad de los servicios colectivos. A lo largo de todo el artículo volverá a aparecer la preocupación por una real democratización de la calidad que encuentre su punto de partida en las preferencias, los derechos y las necesidades de los pacientes. En esta misma línea de una concepción amplia, Donabedian sugiere la posibilidad de expresar la calidad de la atención no como un valor en sí, sino en términos de su aportación a la duración y, sobre todo, a la



calidad de la vida. En esta forma, los criterios cualitativos de un acto concreto como una consulta médica, lejos de encerrarse en un criterio estrecho, se abren a la calidad en niveles cada vez más amplios y complejos.

En la segunda —y más extensa— parte del artículo, Donabedian emprende una revisión completa de los métodos de evaluación de la calidad de la atención. Con ello, hace una contribución que no podría ser más estimable, pues el desarrollo metodológico constituye una de las principales dificultades en el estudio de la calidad de la atención médica y también, de hecho, en todo el vasto territorio de la ciencia de la salud. En esta parte, la revisión que hace el autor es impresionante, por exhaustiva; en el plano de los estudios específicos destaca, además, la gran cantidad de hallazgos de fallas profundas en el sistema de la atención médica, que deberían ser motivo de reflexión —y eventualmente de investigación— en un país como el nuestro. Pero Donabedian no permanece en el nivel del mero recuento, sino que se dedica a una tarea original de ordenación y clasificación, por la cual el lector puede integrar, en un todo coherente, una imagen que de otra forma permanecería desarticulada.

La última sección explica, de manera resumida, el contexto del monitoreo de la calidad en un país industrializado: los EE.UU. Aunque aplicado a una situación asistencial que no es equiparable a la de los países latinoamericanos, el análisis de Donabedian sobre los tipos de fuerzas que llegan a producir una intervención gubernamental en el monitoreo de una atención en su mayor parte privada reviste, sin duda, un interés general. Más aún, se-

rá conveniente para nuestros países observar de cerca la evolución de ese experimento, surgido en los EE.UU., que representan las Organizaciones para la Revisión de las Normas Profesionales, pues ellas habrán de poner a prueba la capacidad de los médicos para evaluarse a sí mismos y, en caso de fracasar, la necesidad de iniciar un cambio profundo en la organización de los servicios médicos.

La relevancia del artículo para México y otros países latinoamericanos, salta a primera vista. Enfrentados aún a vastas carencias cuantitativas, en muchos de estos países se ha soslayado la cuestión —más compleja— de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, ya es tiempo de empezar a preguntarse no solamente por la cantidad de servicios que se necesita, sino también, y de manera fundamental, por su tipo y calidad. De hecho, la aplicación de los servicios se ha realizado principalmente sobre la base de un modelo de atención que restringe sus fundamentos teóricos al conocimiento sólo de las dimensiones biológicas e individuales, que olvida la promoción de la salud para centrarse en la reparación mecánica de órganos enfermos, que fragmenta las totalidades corporales y sociales en aras de un enfoque de subespecialidades, que gravita en torno a una tecnología muchas veces suntuaria, que encuentra en el hospital su espacio cerrado y jerárquico de operación, y que, en suma, se olvida del panorama epidemiológico y de las necesidades e incluso de las demandas explícitas de la mayoría de la población. Además, en el interior mismo de ese modelo se instalan numerosas deficiencias cualitativas cuyas dimensiones y gravedad —hoy apenas abordadas anecdóticamente y que de todas maneras las muestran como impresionantes— deben ser cabalmente investigadas y controladas, si en verdad se desea la vigencia del derecho a la salud. En efecto, sería paradójico que, invocando ese derecho elemental, los servicios estuvieran produciendo más daños que beneficios.

Por todo ello, el análisis del problema de la calidad debe empezar con una definición del modelo de atención que mejor se ajuste a las necesidades de salud, para proseguir con la determinación precisa de normas de calidad en su interior. Si es cierto, como se ha señalado repetidas veces, que el acceso franco a la atención médica es un componente de la calidad de la vida, será necesario garantizar, en primer término, la calidad de la atención misma.

El artículo del profesor Avedis Donabedian ofrece los elementos de una profunda reflexión. Ahí podrá encontrarse, paso a paso, esa doble dimensión enriquecedora: de un lado, la compilación erudita del estado del arte, lo que otorga al artículo su valor didáctico; del otro, la sistematización estimulante, que le confiere su valor heurístico al integrar una lectura profunda, capaz de descubrir, por abajo de lo ya dicho, lo que permanece implícito. Al lector interesado, el artículo de Donabedian le habrá de entregar una interpretación sugestiva, crítica y ajena a cualquier maniqueísmo, que le permitirá asimilar, en el vasto territorio de la calidad de la atención médica, lo poco que se ha explorado y lo mucho que aún queda por descubrirse.

Julio Frenk

Hemos concedido a las profesiones de la salud acceso a los sitios más secretos y sensibles de nosotros mismos, y les hemos confiado asuntos que conciernen a nuestro bienestar, felicidad y supervivencia. A cambio, hemos esperado que las profesiones se gobiernen a sí mismas de un modo tan estricto que no debamos temer explotación o incompetencia. El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar qué tan exitosas han sido en ello; y el propósito del monitoreo de la calidad es el de ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido. Pero antes que nada, debemos especificar qué es lo que se está evaluando y monitoreando.

Definición de la calidad de la atención

La definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres cosas: 1) el fenómeno que constituye el objeto de interés; 2) los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, y 3) los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Como existe una considerable falta de claridad respecto a cada uno de estos tres elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y confusión.

Con relación al fenómeno objeto de interés, 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 de un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional— en la atención de las personas que se han convertido en sus pacientes. La segunda presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso o, incluso, un sistema de atención médica. Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe evaluarse no sólo lo que sucede con quienes la reciben, sino también cuántas personas se encuentran privadas de ella. La evaluación también debe determinar si la distribución de la atención médica, entre quienes la

necesitan, permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad. Sin embargo, hay que señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. Además, el problema de la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención. En el presente artículo me ceñiré a una visión un tanto restringida y principalmente al desempeño de los médicos en su manejo de pacientes individuales.

Con respecto a los atributos sobre los cuales habrá de emitirse un juicio, se distinguen dos aspectos. Uno es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología médica en forma tal que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, tomando en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, en forma apegada a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente. No debe pensarse que dicha división en dos aspectos corresponde a la distinción entre la "ciencia" y el "arte" de la medicina. El balance de riesgos y beneficios de los procedimientos médicos en cada caso particular es, en sí, tanto una ciencia como un arte, dependiendo de qué tan explícitas y bien comprendidas sean las operaciones mentales que los determinan. En forma similar, el manejo de la relación interpersonal es en gran medida un "arte", debido básicamente a que no ha sido estudiado tan sistemáticamente como lo amerita. De cualquier modo, tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, sobre todo desde el punto de

UNIVERSIDAD DE MICHIGAN



Avedis Donabedian

vista del paciente. Por desgracia, en los estudios sobre la calidad de la atención se ha hecho hincapié en la primera y se ha tendido a ignorar el segundo, de modo que gran parte de lo que describiré a continuación será parcial.

Un atributo —el del costo— 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 costo, como si éste 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. Todo mundo coincide en que no se debe hacer nada que no aporte beneficios al paciente o que implique más riesgos que beneficios. Tales maniobras son costosas y denotan una falta de criterio en el médico. Pero supongamos que únicamente se prescriben aquellos procedimientos de los que se espera un beneficio neto, según el nivel actual de conocimientos.

Cuando escasea el dinero, es lógico suponer que se usarán aquellos procedimientos en los que el beneficio neto resulte muy alto en relación al costo. Pero conforme aumenta la cantidad de dinero disponible, la

atención se vuelve más elaborada y se van agregando procedimientos que proporcionan beneficios netos exigüos en relación al costo. 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, luego de haber decidido que el exiguo beneficio adicional no corresponde al costo adicional.

Según la definición de calidad que se ha adoptado en este artículo, el médico tendría la obligación de infor-

dividuo. De ahí que el médico pueda verse escindido entre los intereses y deseos del paciente individual y las obligaciones que la sociedad le impone. El deseo, comprensible, de evadir este dilema moral puede explicar, en parte, la resistencia que han mostrado los médicos ante los intentos de imponer normas públicas para la calidad de la atención. Por desgracia, el médico parece estar condenado a que su trabajo se encuentre siempre ceñido a este dilema. En tiempos pasados, debía abstenerse de hacer lo que

cunstancias.

Dichas evaluaciones, que recurren a los llamados criterios "implícitos", resultan, desde luego, extremadamente largas y costosas. Son también poco confiables, a menos de que las lleven a cabo médicos sumamente competentes, motivados y capaces de realizar evaluaciones. Además, la capacidad de cualquier asesor siempre puede ser cuestionada. Por ello, quienes pretenden mantener la atención médica bajo supervisión constante han recurrido al planteamiento de "criterios explícitos", que se supone representan una práctica médica a un nivel por lo menos aceptable.¹ En un extremo, estos criterios y normas representan lo que los expertos más sobresalientes, basados en los mejores datos científicos, consideran como la mejor práctica; y en el otro, pueden derivarse de la práctica promedio de los médicos de una comunidad. Obviamente, se esperaría que los límites y la presunta validez de estos dos planteamientos resultaran muy diferentes y, en la práctica, se podría hacer un intento de aceptar una posición intermedia.

Independientemente del criterio que se emplee, el aspecto de la validez resulta especialmente problemático, ya que no todo en la práctica médica se acepta en forma universal, ni se encuentra apoyado sólidamente por evidencia "científica". Esto significa que hay grandes dudas y controversias, cuando menos sobre algunos de los criterios y normas, en casi cualquier planteamiento. Ello explica también por qué los médicos se resisten a ser juzgados según criterios y normas ajenos a los suyos propios. Los criterios explícitos formulados de antemano dan lugar a un problema más: es difícil que dichos criterios tomen en cuenta las diferencias específicas que existen entre los distintos casos. Esto se resuelve haciendo una subclasificación de los casos más o menos homogénea y dividiendo los criterios en dos tipos, que se pueden denominar "categóricos" y "contingentes". Los criterios categóricos son listas de maniobras que simplemente deben o no deben realizarse en todos los casos que correspondan a una clase determinada.² Los criterios contingentes son listas de maniobras que pueden o deben realizarse en algunos

Tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica

mar al paciente y a su familia del balance de riesgos y beneficios y del costo monetario del beneficio neto esperado, a fin de que fuera posible tomar una decisión conjunta sobre lo que debe hacerse y sobre el momento de detenerse; es de esperarse que la decisión varíe de un caso a otro. En términos más generales, este planteamiento lleva a la conclusión de que a cada incremento en la "calidad" corresponde un costo 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 costo adicional y por lo tanto no se desea, lo cual equivale a decir que ya no se le puede llamar "calidad". Todo esto supone que cada paciente paga por sí mismo los costos y recibe el beneficio completo de la atención médica. En nuestro complejo mundo, esta suposición no es válida.

Los seguros de enfermedad y los programas gubernamentales reparten el costo de la atención entre mucha gente. Los beneficios de la atención pueden extenderse a otras personas además de aquellas que la reciben directamente, y la sociedad puede hacer mayor hincapié en atender la salud de ciertos sectores —los niños, por ejemplo— que la de otros. Esto significa que la decisión social sobre los casos en que la calidad adicional no corresponde al costo adicional puede diferir de la decisión del in-

consideraba mejor para el paciente, cuando éste no podía sufragar los gastos; ahora quizá deba abstenerse de realizar algo que pudiera ser útil al paciente porque la sociedad lo limita. Pero antes, si sufría con esta situación, lo hacía en privado, mientras que hoy en día teme ser atacado públicamente.

Criterios y normas de calidad

Con el fin de evaluar, la definición de la calidad debe, claro está, hacerse en términos precisos y funcionales, a manera de criterios y normas específicos. Al hacerlo, nos enfrentamos a un problema fundamental. Si la calidad es una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso, ¿es posible formular especificaciones pormenorizadas de lo que constituye la calidad aplicable a grupos de casos? La mayoría de los médicos respondería negativamente. Insistirían en que una evaluación definitiva de la calidad de la atención debe basarse en el conocimiento de todas las circunstancias de cada caso, de manera que un asesor reconocido por su habilidad superior pueda utilizar su propio criterio como norma de comparación, al reconstruir mentalmente el criterio que hubiera seguido para la atención del caso en esas cir-

casos pero no en otros, dependiendo de la naturaleza y de las circunstancias de cada caso. 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 una determinada clase.³

La mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en que los criterios explícitos, formulados de este modo, son recursos útiles para identificar los casos sospechosos de no apegarse a las normas y que el grado de concordancia constituye una medida aproximada de calidad. No obstante, la mayoría de los médicos insistirá en que en ningún caso dado se puede basar un juicio definitivo en la concordancia de los criterios que, se supone, son aplicables al "caso promedio". Aún hace falta someter todo caso de atención dudosa a un juicio por parte de los médicos expertos, a quienes se proporcionen todos los datos relevantes y de quienes se espere que sólo utilicen los criterios explícitos sino también el conjunto, mucho más amplio, de criterios implícitos que rigen la atención de los individuos en toda su complejidad.

De lo anterior se deduce que la mayoría de los sistemas de monitoreo de la calidad de la atención se realiza en dos etapas: en la primera se identifican los casos que no se apegan a los criterios explícitos; en la segunda se someten dichos casos a un examen detallado por parte de otros médicos, práctica que es conocida como "revisión por colegas" ("peer review"). Se puede recurrir a asesores externos, en lugar de los colegas, cuando haya oposición al juicio inicial, cuando una agencia externa tenga la responsabilidad inicial o de supervisión, o bien cuando se esté llevando a cabo una investigación. Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado en el seno de la organización que proporciona la atención, o fuera de ella, cumple con los objetivos del monitoreo, siempre que se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada. Sin embargo, no llena por completo los requisitos más rigurosos de un juicio válido y confiable sobre la calidad de la atención. Para ello es necesario especificar al detalle las estrate-

gias adecuadas de atención, juzgadas según los beneficios que proporcionan y los riesgos y costos que implican. Más adelante trataré este punto.

Aproximaciones a la evaluación

De lo anterior puede deducirse que la evaluación de la calidad consiste en un juicio sobre el proceso de la

La calidad de la atención médica se evalúa mediante un juicio que, sobre dicho proceso, emiten los técnicos y profesionales calificados, ya sea en forma individual o colectiva

atención, proporcionado por los técnicos y profesionales, en forma individual o colectiva. Cuando no se cuenta con información directa sobre dicho proceso o cuando ésta resulta incompleta, se pueden deducir algunas cosas sobre el "proceso", estudiando la "estructura" o el "resultado".⁴ Se entiende aquí por "estructura" los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención. Se incluyen en 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, etcétera. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. Las conclusiones del análisis de la estructura pueden ser seriamente cuestionadas, debido a que aún se comprende poco sobre la relación entre el proceso y la estructura. Hay bases más sólidas para emplear el análisis del "resultado" cuando se quiere determinar la calidad de la atención prestada con anterioridad.

Los resultados de la atención son, básicamente, cambios en el estado de salud que se pueden atribuir a dicha atención. Una visión más amplia incluye los cambios en los conocimientos relacionados con la salud y en las actitudes y el comportamiento del paciente.⁵ El estado de salud en sí puede ser considerado, desde una

perspectiva limitada, como una función física y fisiológica; o, desde una perspectiva más amplia, que incluye también las funciones psicológicas y el desempeño social.⁶ De hecho, se están realizando numerosas investigaciones con el fin de idear alguna forma que combine todos estos elementos en una medida única que refleje no sólo la supervivencia sino también la calidad de esa vida.⁷ 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 la vida. En otras palabras, la calidad de la atención es proporcional al grado de "mejoría de la calidad de la vida que todo no constituya un obstáculo.

En los últimos años, este planteamiento, que resulta lógico y atractivo, ha ganado numerosos adeptos e intensificado la controversia entre quienes dan preferencia a la evaluación del proceso y quienes se basan completamente en el resultado. En mi opinión, dicha controversia surge de una concepción errónea. La evaluación de la calidad no es una investigación clínica destinada a establecer la relación entre el proceso y el resultado. Es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación, tomando en cuenta los límites actuales de la ciencia médica. Es cierto que los elementos del proceso pueden emplearse como indicadores de la calidad únicamente cuando existe una relación válida entre estos elementos y los resultados deseados; también lo es que los resultados específicos pueden usarse como indicadores de la calidad sólo en la medida en que exista una relación válida entre ambos. De esta manera, la validez reside no en la selección de elementos del proceso o del resultado, sino en lo que se sabe acerca de su relación. Si existe una relación válida, puede usarse cualquiera de los dos (depende de cuál



pueda ser medido con mayor facilidad y exactitud); pero si no existe, ninguno puede usarse.

Estudios de la calidad de la atención

Las categorías de todo estudio de la calidad de la atención médica pueden ser tan variadas y la agrupación de las características tan confusa que ha resultado imposible elaborar una clasificación sencilla y satisfactoria. En el presente trabajo ignoraré los estudios que dependen principalmente de evaluaciones de la estructura, y para los restantes utilizaré la siguiente clasificación:

I. Estudios principalmente de la estructura.

II. Estudios principalmente del proceso.

- A. Observación directa de la práctica.
- B. Estudios basados en el registro médico.

1. La presencia o ausencia de determinados elementos fundamenta-

les de la atención.

2. Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia.

3. Auditorías que utilizan criterios explícitos.

4. Auditorías que utilizan criterios implícitos.

III. Estudios principalmente del resultado.

- A. Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones.

- B. Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad.

1. Sucesos adversos susceptibles de prevención.

2. Progresión de enfermedades susceptibles de prevención.

3. Resultados de diagnóstico específico.

4. Mortalidad y morbilidad posoperatorias.

- C. Atribución de responsabilidad en situaciones deversas.

1. Con especificación previa de los resultados esperados.

2. Sin especificación previa de los resultados esperados.

IV. Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema

- A. "Trayectorias"

- B. "Rastreadores" ("tracers")

V. Evaluación de las estrategias.

- A. Mapas de criterios.

- B. Prueba de las estrategias.

1. Con modelos.

2. Con pruebas clínicas.

Una breve revisión de algunos estudios tomados de esta clasificación puede ilustrar y originar preguntas sobre algunos métodos específicos de evaluación, al tiempo que proporciona información sobre algunos factores que influyen en el desempeño de las actividades de atención. Sin embargo, como algunos de estos estudios son viejos y la mayoría analiza situaciones muy limitadas, no es posible extraer conclusiones sobre niveles de calidad en general, más allá de afirmar que cada vez que la calidad de la atención ha sido examinada se encuentran graves y extensas deficiencias.

Por lo que respecta a los niveles de calidad prevaecientes en los Estados Unidos o en cualquier otro país, tenemos que confiar en medidas burdas de longevidad, mortalidad, morbilidad, el uso y distribución de los servicios, la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas y así por el estilo. Pero si bien estos fenómenos son importantes, están influidos por tal cantidad de variables no examinadas que sería temerario valerse de ellos para hacer afirmaciones seguras.

Estudios del proceso de atención

La reputación de los médicos entre sus colegas surge, en gran parte, de las oportunidades que tienen para observarse unos a otros en el trabajo. El que la práctica se encuentre abierta a dicha observación constituye, en realidad, una garantía considerable y un argumento convincente a favor de la práctica organizada. Por ello resulta de especial interés descubrir el pro-

mer uso importante de una observación directa y formal con miras a la evaluación de la calidad del trabajo en un estudio sobre la práctica rural general, ese rincón de la medicina tan aislado y secreto.⁸ El método que se siguió consistió en que un médico competente, con el permiso de su anfitrión, observara a éste cuando atendía a los pacientes que iban a su primera consulta a causa de una nueva enfermedad. De esta manera fue posible para el observador juzgar si el examen físico era exhaustivo, si era apropiado realizar pruebas subsiguientes y si el tratamiento era el adecuado. Como resultado, se encontró que el 25% de los médicos fueron calificados como buenos o mejores que el común, mientras que en el 44% el desempeño se juzgó por debajo de un nivel "promedio" o aceptable. En general, los mejores médicos tendían a ser los más jóvenes, a ver a sus pacientes previa cita y a tener acceso a los servicios de laboratorio; pero, sobre todo, la mayoría de ellos había tenido un período de entrenamiento en medicina interna, después de haber egresado de la facultad de medicina. Todas éstas son características estructurales que facilitan una mejor atención, si bien no la garantizan. Otros estudios con el mismo enfoque sugieren que en otros países la práctica general puede presentar características y obstáculos similares.⁹

Un estudio sobre la interacción en el personal de enfermería y en pacientes tomados al azar en determinados hospitales del área de Detroit, muestra que la observación de la práctica es un método con aplicaciones más amplias.¹⁰ Más interesantes que los niveles de desempeño encontrados, fueron los hallazgos que sugieren diferencias relacionadas con las características de los pacientes. Algunos aspectos de la atención de enfermería tendían a ser menos satisfactorios para los sujetos no pertenecientes a la raza blanca, para los pacientes que se encontraban en pabellones con muchas camas, para aquéllos que tenían cáncer con mal pronóstico, para las mujeres jóvenes y para los hombres ancianos. Debido a la naturaleza de dicho estudio, estos hallazgos no pueden tomarse como definitivos, pero ilustran un proble-

ma de enorme importancia social: la medida en la que puede variar la calidad de la atención de acuerdo con 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 ejerzan de hecho la discriminación.

Por supuesto, la observación directa de la práctica resulta costosa y requiere de mucho tiempo. Puede también alterar la conducta observada; pero quienes han recurrido a ella afirman que pronto se olvida la presencia del observador y el sujeto comienza a seguir su rutina normal. El análisis de los expedientes médicos es más discreto y se puede someter con mayor facilidad al juicio de varias personas. Sin embargo, presenta li-

fondo del ojo y los oídos con los instrumentos adecuados, se vacuna a los niños, se realizan cultivos de estrep-tococos 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.¹² Los expedientes hospitalarios permiten elaborar listas mucho más extensas de dichos indicadores, y existe una mayor seguridad de que aparecerá en el expediente la información requerida.¹³ Un tipo de investigación al que se recurre con frecuencia consiste en detectar los reportes de los hallazgos anormales de laboratorio que según los médicos requieren atención y en deter-

Para conocer los niveles de calidad en la atención médica, deben tomarse en cuenta indicadores tales como la longevidad, la mortalidad, la morbilidad y el uso y distribución de los servicios

mitaciones en cuanto a que el expediente sea completo y veraz, sobre todo en la práctica de consultorio. Por ello se ha criticado este método en el sentido de que constituye una evaluación de los expedientes más que de la atención propiamente dicha. A ello se ha respondido que los expedientes son un elemento importante de la atención y que existe una relación entre la calidad de los expedientes y de la atención misma.¹¹

El análisis del expediente varía en grado considerable en cuanto a la amplitud y los detalles. En un extremo, se busca sólo 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, etcétera. Por ejemplo, en los expedientes de consultorio se puede investigar con qué frecuencia se mide la presión arterial, se realizan exámenes rectales y vaginales, se explora el

minar con qué frecuencia estos casos pasan desapercibidos, siendo ignorados o tratados en forma inadecuada. Por ejemplo, en la clínica general de un hospital universitario no se siguió cerca de la quinta parte de dichas alteraciones,¹⁴ y en un hospital más de la mitad de los hallazgos anormales fueron ignorados o tratados en forma inadecuada.¹⁵ Generalmente, cuando se reúnen los resultados de las investigaciones encaminadas a determinar los elementos fundamentales de la práctica, resulta asombroso lo variable de ésta y la frecuencia con que parece apartarse de las normas de una atención supuestamente buena.

Los avances en la recopilación y el procesamiento de los datos han estimulado el uso de este enfoque en torno a la evaluación y el monitoreo, y han ampliado su utilidad en gran medida. Los datos que aparecen en 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, pueden alimentar una computadora para ser procesados y confrontados con información



previamente almacenada sobre el paciente, el médico o el hospital y sus divisiones. De esta manera, las aberraciones de la práctica pueden identificarse, localizarse y ser examinadas más detalladamente, si su frecuencia o importancia lo justifica.

Además de arrojar una luz escrutadora, capaz de exponer y avergonzar al médico, la computadora puede ser también amiga y aliada. Es posible diseñar un sistema de información que ponga al médico en estado de alerta cuando ocurran ciertos sucesos críticos determinados previamente, de modo que pueda intervenir si le parece adecuado. Como la causa aparente de muchos "errores" de la atención es la falta de ésta, más que la ignorancia, el control con ayuda de una computadora podría constituir una importante garantía de la calidad de la atención.¹⁶

La justificación de las intervenciones quirúrgicas y de otras maniobras de importancia significa un avance en el tránsito del uso de indicadores conjeturales de calidad al de evaluaciones más amplias y definitivas de calidad de la atención. En la misma justificación de la cirugía se pueden seguir varias etapas. Aun antes de que se realice la cirugía, se puede sujetar la recomendación inicial a verificación por parte de uno o más médicos consultores; varios planes de seguros exigen ya dicho procedi-

miento. En uno de esos programas los consultores estuvieron en desacuerdo con la recomendación inicial en el 18% de los casos, y hubo grandes diferencias de opinión en cuanto al diagnóstico, de opínión en cuanto al diagnóstico, las cuales iban del 10% para cirugía de mama al 34% para operaciones ortopédicas.¹⁷ Claro que se puede cuestionar la mayor validez de la segunda opinión, y ésta sólo se puede verificar investigando lo que sucede a las personas que son operadas y a las que son descartadas. En un estudio de este tipo se encontró que el 30% de estas últimas fueron operadas de todas maneras; la mitad porque desoyeron la recomendación de no operarse y la otra porque seguían presentando síntomas.¹⁸

En cuanto a aquellos que ya han sido operados, se pueden seguir dos pasos hacia una justificación más rigurosa. El primero consiste en determinar si el tejido extirpado se encuentra lo suficientemente enfermo como para justificar la operación. Este procedimiento es tan sencillo y tan útil que se ha convertido en norma de todo hospital bien administrado. Su validez depende, en parte, de la habilidad y la integridad del patólogo, quien funge como la conciencia del hospital al sostener el espejo en el que se reflejan las fallas. Sin embargo, independientemente de la pericia con que se valore el tejido que se ex-

tirpó, la justificación de la cirugía no puede basarse únicamente en ese juicio. La decisión de operar depende del balance entre los riesgos que implica operar cuando no es necesario y los que implica no operar cuando sí es necesario; incluso la mejor de las decisiones puede traer como consecuencia la extirpación de un tejido normal. Por eso, para todo juicio definitivo debe darse un paso más allá de juzgar las condiciones del tejido extirpado, y que debe tomar en cuenta algunas circunstancias adicionales del caso.

Una comparación entre las apendicectomías realizadas en hospitales comunitarios y hospitales de enseñanza de Baltimore arroja luz sobre varios de estos problemas.¹⁹ En los hospitales de enseñanza, que supuestamente representan la mejor práctica, cerca de la tercera parte de los tejidos extirpados eran normales y no mostraban indicios claros de enfermedad; la proporción era la misma para los pacientes sostenidos por el gobierno que para los pacientes particulares que pagaban directamente o a través de un seguro. En los hospitales comunitarios la proporción de apendicectomías en las que el tejido estaba en condiciones normales o casi normales era superior y variable según la forma en que el paciente pagara al hospital y al médico. La proporción fue del 40% para los pacientes sostenidos por el gobierno; del 42% para los que pagaban por sí mismos; del 50% para los que contaban con un seguro distinto al de la compañía Blue Cross, y del 55% para aquellos que contaban con seguro Blue Cross.

Aunque los resultados de este estudio en especial no pueden ser considerados definitivos, cabe preguntarse si el hecho de contar con una protección casi total contra el costo de la atención médica, ya sea mediante un seguro privado o uno del gobierno, contribuirá a elevar en gran medida las probabilidades de ser sometido a cirugía "innecesaria". La evidencia sugiere una respuesta afirmativa. Los índices quirúrgicos varían mucho dentro de los EE.UU. y de un país a otro. Estas diferencias están relacionadas, cuando menos hasta cierto punto, con la prevalencia de cirujanos.²⁰

La cirugía también es más frecuente cuando los cirujanos trabajan solos y se les paga por operación que cuando trabajan en grupo y se les paga un salario fijo.²¹ Si bien la conclusión de que se practica mucha "cirugía innecesaria" está justificada, también es cierto que no se ha establecido por completo el índice apropiado de cirugías. Una manera común de probar qué tan adecuada resulta la cirugía, en casos de difícil decisión, consiste en que el paciente pregunte a su médico qué haría si se tratara de un miembro de su propia familia. Si se hubiera realizado esta prueba, a más de la mitad de las mujeres se les habría extirpado el útero cuando llegarán a una edad muy avanzada; esta proporción es mucho más alta que la que se considera de por sí elevada, del 35% de la población femenina en general.²²

Se puede obtener una evaluación más completa de la atención médica y quirúrgica con los indicadores críticos de la atención, de manera que abarquen las listas más extensas de criterios explícitos para cada diagnóstico o específico, a las cuales va he hecho mención. El porcentaje de concordancia con dichos criterios, atribuyendo a los diferentes componentes pesos iguales o distintos, puede tomarse como una medida sumaria de la calidad de la atención. El estudio de una muestra de casos de hospitales de Hawai en el que se usó este método es particularmente notable, ya que proporciona una visión poco común de una parte importante de la atención a una población grande en su ambiente natural. El resultado del desempeño total fue del 41% de lo que se hubiera considerado como una concordancia perfecta de criterios. Por desgracia, no se ofrece una distribución de frecuencia de los resultados, y tampoco podemos juzgar si el 70% es un porcentaje bueno, malo o mediano. La aplicación del mismo método a una muestra concedidamente sesgada de la atención de consultorio en Hawai, dio el funesto resultado del 41% con respecto a una concordancia total, a juzgar por la información que aparece en los expedientes.²³

En mi opinión, un juicio decisivo de la calidad de la atención para cada caso no puede apovarse única-

mente en la concordancia con los criterios explícitos, debe basarse en una revisión de todos los hechos conocidos, por uno o más expertos, para llegar a emitir un juicio. El estudio de la calidad de la atención hospitalaria recibida por miembros de la Unión de Camioneros de la ciudad de Nueva York, constituye un ejemplo de esta tradición. Se les dio a dos médicos eminentes, por separado, el expediente completo de cada caso y se les pidió que valorasen la atención médica tomando como criterio la manera como hubieran tratado el caso. El resultado fue que opinaron que el 43% de los casos había recibido una atención médica no "óptima".²⁴

Tanto en el estudio de Hawai como en el de los camioneros se intentó detectar los factores relacionados con la calidad de la atención. Si se toman ciertas libertades, se puede elaborar con ellos un cuadro compuesto.²⁵ El principal factor aislado relacionado con la calidad de la atención hospitalaria es la naturaleza del propio hospital. La atención es mejor en los hospitales grandes, urbanos, afiliados a una universidad, y es peor en los hospitales pequeños, ya sean urbanos o rurales. Otro factor es la especialización del médico: su influencia saludable es menor y se la advierte sólo cuando la práctica se limita a su área; pero toda vez que sale de ésta puede resultar peor que un médico general. La importancia que otorga el hospital a la garantía de la calidad es mayor para el médico general, mientras que, fuera de los mejores hospitales, la especialidad del médico constituye la garantía más importante. Los médicos que trabajan en grupos grandes proporcionan la mejor atención hospitalaria; pero parece que esto se debe, sobre todo, a que algunos son especialistas. En el caso de la atención de consultorio, la práctica de grupo tiene una pequeña ventaja sobre la individual, pero los datos al respecto no son dignos. Quizá más importante que todas estas asociaciones sea la observación de que una gran parte de las variaciones en el desempeño aún no ha podido ser explicada, lo cual indica que nuestras medidas pueden ser defectuosas y que no comprendemos muchas cosas acerca de los factores determinantes del desempeño.

R & D Mexico, a new English-language journal, published monthly by CONACYT, is designed to bridge the information gap between Mexico and other countries and institutions in the areas of science, technology and development. It will report on the state of science and technology in Mexico, scholarship programs, current research projects, books, people and other topics of interest such as energy, health, industry and agriculture when they are linked to science and technology.

In R & D Mexico you will find the news, the "inside" information and the fascinating world of the most important adventures of mankind in scientific and technological research, in the context, and through the eyes of the creative Mexican people.

At only \$ 12.00 (U.S.) or 276.00 pesos a year, you may subscribe to R & D Mexico

R

And save 33% with this special charter rate

**Send your subscription to:
R & D MEXICO, SUBSCRIPTION
SERVICE DEPARTMENT,
P.O. Box 992
Farmingdale, N.Y. 11737**

**Subscriptions in Mexico:
DIRECCION DE PUBLICACIONES
Insurgentes sur 1814, 8o. piso,
México 20, D. F.**

Please add \$ 5.00 (U.S.) per year for countries outside the United States and Mexico, for mailing services

Estudios del resultado de la atención

La incidencia y la prevaluación de enfermedad e incapacidad, la incidencia de mortalidad y los niveles de longevidad son indicadores obvios de la salud de una población. Sin embargo, la atención médica hace sólo una aportación más bien pequeña entre los múltiples factores sociales y biológicos que determinan dichos resultados. Se necesita un refinamiento considerable para revelar los efectos de la calidad de la atención.

Los resultados pueden tomarse como medidas más precisas y específicas si se realiza una selección cuidadosa, de manera que correspondan con las categorías específicas de los pacientes, se puedan prevenir o lograr mediante una buena atención médica, y sean valorados únicamente después de haber corregido las características que influyen sobre el grado de éxito que se puede esperar, incluso de la mejor atención médica. Recientemente se ha ofrecido, a manera de indicadores de la calidad de la atención en las comunidades, una lista extensa de medidas que responden —se cree— a la atención.²⁶ También se ha sugerido que la etapa en la cual se comienza a atender las enfermedades, o en la cual se admite por primera vez al paciente en el hospital, indica algo sobre el grado de facilidad con que se logra el acceso a la atención y sobre la calidad de ésta.²⁷ Para determinados diagnósticos y condiciones es también posible especificar los resultados cuya medición sería más útil, cuándo medir estos resultados y cuáles son las características del paciente que se deben tomar en cuenta a fin de aislar la aportación de la atención médica para lograrlos. Es mucho más difícil especificar el grado en que las variaciones en la calidad de la atención se reflejan en dichos resultados.²⁸

Se puede considerar que el análisis de la mortalidad y la morbilidad posoperatorias representa el tipo de estudios sobre el resultado que tienen una mayor especificidad y refinamiento. Se sabe desde hace mucho tiempo que el índice de mortalidad posoperatorio varía considerable-



mente de un hospital a otro. Un ejemplo digno de atención es aquel en el que se observó una diferencia de 25 veces entre 34 centros médicos. Al corregir las diferencias entre los diversos centros médicos (en cuanto a factores como el tipo de operación, la edad y el estado físico del paciente), la amplitud se redujo a una diferencia de siete veces en algunas operaciones y de tres en otras.²⁹ Estas grandes diferencias, carentes de explicación, resultaron a tal grado inquietantes que se realizó otro estudio en el que se hicieron todos los esfuerzos para corregir las características de los pacientes que pudieron haber ocasionado las diferencias observadas. Persistieron las diferencias reales y significativas, lo cual indica que las posibilidades de que se presenten complicaciones graves o muertes después de las mismas operaciones en pacientes con características similares pueden ascender al doble o al triple en algunos hospitales con respecto a otros.³⁰ Sospecho que aun estas grandes diferencias no bastan para ilustrar todo el problema, ya que no es seguro que en situaciones de alto riesgo los beneficios derivados de las operaciones superen siempre a los riesgos.

Cuando los resultados son usados para monitorear la atención médica en una institución o programa, se requiere un análisis cuidadoso de todos los sucesos adversos de mayor importancia, a fin de mejorar las prácticas futuras.³¹ Los médicos pueden ser más conscientes de las consecuencias de sus actos si se les convence de que especifiquen en forma anticipada qué mejoría esperan en la salud de los pacientes de determinadas categorías, de manera que sus logros se puedan comparar con sus expectativas.³² Pero ya sea que los resultados esperados se especifiquen o no con anticipación, no hay forma de evadir la responsabilidad de examinar y evaluar la propia atención. Tales evaluaciones "retrospectivas" también pueden servir como una herramienta básica para la investigación. Los estudios tempranos sobre la mortalidad materna y neonatal, de la Academia de Medicina de Nueva York, constituyen ejemplos notables. En el periodo de 1930 a 1932, se estimó con base en un cálculo "conservador" que el 66% de las muertes de mujeres durante el parto podría prevenirse, y el 61% de dichas defunciones se atribuyó a errores de criterio o de técnica por parte del médico.³³ En el periodo de

1950 a 1951, se estimó que el 42% de las muertes de recién nacidos no prematuros podía haberse prevenido, y cerca del 80% de las muertes susceptibles de prevención se debía a errores de criterio y técnica del médico.³⁴ En ambos estudios el tipo de hospital y las aptitudes del médico influyeron en un grado considerable sobre los resultados, que equivalían a la vida misma. Estos hallazgos profundamente inquietantes dieron lugar a que se introdujera una gran cantidad de controles, incluyendo revisiones regulares de todas las muer-

fallas acumuladas, y también documentar el efecto final de esta experiencia sobre la salud del paciente. En un estudio de este tipo, los iniciadores de este enfoque encontraron que, de un grupo de pacientes que llegaron a la sala de urgencias de un hospital urbano y que mostraban síntomas gastrointestinales, el 33% no se presentó a todos los exámenes recomendados; éstos no se realizaron en forma adecuada en el 12%, y en el 15% se encontraron alteraciones que no fueron debidamente tratadas. Con todo ello, el índice de fallas fue

graduación adecuada, y en el 5% el uso de los lentes empeora la vista en lugar de mejorarla.³⁸

Evaluación de las estrategias de atención

La atención del paciente es una actividad planeada que involucra la elección de elementos específicos, de entre un conjunto especialmente grande, y su ordenamiento adecuado, a fin de lograr determinados objetivos de diagnóstico y tratamiento. Se puede llamar estrategia a un plan de acción, así como al patrón de acciones que resultan de él. En mi opinión, la esencia de la calidad —esa cosa inasible que se llama “juicio clínico”— radica en la elección de la estrategia más adecuada para el manejo de cualquier situación dada. Las estrategias alternativas que un médico podría razonablemente elegir son susceptibles de especificarse en la forma de un árbol de decisiones que indique las diferentes vías alternativas y sus respectivas consecuencias. Se puede asignar a cada una de ellas una probabilidad basada, de preferencia, en hechos demostrados o, cuando esto no sea posible, en opiniones autorizadas. El criterio para elegir la estrategia óptima para el paciente en cuestión consiste en el balance de beneficios, riesgos y costos esperados, evaluados conjuntamente por el médico y el paciente.³⁹ La elaboración y el uso de modelos que incorporen los conocimientos existentes pueden ser muy útiles para llegar a una especificación más definitiva de la calidad, ya que el mejor plan de acción sugerido por la intuición puede no ser el mejor de acuerdo con un análisis más formal de las decisiones. Es más, tales modelos, al revelar las deficiencias críticas en los conocimientos existentes, estimulan la investigación de manera que, al final, se pueda especificar firmemente cuál es el manejo óptimo.

Los resultados de estos adelantos han comenzado a influir en el campo de la evaluación de la calidad. Quizá el primer paso ha sido la elaboración de “mapas de criterios” que sustituyen a las listas de criterios explícitos.

El 12% de los niños entre los 4 y los 11 años de edad necesita lentes, pero no los tiene; el 31% de los que tienen no los necesita, y el 37% no usa la graduación adecuada

tes maternas e infantiles; a estos controles se ha atribuido al menos una parte de las notables mejorías registradas desde entonces. No obstante, un examen reciente de las tendencias en la mortalidad materna, en Michigan, de 1950 a 1970, indica que, pese al descenso notable de la mortalidad, el porcentaje de muertes consideradas “susceptibles de prevención” ha aumentado en forma marcada: de alrededor del 60% a cerca del 80%.³⁵ Entre más se elevan las normas de la atención parece más difícil alcanzar la perfección.

Combinación del proceso y el resultado

Existen dos métodos para evaluar la calidad de la atención que se pueden ubicar 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 del resultado. El primero puede ser llamado el método de “trayectoria”, que consiste en seleccionar una o más enfermedades o condiciones y en seguir 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

de un 60%. Cuando se tomaron en cuenta los efectos del tratamiento, se estimó que el encuentro del paciente con esta institución en particular tuvo un efecto saludable sólo en el 27% de los casos.³⁶

Si una parte de un mapa mental del sistema de atención médica que lo subdivide en campos de función y de responsabilidad, es posible seleccionar una cierta cantidad de diagnósticos o condiciones que sirvan como indicadores de la calidad de la atención en cada subdivisión. Todos los diagnósticos o condiciones funcionan a manera de “rastreadores” (“*tracers*”), y se puede considerar que el conjunto de rastreadores proporciona algo análogo a un conjunto de sondeos, cuidadosamente seleccionados, de un terreno aún sin explorar.³⁷ Esta atractiva idea ha sido probada, en parte, utilizando como rastreadores la incidencia y el manejo de anemia, infecciones del oído, pérdida de la audición y defectos visuales, para evaluar la atención médica de niños de 6 meses a 11 años de edad en determinadas zonas de Washington, D.C. De esta exploración se deriva una triste imagen, debida a que muchas de las patologías no han sido reconocidas, son susceptibles de prevención, o bien no han sido tratadas adecuadamente. Por ejemplo, el 12% de los niños entre los 4 y los 11 años de edad necesita lentes, pero no los tiene; el 31% de los que tienen lentes no los necesita; el 37% no tiene la

El "mapeo" es la representación de los pasos que se siguen para hacer un diagnóstico, detectar las complicaciones y seleccionar e implementar el tratamiento. En él se reconoce que existen formas alternativas aceptables para cubrir cada requerimiento (por ejemplo, el de contar con un diagnóstico válido) y también que las acciones sucesivas dependen de los hallazgos anteriores. Estos mapas de camino se están usando para evaluar la calidad sobre una base experimental.⁴⁰ El siguiente paso consistirá en conectar lo anterior con el enorme cúmulo de trabajo que se desarrolla, independientemente de las actividades de evaluación de la calidad, en el diseño y prueba de diversas estrategias de atención.⁴¹ Desde luego, la comprobación empírica de la validez de dichas estrategias mediante minuciosas pruebas clínicas proporcionará el fundamento de toda evaluación de la calidad y, de hecho, la medicina clínica en su totalidad.⁴²

El contexto del monitoreo en los EE.UU.

La idea de que el contenido de la práctica médica debe someterse a una vigilancia constante ha ido cobrando fuerza y finalmente se ha constituido en un principio apoyado por la ley. El propósito ostensible es "garantizar la calidad", aunque tal vez esta meta sea demasiado ambiciosa, pues lo más que se puede esperar es que constituya una "ayuda" o que produzca una "mejoría" en la calidad de la atención. Claro está que la calidad de la atención depende de muchos factores, incluyendo la selección de los estudiantes, su educación, entrenamiento y socialización para convertirse en jóvenes profesionales; las oportunidades con que cuenten para continuar su educación y para renovarse; la disponibilidad de los recursos y el financiamiento que permitan la aplicación de todo el potencial de la ciencia médica, y los incentivos profesionales y económicos que influyen en el comportamiento de los médicos. El monitoreo del trabajo del médico pretende funcionar como un incentivo más para que el desempeño sea adecuado.



Es posible afirmar que cuando los médicos trabajan juntos se lleva a cabo un monitoreo informal, debido a que comparten los pacientes, se consultan entre sí formal o informalmente, realizan actividades de enseñanza, etcétera. Aunque el monitoreo formal pueda ser la garantía de calidad menos importante, es, en definitiva, necesario. Es la única manera de obtener información fidedigna sobre el funcionamiento del sistema; resulta menos caprichoso y más justo que una información informal y parcial; puede ser un incentivo poderoso para la autocrítica y el aprendizaje, y es una manera más en que la profesión médica puede demostrar su sentido de responsabilidad ante el público.

Tradicionalmente, tanto en los EE.UU. como en muchos otros países, los profesionales han sido en gran medida responsables de regular su propia conducta, con el interés de alcanzar normas más elevadas; en este contexto, el gobierno se ha limitado a desempeñar un papel de apoyo y refuerzo. A este respecto, la medicina tiene, en términos generales, un registro de logros de los cuales puede sentirse orgullosa. Pero, en años recientes, ha aumentado la sensación de que debería esforzarse más, o bien renunciar a algunas de sus prerrogativas aceptando una supervi-

sión externa. Muchos factores han contribuido a este estado de cosas. El más importante ha sido el cambio trascendental de un financiamiento individual de la atención médica a uno colectivo por vía de los programas privados de seguros de salud. Durante muchos años, las compañías y organizaciones privadas de seguros de salud, así como los representantes de los grupos más grandes de compradores de seguros, se han mostrado descontentos con un aumento en los costos de la atención que no permite asegurar la necesidad ni la calidad de los servicios recibidos. Sin embargo, era poco lo que podían o querían hacer, más allá de objetar los abusos más obvios. Pero cuando el propio gobierno comenzó a realizar el mayor desembolso de todos, al instituir los programas de *Medicaid* (Ayuda Médica) y *Medicare* (Atención Médica), se contó con los medios y eventualmente con la voluntad para convenirse de que el que paga manda. El enorme gasto de fondos federales constituyó, sin duda, el acicate más intenso para iniciar la acción; pero también había una preocupación por la calidad de la atención y una necesidad de asegurar la confiabilidad de los programas ante el Congreso Federal y de éste ante el electorado. Este último ahora estaba constituido



por un público mejor informado y más exigente.

Hubo otros adelantos anteriores y paralelos a éstos. En primer lugar, la concentración gradual de una parte fundamental de la atención en el hospital, el cual surgió como el centro dominante de la práctica organizada. En segundo lugar, la creciente conciencia —por parte del público, de los miembros de los patronatos de los hospitales y de las cortes— de la responsabilidad del hospital sobre la atención proporcionada por sus médicos.⁴⁵ En tercer lugar, el desarrollo, parte por parte, del aparato conceptual, los métodos y la tecnología para la evaluación y el monitoreo de la práctica real.⁴⁴ Todos estos factores, en conjunto, prepararon el escenario y proporcionaron los medios y la oportunidad para que surgiera una iniciativa de ley audaz, que formaba parte de las enmiendas de 1972 al Acta de Seguridad Social.⁴⁵

De acuerdo con esta legislación, el país ha sido dividido en 194 áreas y se ha solicitado a los médicos que practican en cada una de ellas que formen, en el nivel local, Organizaciones para la Revisión de las Normas

Profesionales (*Professional Standards Review Organizations* —PSRO—), las cuales tienen la responsabilidad de monitorear la aptitud y la calidad de la atención en hospitales, sanatorios y consultorios médicos. Estas organizaciones se encuentran en fases diversas de organización y operación. Aún es demasiado pronto para conocer qué tan efectivas serán, y para saber si las mejoras que producirán valen su enorme costo, esfuerzo y pérdida de libertad profesional.

En mi opinión, si las PSRO realizan a conciencia su cometido, es seguro que habrá una mejoría en la calidad, en el costo o en ambos.⁴⁶ Sin embargo, si los médicos, como grupo, no pueden o no desean controlar su propia conducta, podrían surgir presiones para llevar a cabo una inspección más vigorosa por parte de agencias externas a la institución médica, incluyendo a las aseguradoras, los departamentos estatales de salud o una agencia del propio gobierno federal. De manera alternativa, puede concluirse que lo que se necesita es un cambio radical en el modo como están organizados los servicios y como se contrata y se paga a los mé-

dicos, a fin de fortalecer los incentivos para un comportamiento profesionalmente adecuado. Así, la confianza radicaría primariamente en la creación de las condiciones apropiadas para una buena práctica, más que en el temor de que la práctica insatisfactoria sea descubierta y reprochada. No obstante, aun en las mejores condiciones tendrá que mantenerse un monitoreo constante, ya que sin él la medicina no puede observarse a sí misma ni saber hacia dónde se dirige.

Conclusiones

En el presente artículo se clasifican los principales enfoques en torno a la evaluación del procedimiento y del resultado de la atención médica, y se describen someramente algunos estudios ilustrativos y sus hallazgos. La necesidad manifiesta de garantizar y mejorar la calidad de la atención médica ha llenado a la institución de mecanismos que someten la atención médica a una constante revisión, a fin de detectar y corregir las deficiencias. En este artículo se examinan los des-

arrollos que dieron lugar a la interacción del gobierno federal de los EE.UU. en estas actividades, mediante su auspicio a las PSRO. Se describen las características principales de las PSRO y se discuten sus posibles repercusiones. Aún no se puede saber cómo funcionarán, pero en caso de que no logran sus objetivos, será difícil hacer frente a las presiones que conduzcan al planteamiento de soluciones más radicales.

NOTAS Y REFERENCIAS

1. Payne, B. C., *Utilization Review: A Handbook for the Medical Staff*, American Medical Association, Chicago, EE.UU., 1965.
2. Jacobs, C. M., T. H. Cristoffel y N. Dixon, *Measuring the Quality of Patient Care: The Rationale for Outcome Audit*, Ballinger, Cambridge, Massachusetts, EE.UU., p. 51.
3. Slec, V. N., *Ann. Intern. Med.*, vol. 81, p. 97, 1974.
4. Donabedian, A., *Milbank Mem. Fund. Q.*, vol. 44, p. 166, 1966.
5. Sanzaro, P. J. y J. W. Williamson, *Medical Care*, vol. 6, p. 123, 1968, y Starfield, B., *Milbank Mem. Fund. Q.*, vol. 52, p. 39, 1974.
6. Breslow, L., *International Journal of Epidemiology*, vol. 1, p. 347, 1972.
7. Fanshel, S. y J. W. Bush, *Oper. Res.*, vol. 10, p. 1021, 1970; Berg, R. L., Ed., *Health Status Indexes*, Hospital Research and Educational Trust, Chicago, 1973; Elinson, J., Ed., *International Journal of Health Services*, vol. 6, pp. 377-538, 1976; varios autores, *Health Services Research*, vol. 11, pp. 332-528, 1976.
8. Paterson, O. L., L. P. Andrews, R. S. Spain y B. G. Greenberg, *J. Med. Educ.*, vol. 31, 2a parte, 1956.
9. Clute, K. F., *The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*, University of Toronto Press, Toronto, Canadá, 1963; Jungfer, C. C. y J. M. Last, *Medical Care*, vol. 2, p. 71, 1964.
10. Janzen, E., "Quality Nursing Care Assurance: Initial Survey". Documento leído en la reunión anual de la APHA, Nueva Orleans, EE.UU., 23 de octubre de 1974.
11. Rosenfeld, L. S., *Amer. J. Public Health*, vol. 47, p. 856, 1957; Lyons, T. F. y B. C. Payne, *Medical Care*, vol. 12, p. 714.
12. Ciocco, A., H. Hunt e I. Altman, *Public Health Rep.*, vol. 65, p. 27, 1950; Anderson, H., *Amer. J. Public Health*, vol. 59, p. 275, 1969; Rosenberg, S. N., C. Gunston, L. Berenson y A. Klein, *ibid.*, vol. 66, p. 21, 1976; Brook, R. H. y K. Williams, *Medical Care*, vol. 14, suplemento, diciembre de 1976.
13. Eislee, C. W., V. N. Slec y R. G. Hoffmann, *Ann. Intern. Med.*, vol. 44, p. 144, 1956; ver también la referencia 3.
14. Huntley, R. R., R. Steinhauser, K. L. White, T. F. Williams, D. A. Martin y B. S. Pasternack, *J. Chronic Dis.*, vol. 14, p. 630, 1961.
15. Williamson, J. W., M. Alexander y G. E. Miller, *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 201, p. 938, 1967.
16. McDonald, C. J., *Ann. Intern. Med.*, vol. 84, p. 162, 1976; Bennett, G. O., R. Winnickoff, J. L. Dorsey y M. Morgan, *Assessing Physician Performance in Ambulatory Care*, American Society of Internal Medicine, San Francisco, EE.UU., 1976, pp. 140-156.
17. McCarthy, E. G. y G. W. Widmer, *N. Engl. J. Med.*, vol. 291, p. 1331, 1974.
18. McCarthy, E. G., *Mandatory and Voluntary Second Opinion Programs in the Greater New York Area with National Implications*, Conferencia Dorothy R. Eisenberg, Escuela de Medicina de Harvard, EE.UU., 1976.
19. Sparling, J. F., *Hospitals*, vol. 36, p. 62, 16 de marzo, y vol. 56, 10 de abril de 1962.
20. Lewis, C. E., *N. Engl. Med.*, vol. 281, p. 880, 1969; Bunker, J. P., *ibid.*, vol. 282, p. 135, 1970; Wennberg, J. y A. Gittelsohn, *Science*, vol. 182, p. 1002, 1973; Lichtner, S. y N. Pflanz, *Medical Care*, vol. 9, p. 311, 1971; Vayda, E., *N. Engl. J. Med.*, vol. 289, p. 1224, 1973.
21. Donabedian, A., *Inquiry*, vol. 6, p. 4, 1969; Roemer, M. I. y W. Schonick, *Milbank Mem. Fund. Q.*, vol. 289, p. 271, 1973.
22. Bunker, J. P. y B. Wm. Brown Jr., *N. Engl. J. Med.*, vol. 290, p. 1051, 1974.
23. Payne, B. C., T. F. Lyons, L. Dwarschius, M. Kolton y W. Morris, *The Quality of Medical Care: Evaluation and Improvement*, Hospital Research and Educational Trust, Chicago, EE.UU., 1976.
24. Morehead, M. A., R. Donaldson, et al., *A Study of the Quality of Hospital Care Secured by a Sample of Teamster Family Members in New York City*, Columbia University School of Public Health, Nueva York, EE.UU., 1964.
25. Esto incluye información de un análisis más amplio de los datos de Payne et al., en S. Rhee, *Medical Care*, vol. 14, p. 733, 1976.
26. Rutstein, D. D., W. Berenberg, T. C. Chalmers, C. G. Child III, A. P. Fishman y E. B. Perrin, *N. Engl. J. Med.*, vol. 294, p. 582, 1976.
27. Gonnella, J. S. y M. J. Goran, *Medical Care*, vol. 13, p. 467, 1975; Gonnella, J. S., D. Z. Louis y J. J. McCord, *Medical Care*, vol. 14, p. 13, 1976.
28. Brook, R. H., A. Davies-Avery, S. Greenfield, L. J. Harris, T. Lelah, N. E. Solomon y J. E. Ware Jr., *Medical Care*, vol. 15, suplemento de septiembre de 1977.
29. Moses, L. E. y F. Mosteller, *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 203, p. 422, 1968.
30. Scott, W. R., W. H. Forrest Jr. y B. Wn. Brown Jr., *Organizational Research in Hospitals*, S. M. Shortell y M. Brown, Eds., Blue Cross Association, Chicago, EE.UU., 1976, pp. 72-89.
31. SOSSUS Subcommittee on Quality of Surgery, *Surgery in the United States*, The American College of Surgeons and the American Surgical Association, Chicago, EE.UU., 1976, pp. 2132-2155.
32. Williamson, J. W., *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 218, p. 564, 1971.
33. New York Academy of Medicine, Committee on Public Health Relations, *Maternal Mortality in New York City: A Study of All Puerperal Deaths, 1930-1932*, Oxford University Press, Commonwealth Fund., Nueva York, EE.UU., 1933.
34. New York Academy of Medicine, Committee on Public Health Relations, *Perinatal Mortality in New York City: Responsible Factors*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1955.
35. Schaffner, W., C. F. Federspiel, M. L. Fulton, D. G. Gilbert y L. B. Stevenson, *Amer. J. Public Health*, vol. 67, p. 821, 1977.
36. Brook, R. H. y R. L. Stevenson, *N. Engl. J. Med.*, vol. 283, p. 904, 1970. Algunas de las cifras citadas difieren un poco de las que aparecen en el original, debido a que se ha realizado una recomputación a fin de obtener categorías mutuamente excluyentes.
37. Kessner, D. M., C. E. Kalk y J. Singer, *N. Engl. J. Med.*, vol. 288, p. 189, 1973.
38. Kessner, D. M., C. K. Snow y J. Singer, *Assessment of Medical Care for Children*, Institute of Medicine, Washington, D. C., 1974., p. 174, 186 y 188.
39. McNeil, B. J., E. Keeler y S. J. Adelman, *N. Engl. J. Med.*, vol. 293, p. 211, 1975; Pliiskin, N. y A. K. Taylor, *Costs, Risks, and Benefits of Surgery*, J. P. Bunker, B. A. Barnes y F. Mosteller, Eds., Oxford University Press, Nueva York, EE.UU., 1977, pp. 5-27.
40. Greenfield, S., C. E. Lewis, S. H. Kaplan y M. B. Davidson, *Ann. Intern. Med.*, vol. 83, p. 761, 1975.
41. Véase, por ejemplo: Ginsberg, A. S., *Decision Analysis in Clinical Patient Management with an Application to the Pleural Effusion Syndrome*, The Rand Corporation, Santa Mónica, California, EE.UU., 1971; Schwartz, W. B., G. A. Gorry, J. P. Kassirer y A. Essig, *Am. J. Med.*, vol. 55, p. 459, 1973; McNeil, B. J. y S. J. Adelman, *N. Engl. J. Med.*, vol. 293, p. 221, 1975; McNeil, B. J., S. J. Hessel, W. T. Branch, L. Bjork y S. J. Adelman, *Journal of Nuclear Medicine*, vol. 17, p. 163, 1976; Tompkins, R. K., D. C. Burner y W. E. Cable, *Ann. Intern. Med.*, vol. 86, p. 481, 1977. También varios ejemplos en J. P. Bunker et al., Eds., citado en la referencia 39.
42. Cochrane, A. L., *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service*, The Nuffield Provincial Hospital Trust, Londres, 1972.
43. Shain, M. y A. E. Southwick, *Public Health Rep.*, vol. 81, p. 581, 1966; Curran, W. J., *Amer. J. Public Health*, vol. 61, p. 177, 1971.
44. Donabedian, A., *A Guide to Medical Care Administration, Volume II: Medical Care Appraisal - Quality and Utilization*, American Public Health Association, Nueva York, EE.UU., 1969.
45. Congreso de los Estados Unidos, Reformas de Seguridad Social de 1972, Ley Pública 92-603, XCII Congreso, H.R.I., 30 de octubre de 1970. Ver: *Professional Standards Review*, Parte B, Título XI, pp. 101-117; una excelente descripción de las primeras etapas de aplicación se encuentra en M. G. Goran, J. S. Kellogg, J. Fielding y W. Jassee, *Medical Care*, suplemento de abril de 1975.
46. Para una reciente evaluación de la efectividad de las PSRO, véase: Office of Policy, Planning and Research, Health Care Financing Administration, Department of Health, Education and Welfare, *Professional Standards Review Organizations, 1978 Program Evaluation*. Publicación H.E.W., núm. HCFA-0300, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., EE.UU., enero de 1979.