

# Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian

Martín Silberman, José Arturo Granados Cosme,  
Ixshel Delgado Campos y Victoria López Ortega

---

La evaluación de la calidad de la atención de salud se inició como resultado del debate político-económico en torno al papel del Estado como principal proveedor y financiador de los servicios de salud. Responde a la necesidad de disponer de bases técnicas para definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de atención.

En su inicio, el debate se centraba en el uso racional y coherente de los recursos disponibles, así como en formular estándares mínimos para acreditar servicios y certificar profesionales y, a la vez, realizar seguimiento del desempeño de los trabajadores de salud a través de auditorías. Es decir, responde por un lado a la necesidad de controlar el gasto creciente en salud y, por el otro, a homogeneizar en cierta medida la práctica de los proveedores de servicios de atención médica.

## **Calidad de la atención, principales conceptos**

Los primeros esfuerzos por conceptualizar la calidad de los servicios sanitarios fueron numerosos, aunque dispersos. Siguiendo los desarrollos propios de la industria, Avedis Donabedian fue el primero en lograr consenso, tanto en el ámbito académico como en el de la prestación de servicios, en la aplicación de conceptos para la evaluación de la calidad de la atención. En 1966 publica un texto en el que sienta las bases de la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica y sostiene que

“...el propósito de la evaluación de la calidad es ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido” (Donabedian, 1966). En este trabajo fundacional, Donabedian plantea la necesidad de centrar la evaluación del desempeño de la atención de la salud en la relación entre el médico, el contexto hospitalario y el paciente que demanda atención. Aquí se observa un énfasis preponderante del hospital como protagonista exclusivo del sistema sanitario, por lo que será el sitio donde dé inició el desarrollo de los conceptos teóricos de la calidad.

Acerca de lo que debe entenderse por calidad, en el texto se afirma que “...los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica”. Es decir, la evaluación de la calidad debe delimitar al proceso de atención y definir su desempeño ideal, a fin de compararlo con lo realizado por un servicio o un profesional particular en un momento determinado. Esta es la razón por la que, desde entonces, los principales esfuerzos se han dirigido a precisar los elementos que componen el proceso de atención y las características que lo definen (efectivo, seguro, satisfactorio, y otros). Paralelamente, se han realizado esfuerzos en la búsqueda de indicadores, patrones, escalas de medición, fuentes de información, validez de la misma y técnicas de muestreo; todas herramientas que permiten medir el grado de cumplimiento de dichas características en relación con una situación deseada.

El modelo original de Donabedian explora la calidad de la atención a través de definir lo que llama el módulo más simple de atención, es decir, el tratamiento que proporciona un profesional de la salud de forma individual a un paciente dado, con un episodio de enfermedad claramente definido. Este tratamiento propone dividirlo en dos aspectos diferenciados, aunque íntimamente relacionados. Por un lado, lo referido a la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina –y otras disciplinas complementarias– al manejo de un problema de salud; a este aspecto lo denominó calidad técnica de atención. Por otro lado, se encuentra el aspecto que se relaciona con el vínculo alcanzado por el profesional de la salud y el

paciente, en términos de interacción social, económica y cultural; al cual Donabedian denomina calidad interpersonal (Donabedian 1984).

De ambos aspectos, la calidad técnica es considerada como la base del modelo ya que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos. Si la medicina fue definida muchas veces como la ciencia y el arte de proteger o recuperar la salud, esta propiedad de la calidad correspondería a la “ciencia” de la salud.

Esta relación que se presenta entre los riesgos y beneficios en la atención de la salud, permite al profesional optar por aquella práctica de atención que, se espera, pueda proporcionar a un paciente determinado el más completo bienestar. A este balance Donabedian lo denomina modelo unificador (Donabedian 1984).

Por su parte, el proceso interpersonal debe llenar los requisitos fijados por las normas, valores y creencias socialmente aceptados que gobiernan la interacción de los individuos en general y de los profesionales de la salud con los pacientes en particular, por ello se lo considera la parte del “arte” del cuidado de la salud. Por supuesto, existe un gran desarrollo teórico de diferentes disciplinas que brindan elementos en relación a un óptimo desempeño en la relación interpersonal entre pacientes y profesionales de la salud, además de que también existen normativas explícitas que regulan estas relaciones desde el punto de vista del profesional y por parte del paciente. Por otro lado, se sabe que una buena relación puede aumentar de manera muy importante los beneficios de la dimensión técnica, a la vez que una pobre relación interpersonal puede condicionar los alcances técnicos y aumentar los riesgos de la atención.

Existe un tercer elemento diferente a los anteriores, aunque relacionado con la calidad interpersonal, que se ha dado en llamar “amenidades”. Éstas hacen referencia a los elementos de la atención que tienen que ver con proporcionar un ambiente cómodo, cálido, amigable y de cuidado a los pacientes; esto puede ser la sala de espera agradable, buena temperatura, cuidado de las instalaciones, entre otras. La calidad entonces comienza a definirse como la propiedad que la atención médica puede

poseer en grados variables, lo que significa que la atención médica con calidad debe valorarse por los beneficios que produce con los menores riesgos, valorando aspectos de calidad técnica, interpersonal y amenidades. Otros elementos que atraviesan transversalmente estos conceptos de calidad pueden ser la cantidad, el costo monetario y la oportunidad.

Si la cantidad de servicios es insuficiente, por más adecuada que sea técnica o interpersonalmente, se considera deficiente en términos de calidad. Este aspecto tiene más relación con el tipo de organización que presta los servicios de salud que con la relación médico-paciente, pero compromete a la calidad. En el mismo sentido, la atención excesiva, al aumentar los costos y ser innecesaria, desvirtúa su propósito e impacta negativamente en la calidad.

Hay también una relación estrecha entre el costo monetario y la calidad. Si bien la atención con buena calidad cuesta cierta cantidad de dinero –pues presupone una cantidad adecuada de intervenciones para la atención y cuidados– la atención ineficaz o de pobre calidad genera mayores costos porque tiene efectos negativos sobre la salud de las personas, lo que significa mayores gastos a mediano y largo plazo.

Lo propio sucede con el costo de oportunidad en relación a la calidad. Los padecimientos en salud requieren ser atendidos a tiempo para poder obtener el mayor beneficio de los conocimientos en salud. En la medida en que la atención se pospone, aumentan los riesgos y los costos, lo que deteriora la calidad de atención.

### Complejidades del modelo unificador

El modelo de evaluación basado en el componente técnico de la calidad ha sido muy útil para establecer muchos de los actuales estándares y guías de procedimiento clínico. En este caso, los expertos definen el estándar óptimo de salud y especifican los límites en donde los beneficios de una intervención comienzan a combinarse con los riesgos. Durante muchos años esta visión fue la más utilizada en los estudios de calidad de la atención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

No obstante, considerar la calidad de la atención desde una perspectiva exclusivamente técnica desvirtúa el modelo de Donabedian y relega factores muy relevantes para los resultados de la atención médica, como los costos y la satisfacción del paciente. Al quedar relegados, estos elementos se convierten en obstáculos para el logro del estándar óptimo. Donabedian la identifica como la visión *absolutista* de la calidad.

Se puede plantear una visión alternativa que incorpora como principal objeto de la atención el bienestar de los pacientes, lo que implica su responsabilidad en la definición de los objetivos del tratamiento. Este enfoque permite incorporar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, y considerar el costo de la atención, lo que facilita alcanzar los objetivos de la atención médica. Cuando se plantea la participación activa del paciente es posible redefinir los estándares técnicos, modificándolos para cada caso particular, grupo o comunidad; a este enfoque Donabedian lo denomina individualizado. Esta perspectiva resulta de mayor complejidad, pues plantea que el costo económico y las condiciones de acceso y utilización de los servicios de atención tienen un efecto en los resultados en términos de calidad; por otro lado, incorpora la dimensión moral, ya que las diferencias en la calidad de atención que se deben a las características económicas o sociales de los usuarios, pueden y deben considerarse injustas (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Este elemento, cuando se considera con mayor profundidad, es el elemento central de otro posible enfoque sobre la calidad de la atención. Este es el denominado enfoque social, el cual evalúa, desde una perspectiva de servicios o sistemas, el beneficio alcanzado de acuerdo a la distribución social de la calidad.

En resumen, en la calidad de la atención hay tres posibles denominaciones progresivamente complejas e incluyentes: una esencialmente técnica denominada absolutista donde el componente técnico es dominante; otra, la visión individualista, que considera sobre todo las condiciones sociales, económicas y culturales de cada persona atendida; finalmente, la perspectiva social incluye la valoración de la manera en que la calidad de la atención, considerada un bien público, se distribuye diferencialmente entre la población.

## Enfoques para la evaluación

Es necesario identificar los elementos que permiten hacer operativos los conceptos acerca de la calidad de la atención y en consecuencia sirven para orientar su evaluación. En principio, y en concordancia con las definiciones de la calidad, se dirá que dicha evaluación de la calidad tendrá elementos diferentes de acuerdo a la visión que se pretenda utilizar, si es la visión técnica o absolutista, o si es la individualista o la social. Estos elementos, de manera esquemática, pueden ser clasificados como propios de la estructura, del proceso o del resultado de la atención de la salud (Donabedian 1984). En lo referente a la calidad técnica, que se mide desde la perspectiva de los prestadores, se busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones (atención oportuna, eficaz y segura) en pro de la salud de los usuarios de los servicios (Moreno, 1992).

Para ello, Donabedian considera que la atención médica consiste en la combinación de una serie de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos. Dichas actividades estarán normalizadas por expertos (visión técnica), en conjunto entre expertos y pacientes (visión individualista), o en conjunto con un grupo o sociedad (visión social). A esta combinación de actividades se les puede llamar “procesos” de atención. A su vez se requiere que cada proceso se realice de manera estandarizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo a estándares recomendados. Entonces uno de los elementos clave para poder evaluar la calidad de la atención requiere identificar la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios y los menores riesgos (Donabedian, 1985).

Un juicio acerca de los procesos requiere de la observación directa de su aplicación o de la falta de ella y, en su caso, de la reconstrucción indirecta mediante fuentes de información, como los registros, que permitan un acercamiento a su implantación. Si la visión que se desea obtener de la implantación de procesos es la versión individualizada de la calidad, se deberán considerar los aspectos procesales que permiten incorporar la

experiencia de los pacientes con sus expectativas previas al momento de atención —lo que conforma su satisfacción— y su opinión de la relación interpersonal. Si lo que se plantea es una visión social de la calidad, se debe obtener información agregada acerca de la implementación de procesos de acuerdo al grupo en el que se está evaluando la calidad de atención.

Otro enfoque importante para la evaluación de la calidad se refiere a los elementos que hacen posible el desarrollo de los procesos. A la evaluación en cantidad y adecuación de estos elementos se denomina enfoque de “estructura”. Se entiende que la suficiencia y adecuación de estos elementos aumenta las probabilidades de llevar a cabo los procesos necesarios para una buena calidad de la atención. Pero además de evaluar la cantidad y adecuación de elementos estructurales debe certificarse su estabilidad en el tiempo. Por otro lado, de acuerdo a la visión de la calidad subyacente, es necesario evidenciar la adecuación técnica de los recursos, la aceptación por parte de los pacientes y su distribución entre los diferentes grupos sociales. Al respecto, el enfoque social plantea que para una población determinada con un perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico definido, corresponde una estructura de recursos (financieros, humanos, físicos y tecnológicos) específica, que garanticen la posibilidad de cubrir sus necesidades.

Por último, se ubica el enfoque de “resultados”, donde se trata de obtener evidencia del cambio entre una situación de salud y otra, producto de la atención médica. Nuevamente, estos resultados se plantean en función de la perspectiva de la calidad elegida, (técnica, individualista o social). Si es la técnica, se esperan resultados en el estado de salud con evidencias objetivas o subjetivas; si es la individualista, a lo anterior se deberán incorporar aspectos relacionados con la satisfacción del paciente; y si la dimensión elegida para evaluar la calidad es la social, se deberán incorporar elementos que permitan medir el impacto de las acciones sobre un grupo de individuos.

En consecuencia, a la hora de evaluar la calidad de atención, de acuerdo a la perspectiva elegida, se debe considerar el tipo de procesos que se deben implementar para el logro de los mayores beneficios y menores riesgos; luego buscar evidencias de la existencia, cantidad, calidad y con-

tinuidad de los elementos de la estructura que permitan la realización de dichos procesos; por último –de acuerdo con lo que se desea medir– deben definirse los resultados que se desean obtener a fin de diseñar la mejor manera de convertirlos en objetivos observables.

De lo enunciado hasta aquí se concluye que si la estructura de recursos es la deseada (de acuerdo a la población objetivo) y los procesos se dan de manera homogénea y de acuerdo a lo planeado, los resultados deberán ser los óptimos. De esta forma se separan claramente las dimensiones de la calidad técnica que pueden ser evaluadas de forma singular. Lo más recomendable, empero, es incorporar los tres enfoques de manera articulada.

A continuación se presentan en forma resumida los diferentes enfoques y sus elementos:

1. Estructura y recursos

a. *Físicos*

- Existencia de instalaciones adecuada para el tipo de pacientes a los que va dirigida la atención. Si se mide desde una perspectiva técnica, el énfasis estará puesto en el tipo de enfermedades; si la perspectiva incluye las características de las personas, se espera que sean las adecuadas para ellas, y si se evalúa desde una perspectiva social, se buscará identificar la distribución de los recursos entre los grupos.
- Insumos necesarios.
- Disponibilidad de equipo acorde a las personas, los grupos y a las enfermedades a atender.

b. *Humanos*

- Profesionales en cantidad, calidad y distribución (relación entre profesionales de medicina, enfermería y otras disciplinas; además de las diferentes especialidades médicas).

c. *Financieros*

- Presupuestos destinados al desarrollo de las actividades normales y programas especiales.

d. *Organizacionales*

- Marco legal y jurídico en el que se desarrollan las actividades profesionales
- Normas de funcionamiento institucional y guías de práctica clínica. Estas normativas deben estar redactadas de manera que no dejen dudas sobre la forma correcta de proceder y quiénes son los responsables de cada acción. A la vez, esas normas deben ser conocidas y reconocidas por todo el personal

2. Procesos

Se refieren a cada una de las etapas por las que transita un paciente a través de la estructura sanitaria. Es decir, se trata de describir la actuación del servicio en cuanto a las condiciones de acceso a la atención; al adecuado uso de los procesos diagnósticos y terapéuticos; a la adecuada comunicación del profesional o del personal auxiliar con los pacientes, y en caso de ser necesario, a la forma en que se realiza el seguimiento de los mismos por las estructuras sanitarias. La dimensión social busca la implantación de acciones a nivel grupal o poblacional de acuerdo a las normativas existentes.

3. Resultados

Se reconocen dos tipos de resultados. Unos son los referidos a la situación de salud de los pacientes; es decir, si hubo cambios esperados gracias a las intervenciones realizadas. Por otro lado, se incluye la relación interpersonal entre médico y paciente, y la satisfacción referida por los pacientes con la atención global del servicio.

Existe un gran debate para definir los estándares óptimos en cada una de las tres dimensiones, pero lo que se ha discutido con mayor fuerza es si la evaluación debe enfocarse en los procesos o en los resultados alcanzados. Este debate gira en torno a la dificultad para obtener información válida y confiable de los procesos que se dan puertas adentro de los servicios de salud, y para definir los resultados óptimos esperados para cada padecimiento en cada momento.

A este modelo básico se le han hecho una gran cantidad de ajustes, provocando que los modelos de evaluación de la calidad de la atención sean cada vez más complejos (Aguirre-Gas, 1993). Actualmente se considera que la calidad de la atención siempre debe considerar dos grandes dimensiones: i) la calidad técnica, cuyo propósito último es garantizar la efectividad de las acciones de salud y la seguridad de los usuarios; y ii) la calidad percibida por los pacientes o usuarios, que incluye las condiciones materiales, psicológicas y administrativas en que dichas acciones se desarrollan (Ross et al, 2000).

### Calidad y seguridad del paciente

Aunque hace casi cien años que las instituciones de salud realizan acciones deliberadas para hacer más segura la práctica médica, pero fue hasta 1991 –cuando la Universidad de Harvard publicó un trabajo sobre las consecuencias negativas de la práctica médica en pacientes hospitalizados– que inició la publicación sistemática de trabajos científicos referidos a la seguridad de los pacientes. Este proceso culminó con la publicación de un texto fundamental, patrocinado por el IOM, que estimó rigurosamente la magnitud de eventos adversos ocurridos anualmente en ese país como consecuencia de la atención médica (IOM, 2000). Los resultados de ese trabajo fueron tan impactantes que a partir de esa fecha surgió una extendida preocupación en los gobiernos, los profesionales, las agencias internacionales y la opinión pública por conocer la situación de la seguridad de los pacientes e incorporar sistemáticamente acciones en su favor.

A partir de la creación en 2004 de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, la seguridad del paciente ha quedado claramente incorporada como componente esencial de la calidad de la atención. Posteriormente el análisis comienza a hacerse más minucioso, e incluye nociones sobre métodos de evaluación, muestreo de poblaciones y la necesidad de complementar con información cualitativa proveniente de entrevistas (Lerner 1964).

## Conclusiones

Aún queda mucho por debatir en torno a la evaluación de la calidad de atención. Aquí se ha presentado un modelo conceptual basado en los principales aportes de Avedis Donabedian, quien plantea diferentes niveles de análisis de acuerdo a la interpretación que se adopte: la atención técnica exclusiva, la visión de la calidad individualizada, o la perspectiva social. Estos diferentes niveles coinciden en la incorporación de los elementos de estructura, procesos y resultados. La interacción entre ellos permite definir rutas de avance para lograr la máxima calidad posible. Garantizar la seguridad de los pacientes es una de las principales pretensiones de la perspectiva individualista, mientras que mejorar las condiciones de salud de los grupos a los que va dirigida la atención es el objetivo último de la perspectiva social. No es forzoso, sin embargo, adoptar sólo una de ambas perspectivas, pues es posible combinarlas en cualquiera de las modalidades de práctica médica. Este parece ser el reto de un sistema de salud que, teniendo como centro de preocupación a los usuarios de los servicios, no olvide que además de individuos enfermos son también titulares de derechos y miembros de grupos con los que a menudo comparten condiciones económicas, sociales y culturales y, por lo tanto, expectativas, esperanzas y exigencias semejantes sobre la atención que reciben.

Estas son algunas de las cuestiones que pueden derivarse de las propuestas de Donabedian. En asuntos de calidad de la atención, no habría que tomar decisiones de política pública sin haberlas considerado detenidamente.

## Referencias

- Aguirre-Gas H (1993). *Calidad de Atención Médica*. México DF: Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
- Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp.166–206.
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian A (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis*. Ann Arbor, Michigan: H. A. Press.

- IOM (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America & IOM: National Academy Press.
- Lerner M & Riedel D (1964). The teamster study and the quality of medical care. *Inquiry* (1):69–80.
- Moreno E (1992). *Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación*. Tucumán, Argentina: Univ. Nacional de Tucumán.
- Ross A, Luis J, Infante A (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*; 8(1):93–8.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006). *Policies and strategies to promote social equity in health* (Background document to WHO). Institute for Future Studies. Estocolmo, Suecia. Disponible en: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>