

La administración de la calidad en la atención de la salud

Marcela González-Garza Ducoing

«En un momento como el que vive el mundo moderno, cuando las grandes empresas se mueven dentro del contexto de la calidad total como única estrategia para el éxito, surge el imperativo de colocar a la institución de salud dentro de estos ámbitos, por la necesidad de hacerla confiable y capaz de responder a las crecientes expectativas de los individuos».

GUSTAVO MALAGÓN-LONDOÑO

RESUMEN

Debido a la evolución poblacional, la demanda de salud tiende a incrementarse. La satisfacción de esta exigencia depende del esfuerzo de los hospitales por proporcionar más y mejores servicios. Para superar este reto, los prestadores de servicios de salud deben sobresalir y distinguirse por la calidad de las funciones que prestan. Si la administración de la calidad en la atención de la salud tiene como resultado el satisfacer las expectativas del paciente, el prestador de estos servicios habrá cumplido su misión.

La ambigüedad del concepto «atención médica», provoca que la calidad en este renglón se perciba y defina de formas diversas. El objetivo del presente escrito es mostrar la estructura común que posee cada definición de calidad y presentar un modelo que considere las variables para una evaluación integral de la misma.

ABSTRACT

QUALITY ADMINISTRATION IN HEALTH ATTENTION

Due to the population's evolution, health demand tends to augment. The satisfaction of this exigency depends on the effort of hospitals to render more and better services. In order to overcome this challenge, the givers of health services must excel and distinguish themselves in the quality of the functions they deliver. If quality administration in health attention outcomes in the satisfaction of patients' expectations, the giver of these services has fulfilled his mission.

The ambiguity of the "medical attention" concept, makes that Quality herein be perceived and defined in diverse ways. The objective of this writing is to show the common structure that each quality definition has and to present a model considering the variables for its integral assessment.

UN CONCEPTO IMPRECISO

El paciente que acude al hospital en busca de atención, no desea ser considerado como un caso clínico o un número de habitación, ni como objeto de investigación o factor económico sino como *persona* que tiene derecho a recibir un servicio de calidad basado en un *trato humano*.

Detengámonos, pues, en algunos conceptos:

La atención se define como el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional individual, frente a un cuadro de enfermedad claramente definido, a un paciente concreto. La atención puede ser técnica o interpersonal.

La «atención técnica» es la aplicación científica y tecnológica de la Medicina —y de las otras ciencias de la salud— en el manejo de un problema personal de salud; mientras que la «atención interpersonal» es la interacción socioeconómica entre el cliente y el facultativo. Ambos aspectos están interrelacionados y puede ser difícil distinguirlos. Una relación interpersonal puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico y viceversa. Este concepto es fundamental para la definición de calidad.

Existe un tercer aspecto de la atención que puede llamarse «amenidades»; describe las características físicas de la instalación (agradables, cómodas), los servicios (teléfono, alimentación), entre otros. Las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica. También se consideran la comodidad, privacidad, cortesía y aceptabilidad. Estas amenidades

constituyen parte del manejo de la relación interpersonal, pues significan interés por la satisfacción del paciente, ya sean proporcionadas directa o indirectamente por el médico, o por la organización de la que forma parte.

Por otra parte, la calidad es una *propiedad de*, y un *juicio sobre* alguna unidad definible de la atención. Asimismo, puede dividirse en dos aspectos.

a. **Calidad de la atención técnica.** Consiste en que ésta rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos.

b. **Calidad en el proceso interpersonal.** Se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones. Esta relación interpersonal contribuye al éxito o fracaso de la atención técnica.

Un concepto unificador de la calidad de la atención médica es el cuidado que, se cree, proporcionará al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan al proceso.

La atención innecesaria puede ser perjudicial, además de inútil. El uso de la atención redundante, aun cuando no cause daño, indica descuido, falta de juicio o ignorancia del profesional responsable. Contraviene la regla de «parsimonia» que es el distintivo de virtuosidad en el desempeño clínico.

Siempre que se realice un juicio acerca de la necesidad o conveniencia de la cantidad de la atención, queda implícito un juicio sobre la calidad de la misma. Las valo-

raciones de la cantidad y la calidad de la atención están unidas de diversas maneras.

La calidad cuesta dinero, puesto que presupone una cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado. Cuando la atención se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos y es más gravosa de lo que necesita ser. Los costos crecen —sin el correspondiente aumento en la calidad— debido a ineficiencias en los métodos y en la escala de producción.

La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención, o lograr la misma calidad a un costo menor. La eficiencia debe distinguirse de la calidad, aun cuando sus consecuencias afecten el nivel de calidad que se alcanza o podría alcanzarse. El costo monetario es un ingrediente en el juicio sobre la calidad, si se añade al riesgo como una consecuencia indeseada de la prestación de la atención.

A medida que se añaden servicios, aparece un rápido aumento en los beneficios que, paulatinamente, se hará más lento; de manera que, al final, grandes adiciones a los servicios prestados, producen muy poco o ningún aumento en los beneficios.

Los beneficios y riesgos están determinados por la condición del paciente, la eficacia de la ciencia médica y el grado de destreza con que ésta se aplica. La eficacia de la ciencia y la tecnología deben separarse de la calidad del

tratamiento técnico, que juzga qué tan bien se usan la ciencia y la tecnología.

El costo de la prestación de servicios de salud es resultado de: el valor monetario esperado de los beneficios, menos la suma de riesgo y costos de los mismos. El grado de eficiencia en la producción de servicios influye sobre la relación entre el costo y los servicios. El uso de servicios innecesarios afectará la relación, disminuyendo los beneficios y aumentando el riesgo en relación a cualquier nivel de costo monetario.

Los costos monetarios, se refieren a amenidades costosas que deben añadirse para asegurar la comodidad, privacidad, oportunidad y otros requisitos que contribuyen a la satisfacción del paciente cuando la atención del facultativo requiere de tiempo. Los pacientes son capaces de valorar los diversos beneficios, riesgos y costos dentro de un marco común y de hacer intercambios razonables entre un atributo aparentemente inmensurable y otro. En las enfermedades crónicas, las relaciones interpersonales cobran mucha importancia.

TRES DEFINICIONES, UNA SOLA CALIDAD

El balance de beneficios y riesgos en el modelo unificador de la calidad es el resultado de varias consideraciones. La primera es la probabilidad de obtener beneficio o daño en cualquier

situación determinada. La segunda es la magnitud del beneficio o daño. La duración del beneficio o el daño puede verse como un componente de la magnitud o como una entidad separada. La duración, más la rapidez o retraso, constituyen la perspectiva temporal. Esta perspectiva es importante porque las valuaciones que se hacen de los beneficios y los riesgos pueden variar dependiendo de si éstos son inmediatos o mediatos y es probable que los individuos difieran uno de otro en sus preferencias relativas al presente en comparación con el futuro.

El modelo unificador asevera que las expectativas y valuaciones individuales, así como el costo monetario pueden entrar en la definición de la calidad de la atención. El definir la calidad es establecer una norma.

Así, la calidad de la atención médica se define como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. Todos los otros factores, incluyendo costos monetarios, así como expectativas y valoraciones del paciente se consideran como obstáculos o facilitadores para alcanzar el estándar de calidad pero *no* modifican el estándar mismo. Ésta es la «definición absolutista», ya que implica menos factores y sólo está condicionada por la naturaleza del problema de salud, por el estado de la ciencia, la tecnología y el arte de la Medicina y sus disciplinas afines.

El profesional sólo proporciona información experta, mientras que *la tarea de valorar corresponde al paciente.* El

primero debe actuar para el bien del segundo, considerando sus conocimientos como médico, además de las circunstancias y preferencias de aquél. Pero aun así debe tratarse de la mejor decisión para el paciente, pues el costo monetario y su impacto sobre su bienestar son una consideración legítima y necesaria.

Por otro lado, cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una «definición individualizada» de la calidad. Las características de los pacientes varían en función de condiciones demográficas, sociales, y según la etapa de su enfermedad. Considerar el costo monetario de la atención, equivale a decir que la capacidad de pago del paciente influye sobre el estándar de la calidad, lo cual trae aparejado un problema moral para el médico. Así, la definición absolutista de la calidad es moralmente neutral, mientras que la definición individualista no lo es.

En la «definición social» de la calidad interviene un nuevo criterio: además del beneficio neto agregado *para* toda una población, se vuelve muy importante la distribución social de dicho beneficio *entre* la población. La diferencia con la definición individualizada es que algunas formas de atención se valúan más alto que otras a nivel social, debido a que sus beneficios cubren a una población y no a un solo individuo. La sociedad puede valorar en forma diferente la salud y el bienestar de distintos sectores de la población; esto refleja valores sociales, consideraciones económicas o influencia y poder políticos; esto es, pueden

descansar en lo que es socialmente aceptado más que socialmente justo.

Escoger una entre las tres definiciones de calidad es tarea difícil debido a que *cada definición es legítima dentro de un contexto apropiado*. Las diferencias existen en el alcance o nivel del interés por la calidad de la atención.

Por ello hay que considerar tres categorías:

1. Definición de salud.
2. Niveles de agregación y organización de los proveedores de cuidado.
3. Niveles de agregación de quienes —real o potencialmente— reciben la atención.

Además, la salud se concibe mediante tres componentes:

- a) Función física-fisiológica.
- b) Función psicológica.
- c) Función social.

PROTAGONISTAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Los proveedores de atención se clasifican en:

- a. Un médico.
- b. Varios profesionales.
- c. Un equipo formal o informalmente organizado.
- d. Una institución, un plan, un programa o un sistema completo de atención médica.

Finalmente, se hallan quienes reciben la atención que pueden ubicarse entre alguna de estas variables: entre

paciente y persona, y entre el individuo y el agregado. Una agrupación de pacientes es llamada «carga de casos», mientras que un grupo de personas es una «población», «comunidad» o, incluso, «nación».

Tradicionalmente el objeto de interés en la calidad de la atención, se centra en el cuidado que proporciona un facultativo individual, generalmente un médico, a un paciente con el propósito de mejorar su función física-fisiológica. Corresponde la definición de calidad y de salud en la medida en que el sistema de la atención médica haya recibido y aceptado una responsabilidad legítima para atender la salud y el desempeño humanos, junto con los medios para cumplir con esa responsabilidad. La salud no es sinónimo de calidad de vida. *Cuando varios profesionales participan en el cuidado del paciente, es necesario evaluar separadamente la contribución de cada proveedor.* En este caso, además se presta mayor atención a la *continuidad y coordinación* de la atención.

El acceso a la atención como determinante de la calidad, cuando se estudian «poblaciones», implica la consideración de la asignación apropiada de recursos como un atributo del sistema de atención. Esta distribución es un elemento de la «definición social» de la calidad y un criterio para evaluar la ejecución de un programa o sistema de atención a la salud. También sirve como criterio para evaluar el desempeño de cada profesional cuando su carga total de casos sea el objeto del estudio.

Cuando se examina la carga completa de casos, el criterio apropiado de calidad puede ser el «beneficio neto agregado».

Ni el profesional de forma individual ni el programa deben comprometerse a manejar más de lo que pueden al nivel más alto de calidad para todos. A veces las opciones son una atención casi perfecta para unos cuantos o una atención menos que perfecta para muchos.

El profesional puede determinar el acceso a la atención, por su ubicación, horario y cargos, y por la manera como se relaciona con sus pacientes y colegas.

En sustancia, la evaluación de un programa y la valoración de la calidad se relacionan sólo cuando el programa provee servicios personales de salud. La valoración de la calidad mide el éxito del programa en cuanto a la prestación de servicios personales de salud.

Las diferencias entre valoración de la calidad y evaluación de programas, dependen de si el programa está destinado a servir sólo a pacientes (como en el caso de un hospital) o a una población (como en el caso de un plan prepagado de salud o en un proyecto nacional de salud).

Cuando se asume sólo la responsabilidad de atender a pacientes, la definición de calidad no diferirá de manera fundamental, aunque se ponga más atención al acceso a la atención y a la asignación de recursos.

Cuando el programa sirve a una población, surgen consideraciones adicionales como los beneficios y desventajas externos del cuidado, y una preferencia colectiva por una distribución social especial de los beneficios netos de la

atención. Es probable que preocupe la distribución social de los costos de la atención. La equidad es la valoración de quien paga por algo, en comparación con quien se beneficia por ello; esto es importante para algunos programas, pero no forma parte de la definición de la calidad misma.

La evaluación de programas parece ser más extensa y más completa que la valoración de la calidad. Esto es así cuando un programa sólo proporciona una pequeña parte de lo que generalmente se incluye en los servicios personales de salud, como sólo servicios preventivos o sólo educación para la salud.

Las similitudes que existen entre la evaluación de programas y la valoración de la calidad se presentan cuando se confiere al médico la responsabilidad del manejo óptimo de toda su carga de casos o de una población específica.

Se puede afirmar que *la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse*. Depende de las propiedades de los proveedores —instituciones o individuos— y de los clientes potenciales según su habilidad para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos. La accesibilidad implica una adaptación entre proveedores y clientes que facilita la unión e influye sobre la calidad de la atención.

La calidad está influida por la cantidad y tipo de los servicios recomendados por los profesionales y aceptados por el paciente, por la distribución social de los servicios y sus beneficios. El costo de la atención que sufraga el paciente, influye sobre la accesibilidad y forma parte de la definición de la calidad.

OTROS COMPONENTES EN LA DEFINICIÓN DE CALIDAD

Pero accesibilidad y calidad no son la misma cosa. *La accesibilidad de la atención es la facilidad con la que se inicia y se mantiene. La calidad del cuidado es la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y de la sociedad.*

La *coordinación* es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general. La *continuidad* significa mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rasgo característico de la continuidad es la preservación de la información de una forma ordenada y razonable. La coordinación implica el compartir la información.

La continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad está centralizada en manos de un profesional o si la responsabilidad se reparte en forma legítima y ordenada, pues llevan a una mejor comprensión del problema médico del paciente, su situación en general, y sus valores y expectativas. En la medida en que se evita la duplicación, los costos también se reducen, lo que mejorará la calidad de la atención, como beneficios netos esperados, tal como los valora el paciente.

Aunque continuidad y coordinación son conceptos independientes a la calidad, son determinantes valiosos en

el buen desempeño de ésta. Por lo tanto, accesibilidad, continuidad y coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad pero que permanecen separados de ella.

Los pacientes, individual y colectivamente, son los definidores primarios de lo que significa calidad. La *satisfacción del paciente* a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención. Pero *la satisfacción es una consecuencia de la atención*, es un elemento de salud psicológica, por lo que es un objetivo de la atención. Un paciente satisfecho cooperará eficazmente con el médico, seguirá sus recomendaciones y volverá a buscar la atención médica, por lo que influye en el acceso al cuidado.

La satisfacción del paciente también representa un juicio sobre la calidad o bondad de la atención, y puede ser notablemente detallada —como el tratamiento técnico, ambiente y amenidades de la atención, la atención interpersonal y las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado—, y representa la satisfacción total. Es una medida muy importante de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente.

La medición de la satisfacción es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción en la interacción médico-paciente, es una guía sobre dicha atención. Pero la satisfacción del paciente referida a la calidad tiene limi-

taciones, ya que los pacientes comprenden de una manera incompleta la ciencia y tecnología de la atención. Además, a veces ellos esperan y exigen cosas que son incorrectas para que el profesional se las proporcione. Aun así, estas limitaciones no restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención.

En sí misma, la satisfacción del paciente es un beneficio de la atención y, por lo tanto, figura en el balance de beneficios y daños, que es el núcleo fundamental de la definición de calidad. Esta satisfacción del paciente influye sobre el acceso o la adhesión al régimen de cuidado, por lo que contribuye a otros beneficios; esto conduce a una posición secundaria en la definición de calidad.

En la medida en que la satisfacción del paciente manifiesta un juicio sobre la calidad de la atención, no forma parte de la definición de la calidad sino que constituye la mejor representación de ciertos componentes de la definición de calidad.

Por otro lado, el grado de satisfacción de los profesionales se relaciona con la definición de calidad. La satisfacción favorece el mejor desempeño profesional; forma parte del juicio acerca de la «bondad» de los lugares y condiciones donde el médico trabaja, sobre la atención que proporcionan sus colegas y sobre la atención que él mismo provee. La satisfacción del profesional se vuelve un criterio de la calidad de las características y funciones de la organización.

UNA EVALUACIÓN COMPLEJA

El balance de los beneficios y daños a la salud es el núcleo esencial de la definición de la calidad. Los daños y beneficios deben compararse entre sí en la forma como son valorados por el paciente plenamente informado o su representante legítimo. La supresión de cuidados innecesarios que reduce los costos, también debe utilizarse como un elemento de la definición de la calidad. La eficiencia de la producción debe excluirse de la definición de la calidad, aun siendo una consideración importante en sí.

Las valoraciones sociales sobre beneficios y riesgos a la salud deben excluirse si difieren de las valoraciones individuales. Estas valoraciones sociales deben expresarse por medio de la asignación de recursos al nivel agregado.

El profesional individual está sometido al conflicto engendrado por la aplicación simultánea de las tres definiciones de la calidad: la absolutista, la individualizada y la social.

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; una de esas evaluaciones toma en cuenta el punto de vista de los pacientes sobre calidad, de lo que derivan diferentes opiniones de este concepto, dependiendo de cada actividad profesional.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener un conjunto de variables y actitudes con relación a la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Las ventajas de este método son:

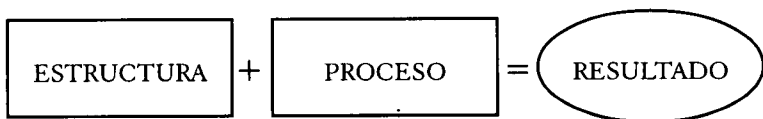
- Llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud.
- Identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo; tener mayor control en la planeación de los servicios.
- Identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales.
- Documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño.

Esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas nacional e internacionalmen-

te durante los últimos diez años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian¹. La gran aportación de éste ha sido la sistematización del cúmulo de información, el esclarecimiento conceptual y la apertura de nuevos y sugestivos horizontes de investigación, dentro del campo de la organización y administración de la atención a la salud, lo cual es una disciplina básica de la salud pública.

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor es el siguiente:



Este esquema permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud y supone que los resultados son realmente consecuencia de la atención proporcionada (lo cual implica que no todos los resul-

- 1 El doctor Avedis Donabedian, colaboró con la Universidad de Michigan y obtuvo el título de Profesor Distinguido. Recibió su grado profesional de la Universidad de Beirut y su maestría en Salud Pública de la Harvard School of Public Health. Fue catedrático de la American University of Beirut, de la Harvard School of Public Health y del New York Medical College. Fue miembro del Instituto de Medicina de la National Academy of Sciences (1971). Escribió numerosos artículos científicos y libros. Sus publicaciones han merecido premios del American College of Hospital Administrators, de la National Association of Blue Shield Plans y de la American Risk and Insurance Association (1978). Falleció el 9 de noviembre del año 2000.

tados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura).

TRAS LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, visto como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual puede obtenerse la opinión acerca de los *aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización)*, *el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta)* y *el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida)*. También puede obtenerse información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención (como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma) que, en conjunto, se consideran características de la accesibilidad a las organizaciones.

Los estudios de tres investigadores (Laub Coser, 1950; Freidson, 1961; Cartwright, 1967) sobre lo que los pacientes consideran un buen servicio de salud, arrojaron lo siguiente:

Para el paciente, el interés personal significa que el doctor lo trata como una persona que posee su propia identidad y

lo respeta como tal, mostrando respeto e interés en manejar sus problemas individuales; algunos pacientes toleran una familiaridad bromista, otros prefieren la seriedad. El paciente espera ser tratado con cortesía, respeto, amabilidad, información, atención, entereza y minuciosidad para obtener la historia clínica.

Freidson resumió la calidad en términos de ciertos comportamientos por parte del médico o de atributos de su atención que, a su juicio, denotan interés personal y competencia. Esto, de acuerdo con Donabedian, constituye una definición individualizada.

De acuerdo con los estudios aludidos, los pacientes fueron capaces de distinguir las amenidades de la atención, de otros componentes más importantes de la calidad, uno de los principales consiste en el empleo de la competencia médica para el servicio de cada paciente.

Los profesionales tienden a definir la calidad no en términos generales, sino específicamente en detalle de las actividades clínicas de la atención al paciente, enfocándose casi exclusivamente al manejo técnico.

A medida que las definiciones se convierten en estrategias, criterios y estándares de medición, la definición de la calidad adquiere nuevos significados y se hace más concreta y específica.

DE LOS ELEMENTOS AL RESULTADO

El objeto primario de las aportaciones de Donabedian es la serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. A esta serie de actividades se le ha llamado «proceso» de la atención; éste es la base para el juicio de la calidad: lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad otorgan a la salud y al bienestar. Por lo tanto, la calidad del proceso está definida como comportamiento normativo, cuyas normas derivan ya sea de la ciencia de la Medicina o de la Ética y valores de la sociedad, y contribuyen a obtener consecuencias valiosas.

El segundo elemento del esquema propuesto por Donabedian, la «estructura», se refiere a las características, relativamente estables, de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. La relación entre la estructura y la calidad es de importancia en la planeación, diseño y puesta en marcha del sistema cuyo propósito es proporcionar servicios personales de salud, en donde una buena estructura es probablemente el medio más importante para proteger y promover la calidad de la atención.

La palabra «resultado» se usa para significar un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica,

mejoramiento de la función social y psicológica, física y fisiológica de la actuación.

Esto implica que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir sobre el proceso mismo de atención, disminuyendo o acrecentando su calidad; los cambios en el proceso, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto de la atención sobre el estado de salud (o sea en el resultado). Esta distribución tripartita es una sucesión de elementos causalmente relacionados y se ha considerado, desde diversos puntos de vista, por diferentes autores.

OTROS PUNTOS DE VISTA

A continuación, algunas de sus aportaciones.

Simon (1961) señala que en una cadena de este tipo es inútil tratar de distinguir los medios de los fines; los propósitos y perspectivas del analista, determinan qué segmento de la cadena estudiará, cuáles son los medios y cuál el fin.

Makover (1951) considera que el producto final de la atención médica es el servicio médico proporcionado y su formulación basado en dos componentes que son: 1) estructura: normas, organización, administración y finanzas; 2) proceso, atención impartida que toma como producto final.

Doll (1974), rechaza la visión trinitaria a favor de una forma de dualismo; excluye la estructura pero afirma el proceso y el resultado considerando que la estructura forma parte del proceso que afecta el resultado.

Williamson (1971), introduce un sistema de evaluación que empieza con algunos resultados y retrocede hacia los procesos que llevaron a ellos; divide el proceso en dos segmentos: diagnóstico y actividades terapéuticas.

La trilogía de estructura, proceso y resultado, propuestos por Donabedian, tiene los siguientes antecedentes:

Mindel Sep (1955), describe el amplio campo de la evaluación de la calidad introduciendo el orden. La principal técnica usada en las apreciaciones de la calidad de un hospital puede dividirse en:

- El examen de los prerrequisitos para la atención adecuada.
- Índices de elementos del desempeño médico.
- Índices de los efectos de la atención.
- Evaluaciones clínicas cualitativas.

Un elemento principal en el modelo de **De Geyndt** (1970), es la amplitud de la definición de salud y la extensión de la gama de servicios de salud. Considerando el cuidado de la enfermedad, promoción de la salud social y mental, física, preventiva, diagnóstico temprano, cuidado de la enfermedad, rehabilitación física y social. Hace

hincapié en la diferencia en el análisis a nivel individual, de comunidades o poblaciones.

En un escrito sobre la evaluación de políticas, **Dror** (1968) propone una secuencia representada como sigue:

- 1) Fuerza de trabajo calificada y tiempo.
- 2) Conocimientos adicionales inherentes a las calificaciones de la fuerza de trabajo.
- 3) Equipo.
- 4) Energía e impulso.

Reconoce el insumo de dinero como importante; de aquí que la estructura sólo es un pequeño paso y los insumos se organizan de acuerdo con la formulación y ejecución de la política.

Freeborn y Greenlick (1973) proponen una clasificación completa de los métodos para evaluar el desempeño de sistemas de atención ambulatoria, refiriéndose a la evaluación de la interacción paciente-médico como parte de la evaluación de un programa completo de servicios personales de salud, al evaluar la efectividad y la eficiencia. A su vez dividen la efectividad en:

- a. Efectividad técnica, que considera la estructura, proceso y resultados técnicos de la atención.
- b. Efectividad psicosocial, que supone la satisfacción del cliente y del proveedor.

En cuanto a la evaluación de la eficiencia, la relacionan a insumos y producto, y a costo y producto. Pero también mencionan los resultados relacionados con el paciente, que podrían clasificarse como sigue:

- Cognoscitivos.
- De actitud.
- Conductuales.
- Usos de los servicios de salud.
- Promoción de la salud.
- Estado de salud.

UN MODELO INTEGRAL

Es posible emplear la clasificación que ofrecen Freeborn y Greenlick añadiendo otros aspectos. Así, queda demostrado que la tabulación cruzada de atributos y enfoques de Donabedian, permite clasificar los métodos y mediciones de evaluación estableciendo la clasificación de la siguiente manera:

Accesibilidad: física y socio-organizacional.

Estructura: factores geográficos.

Proceso: oportunidad y retraso en buscar cuidado.

Resultados relacionados con el paciente.

Resultados relacionados con el profesional.

Tratamiento técnico

Estructura: física, instalaciones y equipo.

Proceso: características del uso de servicios.

Resultados relacionados con el paciente: mortalidad e incapacidad.

Resultados relacionados con el profesional: satisfacción con el equipo.

Manejo del proceso interpersonal

Estructura: estabilidad de afecto hacia un médico personal.

Proceso: manera de atención a los pacientes.

Resultados relacionados con los pacientes: amenidades de atención.

Resultados relacionados con el profesional: satisfacción en la relación con los clientes.

Continuidad

Estructura: Arreglos para asegurar una fuente central y coordinada de atención.

Proceso: número de médicos e instalaciones involucradas en la atención.

Resultados relacionados con el paciente: adhesión al régimen prescrito.

Resultados relacionados con el profesional: satisfacción con los arreglos y procedimientos.

Esta clasificación parece servir como instrumento para señalar nuevos puntos de partida para la búsqueda o redescubrimiento de métodos y mediciones adicionales de evaluación.

Para poder elegir un método de evaluación, debe establecerse una serie básica de condiciones relacionadas con esta selección y empleo de cualquier método de evaluación, y son las siguientes:

Validez. Se refiere a la validez de los datos y precisión de las mediciones que se elaboran con ellos; con la justificación de las inferencias que se obtienen.

Costo. Es una consideración práctica que ha figurado a favor y en contra de procesos o resultados en la evaluación

y monitoreo de la calidad, haciendo una distinción entre el costo del método y el costo de su empleo en la evaluación y monitoreo de la calidad.

Oportunidad en el tiempo. Una reflexión importante para la elección del método de evaluación es la oportunidad de la información que proporciona en relación con los usos para los que dicha información se necesita. Mientras más tiempo pase entre la producción del servicio y la medición del resultado, más fácil será que factores extraños entren en el cuadro, oscureciendo la relación causal entre proceso y resultados.

Factibilidad, aceptabilidad y efectividad. La factibilidad se relaciona con la facilidad técnica con la que los profesionales, y otros colaboradores, aceptan el método y encuentran que sus resultados son persuasivos; a su vez tiene influencia sobre qué tanta consideración proporcionará a los hallazgos de profesionales, administradores y otras personas, y qué tanto se comprometerán ellos a llevar a cabo un cambio. De la efectividad se sabe poco acerca de métodos para monitorear la calidad y nada acerca de los procesos específicos en el uso de los criterios de proceso *versus* resultados, así como el énfasis básico en el método de evaluación.

Ética, valores y política social. Ni el proceso ni los resultados están libres de problemas éticos. Se presentan problemas éticos si los resultados adversos se usan para demostrar un patrón establecido o una probabilidad estable de que ocurra un resultado adverso; de tal forma que una intervención oportuna evitará que dichos resultados

negativos se presenten. El proceso y el resultado poseen diferentes vulnerabilidades éticas y técnicas. En cuanto a la política social, ésta se refiere a la influencia relativa de los profesionales y clientes sobre la definición de la calidad, y sobre su vigilancia.

El resultado más notable del análisis de Donabedian es el descubrimiento de una simetría básica que liga el proceso al resultado, en una conexión causal fundamental, demostrable o supuesta. Existen también diferencias que surgen, no de distinciones genéricas fundamentales entre proceso y resultado, sino de atributos menos básicos de elementos particulares del proceso o resultado que se seleccionen, y de la manera como se empleen en la evaluación de la calidad; tales diferencias son importantes en el diseño de un método para evaluación o monitoría que vaya a usarse para un fin particular.

La verdadera calidad no está en las cosas que hace el hombre, sino en el hombre que hace las cosas. Lo más importante para mejorar la calidad es el hombre.

Los mejores procesos de administración de la calidad pueden ser rápidos y efectivos, pero deben acompañarse de un plan de mantenimiento para que la mejora no sea reversible. *La calidad se trabaja con el cambio de hábitos.*

La calidad es una filosofía personal y una cultura colectiva. Uno decide hasta dónde se compromete y puede hallar espacios, retos y motivaciones para aplicar esta filosofía.

Actualmente la calidad es lo que hace la diferencia entre una institución y otra; si además de brindar todos los me-

dios necesarios para la recuperación de la salud de los enfermos, se manejan altos estándares de calidad en los servicios hospitalarios, se estará logrando cumplir con su compromiso nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Gas H. (1990). *Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica*. México: Salud Pública.
- Donabedian (1992). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. Washington, Publicación Científica.
- Donabedian A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. México: Salud Pública.
- Fajardo G. (1983). *Servicio de Urgencias*. México: Ed. Mexicana.

Copyright of Hospitalidad ESDAI is the property of Universidad Panamericana and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.