

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

por *Dra. Nélide Fernández Busso*

**En Fascículo Nº 1, Programa de Educación a Distancia
“Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud”**

Sumario

Se aborda el tema en un recorrido histórico y causal de los distintos factores y circunstancias que promovieron a la Calidad hacia un lugar protagónico en la Atención Médica.

A partir de este marco teórico que propicia las actividades de evaluación para acrecentar la calidad, la autora desarrolla los aspectos operativos que conforman el campo de la calidad: áreas, estrategias, elementos, protagonistas y modelos de monitoreo.

La Dra. Fernández Busso describe distintas técnicas de evaluación de la calidad según la condición que se tome en cuenta: origen, momento de realización, enfoque conceptual de evaluación, tipo de técnicas, validez de resultados, participación de personas involucradas, base que sustenta los juicios y categoría de fenómenos a estudiar.

Por último, dando respuesta a la preocupación actual que busca estrategias para la mejora, propone actividades para iniciar la etapa sustancial de mejoramiento de la calidad.

Abstract

A historic and originator run across factors and circumstances that promote Quality to a protagonic place in Health Care are enter upon. From this theoretical frame, that propose evaluation activities to improve quality, the author develops operative aspects on the quality issue: areas, strategies, elements, protagonists and monitory models.

Dr. Fernandez Busso describes different quality evaluation techniques related to the condition taken on account: source, realization moment, conceptual approach of the evaluation, techniques, result's validity, persons participation, judgment's support and category of phenomenon under study. Finally, bringing response to the present concern about strategies to improve, activities to begin the substantial step of quality improvement are proposed.

Nuevos desafíos en la búsqueda de la calidad

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación.

En primer término, la convergencia de intereses entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, no siempre coincidentes. Los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población. Actualmente, como consecuencia de la corriente eficientista y empresarial, los administradores están empeñados en buscar la satisfacción del paciente, usuario o cliente. Esta preocupación por "el otro", tan válida como principio ético, es más bien producto de la competencia entre sistemas de coberturas o de seguros médicos, que una real vocación de servicio. Bienvenida sea.

Con respecto a los profesionales, García Díaz señalaba (García Díaz, 1976) que la revisión de su conducta es parte tradicional del quehacer médico. Los ateneos, los pases de sala, congresos y otras actividades científicas son antecedentes valiosos sobre evaluación y han sido acicates para el progreso del conocimiento y de la práctica profesional, aunque a veces se centren más en lo excepcional que en lo cotidiano, en los errores más que en los aciertos.

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica (la imposibilidad de abarcar todos los conocimientos) y del incremento de las competencias profesionales y económicas.

Todas las profesiones tienden a resguardar y proteger su quehacer como forma de la división del trabajo y dominio de la actividad. Por eso la autoevaluación preventiva o anticipada de las propias acciones es un modo inteligente de preservar la conducción de la actividad profesional. Antes de que nos juzguen los otros tratemos de que nuestros pares analicen los propios desempeños.

Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

Una interpretación fácil de este apogeo de los temas de calidad sería creer que es el resultado de la irrupción de los

atrayentes principios que proponen el *Modelo y Estrategia de la Calidad Total*.

Tal vez esta propuesta sea el catalizador de preocupaciones subyacentes y, en nuestra lectura, la culminación de una serie de factores que han contribuido a que la calidad se convirtiera en una bandera dentro del sistema de salud. Para comprender la complejidad de estos fenómenos y, sobre todo, aprovechar las actitudes favorecedoras, intentaremos discurrir sobre diversos procesos que promovieron al tema de la calidad a un primer plano de las preocupaciones en el campo de la salud

1. Cambios que llevan el tema de la calidad médica a un primer plano

Podemos mencionar numerosos hechos que promovieron el protagonismo de los temas de calidad pero nos vamos a referir a los más destacables. Esos factores se refieren a circunstancias que transcurren desde lo general y abarcativo hasta lo particular y sectorial.

⇒ La evolución del pensamiento ético-profesional

Si bien la calidad está referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad. Por lo tanto los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto societario. Por ejemplo, se puede detectar que se ha producido una transformación acerca de las responsabilidades profesionales y la forma de llevarlas a la práctica. Este cambio está sustentado en nuevos encuadres filosóficos expresados con toda claridad por Karl Popper, uno de los filósofos más importante de nuestro siglo. Decía en una conferencia sobre "Tolerancia y responsabilidad intelectual" dictada en 1982 en la Universidad de Viena: "Quisiera presentarles algunas proposiciones para una nueva ética profesional, proposiciones que están estrechamente unidas a la idea de tolerancia y de honradez intelectual. Ambas, la vieja y la nueva ética profesional están basadas en las ideas de verdad, de racionalidad y responsabilidad intelectual. Pero la vieja ética estaba fundada sobre la idea del saber personal y del saber seguro y, por lo tanto en la idea de autoridad, mientras que la nueva ética está fundada sobre la idea del saber objetivo y del saber inseguro. La vieja ética que describo prohibía cometer errores. Pero es imposible evitar todo error o incluso tan solo todo error evitable" (Popper, 1983).

La nueva ética está fundada sobre la idea del saber objetivo y del saber inseguro (Popper, 1983)

El resultado de este pensamiento es que los profesionales y la sociedad son más tolerantes y aceptan mejor la posibilidad del error, aunque su ocultamiento o negación sería el mayor pecado intelectual. Esa postura modifica la posición ético-profesional y reforma la ética-práctica. Al aceptar la falibilidad del accionar profesional se favorece la sinceridad, la tolerancia, la autocrítica y sobre todo la aceptación de la crítica de los otros. Sin duda el mejor conocimiento de las equivocaciones beneficia el acercamiento o la aproximación a la verdad, pero desde una perspectiva más real y concreta.

De este pensamiento actual deducimos un objetivo que favorece el mejoramiento de la calidad: *la necesidad de comprometerse con la autocrítica y de tolerar la crítica de los otros.*

Por supuesto que estos errores, principalmente en el campo de la actividad médica, no están referidos a los punibles por leyes y reglamentos sino a los considerados probables por las dimensiones humanas del quehacer.

⇒ Cuestionamiento sobre la científicidad y eficacia de la medicina

Desde hace bastante tiempo se habla y escribe sobre la crisis de la medicina, situación que se relaciona con algunas de las ideas comentadas previamente. Desde el momento en que el saber científico es conjetural e inseguro, las llamadas verdades científicas se vuelven cuestionables y entran en crisis si no se contextualizan dentro de nuevos campos epistemológicos.

Einstein mostró que la teoría de la gravitación de Newton, lo mismo que la propia, eran saberes conjeturales y tan sólo una aproximación a la verdad. La medicina, precisamente, es un saber inseguro. Es revisable, porque se basa en conjeturas comprobables ¿Por qué entonces nos preocupa tanto su cuestionamiento? Forma parte de la concepción contemporánea que desacraliza lo científico para acercarse con la mayor humildad posible dentro del campo imperfecto de las relaciones interhumanas.

Pero como decía Foucault (1974) se debe separar la idea de la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos o sea entre conocimiento y eficacia. Esta última es uno de los atributos de la calidad de la atención y la podríamos definir como: *"la capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables"* (Donabedian, 1993).

Los cuestionamientos de ambos conceptos circulan por carriles diferentes. Uno se refiere a la verdad relativa del conocimiento y el otro a la incertidumbre de la praxis. Hasta no

"El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. (Foucault, 1974)

hace mucho tiempo se decía que la medicina podía dañar o hasta matar por ignorancia médica. Pero en este siglo, los avances tecnológicos y sus aplicaciones han modificado esos conceptos de modo tal que el mismo saber se ha vuelto peligroso. Entramos entonces en una nueva dimensión que es la vinculada con el riesgo del saber o con la denominada "iatrogenia positiva". "El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual" (Foucault, 1974).

La corriente de la antimedicina se acrecienta en la década del '70 con las publicaciones de Ivan Illich (Illich, 1970) quien hizo públicos los problemas internos de las instituciones de salud y puso en tela de juicio el poder médico. Los señalamientos alertan sobre los riesgos que conllevan los propios beneficios de la medicina. Las intoxicaciones medicamentosas, las cirugías innecesarias, las hospitalizaciones prolongadas, las prácticas riesgosas, son resultados de la consciente intervención médica y no errores de diagnósticos o circunstancias accidentales.

Actualmente el progreso tecnológico ha entrado en un campo fascinante, impensado pero arriesgado, lleno de probabilidades y de imprecisiones. Utilidad y daño. Beneficio y riesgo. Son acciones médicas opuestas que siempre están presentes y que deben tomarse en cuenta, y de ser posible, cuantificar. Es por ello que Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos. Para este autor el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

*El grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".
(Donabedian, 1993)*

Pero también debemos tener en cuenta que los cuestionamientos descriptos son del conocimiento de consumidores y pacientes. Por ello frente al desencanto de una medicina sabia, científica, y con médicos capaces, eruditos, con autoridad social y técnica, los pacientes se refugian en las medicinas alternativas, folklóricas, homeopáticas.

La solución no es intentar nuevamente la salvación milagrosa, sino aceptar el grado de imprecisión, probabilidad que tiene nuestro quehacer y trabajar con ello. Este esfuerzo es responsabilidad de los propios profesionales que deben apoyar sus decisiones en una mejor lectura de los efectos favorables y desfavorables de su accionar. Por ello otra consigna a tener en cuenta en el marco de la calidad es: *Necesidad de realizar continuamente el balance de beneficios y riesgos frente a los*

problemas que nos plantean los pacientes para obtener los mejores resultados posibles.

Se puede aducir que todo médico toma en cuenta esos dos opuestos y que en su decisión pone en marcha mecanismos de juicio sobre ventajas y desventajas. Pero la advertencia se refiere a una actitud más explícita, con búsqueda de información disponible y participación del propio interesado. Se trata de tender a cuantificar ambos términos en cada caso concreto o precisarlos cuidadosamente de acuerdo con las peculiaridades del paciente y su familia.

⇒ **El cuidado médico forma parte del campo de la macroeconomía**

En el año 1942 se puso en marcha en Inglaterra el Plan Beveridge, con el cual se plasma el principio que sustenta que el Estado debe hacerse cargo de la salud de sus miembros como consecuencia del *derecho* que tienen de estar sanos. Es un momento clave porque la salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía. La salud, las enfermedades, las necesidades en esa materia de los individuos, grupos o comunidades forman parte de las alternativas de cobertura, acceso, financiación y, por lo tanto, de las políticas reguladoras, distributivas, que son sociales y son materia de disputas políticas en todos los países.

Por otra parte, la salud también penetra el campo de la macroeconomía como consecuencia del peso que adquiere la producción de bienes para el sector. La industria farmacéutica, la tecnomedicina, ocupan los primeros puestos en la producción industrial de los países desarrollados. Y en los otros, se favorece el consumo tecnológico indiscriminado sin una apropiada valoración de necesidades y prioridades.

*"Confundir medicina con salud ha sido un vicio permanente del análisis y ha llevado a una medicalización que hizo a la profesión médica ejercer, a veces contra su voluntad, de árbitro en la resolución de conflictos sociales."
(Lolas, 1992)*

Ha contribuido a esa importancia económica el fenómeno de la "medicalización", que se ha producido, tal vez, a pesar de los mismos médicos. Dice Lolas (1992) "confundir medicina con salud ha sido un vicio permanente del análisis y ha llevado a una medicalización que hizo a la profesión médica ejercer, a veces contra su voluntad, de árbitro en la resolución de conflictos sociales (...). Salud y enfermedad tienen que ver no sólo con la profesión médica, tienen que ver con todas las personas, con los expertos de otras disciplinas, con los políticos, con los gobernantes." A pesar de esa justificación razonable, en cuanto a compartir responsabilidades, el resultado final es el *fenómeno de ampliación de la atención médica*. No sólo invade la vida cotidiana, laboral, social sino que deja de ser una inversión social para convertirse en bien de consumo, competitivo y supuestamente rentable de acuerdo con el eficientismo que se logre.

La búsqueda de la calidad es un buen horizonte que puede enlazar los viejos principios con las nuevas realidades. En este caso se debería relacionar calidad y gasto para responder a dos preguntas: ¿Cuáles son los diferentes servicios, prestaciones, beneficios, que se pueden brindar con el mismo costo? y cuáles son los distintos costos posibles para un mismo beneficio?. La resolución del primer planteo es un problema de prioridades y del segundo de eficiencia, ambos referidos al nivel de calidad deseable. Es decir que considerar la economía y la salud obliga a: *vincular los gastos en salud con la calidad para evitar comprometer la atención deseable.*

Pero no solamente debemos relacionar gasto y calidad en sentido positivo, sino también en negativo, es decir, reconocer el gasto de la "no calidad", que suele ser un argumento más tolerable y comprensible para los profesionales. Por ejemplo, los gastos ineficientes de internaciones prolongadas, infecciones hospitalarias, complicaciones injustificadas, prácticas innecesarias.

⇒ **Cambios en la práctica o ejercicio profesional**

Todos los que tienen responsabilidades en el sector: administradores, planificadores, profesionales en ejercicio asistencial, se sienten hoy afectados por los cambios que se están produciendo, tanto en los conocimientos como en la práctica o acción directa con las personas. Si intentáramos resumir las preocupaciones de los distintos grupos se podría señalar que los técnicos de salud pública detectan:

La fragmentación de la organización de los sistemas de salud. En este siglo la Argentina ha pasado de la bisectorialidad (estatal, privado) a la trisectorialidad (con la incorporación de obras sociales). Actualmente se ha expandido hacia la multisectorialidad con diferentes tipologías de prestadores, financiadores e intermediarios (sistemas prepagos asociados a obras sociales, fundaciones privadas con aportes estatales, intermediarias con efectores de distintas jurisdicciones). Estas y otras posibles interrelaciones determinan un panorama cada vez más complejo, desordenado, que ha pasado a ser múltiple con poder disperso. No existe una cabeza visible con autoridad propia, delegada o reconocida.

El desdibujamiento de valores como la equidad, la solidaridad, la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado son algunos de los principios que orientan la organización actual.

La falta de liderazgo de salud pública. Antes los hospitales públicos, las universidades, los ministerios de salud, marcaban el rumbo, con autoridad reconocida. Actualmente cada entidad sanitaria funciona casi autónoma, con limitados mecanismos de control, siendo las decisiones del sector consecuencia de las tomadas en otras áreas (por ejemplo, economía). No hay protagonismo de salud pública.

Las controversias entre lo estatal y lo privado por la falta de roles directrices, es otra de las características de la época.

Si se trata de analizar las preocupaciones de los profesionales asistenciales se puede observar:

Las contradicciones entre los factores que restringen y los que amplían el ejercicio profesional (principalmente para los generalistas y clínicos). Por ejemplo, en la década del 70 el pediatra extendió su campo de actividad habitual: en lo preventivo, psicológico, familiar, en edades. Pero también su accionar se restringió por la invasión de especialidades, de ofertas alternativas, de efectores de atención.(Baranchuk, 1993)

La ruptura de la privacidad en la relación médico-paciente por la intervención de otros profesionales, organismos de control, financiadores de la atención. El trabajo médico actual es multipersonal y con liderazgo cambiante frente a los pacientes.

La figura del médico de familia, protagonista una postura principista para lograr la integración de la atención, fracasó como proyecto de los salubristas y es revivido por parte de organismos financiadores para bajar los costos de atención.

El aumento de la vulnerabilidad en la práctica asistencial. Una profesión tradicionalmente resguardada entre pares se ha vuelto más pública y cuestionada por los pacientes, la comunidad y las otras disciplinas.

Las competencias profesionales y económicas. El número excesivo de médicos atenta contra el equilibrio de la oferta-demanda y favorece el crecimiento de especialidades, situación que facilita las disputas por pacientes y presupuestos. Pero no solamente aumenta la competencia interna sino que el mentado modelo médico hegemónico es invadido desde afuera por terapeutas, teólogos, filósofos y otros profesionales de las ciencias humanísticas. "Parte de ellas se han codificado bajo el concepto de "bioética" con una faz sistemática y, por ende, una dimensión también profesional. Ello permite pensar que nos encontramos en los albores de una nueva expertocracia". (Lolas, 1992)

El agobio de abarcar todos los conocimientos y sus aplicaciones. Esto se observa con mayor frecuencia en las especialidades básicas, donde la expansión del saber y del hacer impide al profesional estar siempre actualizado y con suficiente experiencia como para utilizar, con sabiduría, todos los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

La necesidad de autoevaluar el desempeño profesional en forma preventiva. Por vía de la competencia, de los cuestionamientos, de la autoprotección, se ha hecho más aceptable el tamiz crítico de las actividades y decisiones médicas.

Esperamos que la lectura de los hechos comentados ayuden a crear un clima propicio para la reflexión, anticipándonos así a los juicios de pares, pacientes y comunidad.

| Cambios | | Nuevas Necesidades |
|--|---|--|
| La evolución del pensamiento ético-profesional | ➡ | Comprometerse con la autocrítica y tolerar la crítica de los otros |
| Cuestionamientos sobre la científicidad y la eficacia de la medicina | ➡ | Realizar un balance continuo de beneficios y riesgos |
| El cuidado médico ingresa al campo de la macroeconomía | ➡ | Vincular gastos con calidad en salud |
| Cambios en la práctica o ejercicio profesional | ➡ | Autoevaluar el desempeño profesional en forma preventiva |

2. EL CAMPO DE LA CALIDAD

Los factores comentados propician las actividades de evaluación para acrecentar la calidad. Son elementos de apoyo y sostén teórico, pero no son herramientas para actuar. Podemos tener claro el diagnóstico, podemos conocer muy bien la problemática, pero debemos decidir qué actividades encarar para modificar esa realidad. Por ello en este apartado enfocaremos el tema de las estrategias para la acción en el campo de la calidad en

atención médica. Desarrollaremos los siguientes aspectos operativos:

- ⇒ Las áreas a considerar en el campo de la calidad
- ⇒ Las estrategias para orientar la búsqueda de la calidad.
- ⇒ Los elementos o atributos que comprende.
- ⇒ Los protagonistas o actores principales.
- ⇒ Los modelos de monitoreo de calidad.

De las Areas

Con relación a este primer punto consideramos que la calidad abarca varias áreas temáticas o dimensiones básicas que se deben encarar siempre que se decida mejorar la realidad:

- a) el marco teórico que vamos a legitimar,
- b) el nivel o sujeto de acción,
- c) cómo se va a evaluar
- d) cómo vamos a mejorar la realidad encontrada.

a) Marco teórico que vamos a legitimar

Se refiere a los *conceptos sobre calidad de la atención médica* que orientarán la tarea y le darán direccionalidad. No nos estamos refiriendo a definiciones académicas, que es posible encontrar profusamente en la bibliografía sobre el tema (SADAM, 1993), sino al núcleo central o intencionalidad en el campo de salud.

Actualmente es posible seguir tres orientaciones:

- La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.
- La calidad centrada en las expectativas del paciente/cliente.
- La calidad como herramienta gerencial.

En cada caso los que definen la calidad son distintos: en el primero son los profesionales de mayor prestigio, en el segundo los usuarios de los servicios y en el tercero los que conducen y administran los servicios y sistemas de salud.

Cada uno de esos enfoques requiere de técnicas y procedimientos diferentes y, por lo tanto, la organización de diferentes modelos de monitoreo de la calidad. Esto no significa que sean excluyentes (pues es posible combinarlos o integrarlos), sino que es necesario reconocer la intencionalidad de cada actividad para una mayor claridad de objetivos y procedimientos. En el apartado sobre los modelos de monitoreo se detallan las alternativas propuestas.

b) Nivel o sujeto de acción

Corresponde a la determinación del nivel o *sujeto concreto de auditoría*. Es posible abordar la calidad en los niveles:

- *Macro*: de las políticas de salud.
- *Meso*: de los sistemas y subsistemas de salud.
- *Micro*: de los efectores directos de salud.

Nivel Macro

Es el más general y abarcativo por cuanto se trata de valorar la índole de la orientación política de un país en materia de salud. Estaría dedicado a conocer la razonabilidad y eficacia, tanto de las normas y leyes, como de las decisiones en materia de atención médica.

Supone apreciar los valores o principios subyacentes en la organización, la participación y responsabilidad del Estado, la eficiencia de los sistemas financiadores y la valoración de políticas específicas en materia de medicamentos, tecnología, capacidad instalada, etc.

Nivel Meso

En este nivel la calidad se refiere a la apreciación en los sistemas intermedios (subsector público, de obras sociales, privado). En este caso la calidad se relaciona con varias dimensiones individualizadas por estudiosos del tema (CEADEL, 1992) como:

- a) el desempeño gerencial.
- b) el desempeño técnico-asistencial.
- c) la capacidad y desempeño social de los sistemas.

Esta evaluación contempla tanto la organización estructural como los resultados medidos por el bienestar médico y social de los beneficiarios del sistema en cuestión.

Nivel Micro

En cuanto al nivel micro, enfoca la calidad en los establecimientos sanitarios desde un consultorio, un servicio, un equipo, hasta un hospital de alta complejidad.

En cada uno de los niveles señalados se debe usar un abanico de técnicas e instrumentos diferentes y complementarios. Se pueden agrupar en los tres clásicos enfoques de Donabedian quien ha tenido el mérito de ofrecer un marco teórico que se puede de aplicar siempre.

La calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesual y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también qué componente, aspecto, actividad o acción queremos conocer en el aquí y ahora.

c) Cómo se va a evaluar

Se relaciona con el desarrollo de técnicas y herramientas para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado (ideal, posible, básico, óptimo). Sobre este punto recordamos que existen muchas posibilidades porque es el campo que más se ha trabajado. Para elegir las técnicas más adecuadas se debe tener en cuenta que:

- a) la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesual y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también qué componente, aspecto, actividad o acción queremos conocer en el aquí y ahora.
- b) Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio. Usar criterios de complementariedad o de triangulación (Pedersen, 1992).

d) Cómo mejorar la realidad encontrada

Constituye el desafío actual de la calidad. No basta conocer lo que sucede sino que es un deber producir modificaciones si los resultados no son satisfactorios. Pero *mejorar o producir cambios* no es tan sólo un problema de técnicas sino básicamente de decisiones. Con los resultados de la evaluación se puede decidir no hacer nada, esperando la evolución natural de los acontecimientos,

o tomar una actitud activa. En este caso se debe dar contenido técnico al accionar pero sobre todo asumir el liderazgo y el compromiso que supone esta actitud. Durante años los técnicos y los directivos estuvieron muy preocupados por evaluar, descuidando o confundiendo los fines con los medios. La evaluación es un medio para conocer la realidad, y si ésta no nos satisface lo que importa es intentar mejorarla. El énfasis actual para asegurar calidad es instaurar el ciclo "evaluar-mejorar" en forma continuada.

Se está transitando desde las estrategias meramente evaluativas hacia las estrategias integrativas de garantía de calidad.

De las Estrategias

La dirección de las estrategias está vinculada con el marco conceptual o ideológico en el cual se inscriben. Por ello vale la pena detenerse a considerar los modelos que se pueden adoptar, según los cambios que se han producido a lo largo del camino recorrido desde los comienzos de la auditoría médica hasta la actualidad. Estas etapas están sintetizadas en el Cuadro N°1, donde se resumen los aspectos sobresalientes de esta temática, desde la década del 50. Por supuesto que los trabajos de los precursores son anteriores, pero las maneras de actuar orgánicamente corresponde al período señalado.

| ETAPAS | ESTRATEGIAS | HERRAMIENTAS |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Auditoría Médica | Buscar errores Limitar el gasto | Contable Estadística |
| Control de Calidad | Diagnosticar desvíos | Epidemiología Método Clínico |
| Garantía de Calidad | Solucionar problemas evitables | Diseño de Sistema " evaluar-mejorar" |
| Mejoramiento continuo de la Calidad | Oportunidad de cambio | Desarrollo de la "cultura por la calidad " |

Cuadro 1. Marcos conceptuales o ideológicos desde la década del '50 hasta la actualidad

Los aspectos señalados en el cuadro no significan que se puedan demostrar límites precisos entre cada etapa ni que sean excluyentes. Tan sólo trata de mostrar cómo el marco teórico sobre el tema ha sufrido una evolución conceptual que amplió su horizonte incorporando, primero, herramientas para evaluar (errores, desvíos) y luego enfatizando las estrategias de cambios para mejorar. Sobre ese punto conviene aclarar que durante mucho tiempo, principalmente en los albores de la auditoría médica, se trató de ocultar las acciones punitivas consecuentes al hallazgo de comportamientos equivocados por parte de los profesionales.

Esta actitud tuvo por finalidad evitar la confrontación y la resistencia a las evaluaciones. Se aclaraba que la auditoría interna era educativa mientras que la externa podía tener consecuencias (de hecho las tenía) por las penalidades económicas. De ahí que se haya pasado de un esquema restringido a uno amplio donde se involucra a toda la institución. Las ideas centrales son que:

- Se necesita el diseño de un sistema permanente de evaluación-mejoramiento que utilice múltiples técnicas.
- Importa menos encontrar errores, que conlleven actitudes punitivas, que considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales.
- La calidad es un horizonte móvil de mejoramiento permanente porque, como en la vida misma, la perfección es una utopía que nunca se alcanza
- Se necesita un compromiso general o "cultura de la calidad" que impregne a toda la institución.

En ese transcurrir desde lo numérico y punitivo, a lo cualitativo y social, hay figuras centrales que han marcado jalones en el campo de la calidad, tanto en lo conceptual como en lo metodológico:

| | |
|--|--|
| Donabedian, A | En los años sesenta sistematiza el abordaje de la calidad desde el propio campo de la salud, en contraposición al crecimiento de la auditoría como estrategia de control de la utilización y gasto, originaria del campo contable. Identificó la calidad en: lo técnico- científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario- sistema, y la satisfacción del paciente y proveedor. Plantea una tipología individual y otra social. Centra la evaluación en los desempeños desde tres clásicos enfoques (estructura, proceso y resultados). |
| Deming, E. Juran, J. Crosby, P. | Nombres claves en el desarrollo de la "Gestión de la Calidad Total" (TCL) y "Mejoramiento Continuo de la Calidad" (MCC), modelos o estrategias que desde la industria se incorporan a la salud en los años 80 en Estados Unidos. Es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones. |
| Zimmerman, D. Salko, J. | Autores que adaptan al área de salud los conceptos planteados por Hammer y Champy (1993) sobre la reingeniería, movimiento que revoluciona los negocios en la década del 90. Consiste en el rediseño radical de los procesos. Esa postura es similar a TCL/MCC, pero no sólo se preocupa por mejorar los que existen sino que presiona para que se elaboren procesos y sistemas nuevos y mejores. Responde a la pregunta: ¿Si tuviera que comenzar esta empresa de nuevo cómo sería? |
| Vuori, H. | Es otro pensador de la calidad desde el propio sector de salud, como Donabedian. Dice que la calidad tiene dos categorías: a) la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones, b) la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios. A diferencia de Deming que hablaba de un proceso constante de mejora, Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por los conocimientos disponibles. Es la barrera para cambiar los horizontes de la calidad. Un aporte importante de este autor es la identificación de varias categorías de usuarios de los servicios. |

Los autores mencionados no son los únicos importantes en el campo de la calidad pero son quienes han marcado cambios sustanciales en las estrategias que abordan la problemática que nos ocupa.

Tanto Donabedian como Vuori identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control. En el listado siguiente se han unificado ambas propuestas:

| | |
|------------------------------------|--|
| Efectividad | Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbilidad sobre un grupo poblacional definido |
| Eficacia | Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales |
| Eficiencia/optimidad | Habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados |
| Equidad | Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales |
| Aceptabilidad/legitimidad | Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria. |
| Accesibilidad | Todo tipo de acceso para obtener los servicios |
| Adecuación de los servicios | Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población. |
| Calidad técnico/científica | Incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles. |

Los componentes mencionados reflejan que el concepto de calidad de la atención médica incluye muchas cualidades.

Calidad es un término sincrético que debe ser contextualizado para ser operativo. Se debe definir cual de los atributos deseamos valorar y sólo el cumplimiento de todos los mencionados pueden identificar la calidad alcanzada.

De los Protagonistas

Un aporte interesante de Vuori ha sido la discriminación de diferentes actores de la calidad. Indudablemente estas categorías han sido influidas por el concepto de Calidad Total que introduce la distinción entre cliente externo e interno. Así, en los servicios de salud se pueden considerar:

- los pacientes o beneficiarios

- los trabajadores de salud
- los administradores de los servicios
- los dirigentes o dueños de los servicios

Esos grupos tienen distintos intereses o expectativas con respecto a la calidad de los servicios. Cada uno enfatiza, en distinto grado, los elementos comentados precedentemente. A veces los intereses son convergentes pero en otras ocasiones entran en conflicto o competencia. Por ejemplo: a los pacientes les interesa la resolución eficaz de los problemas que los afectan, al menor precio posible y con la mayor satisfacción. A los dueños de los servicios les interesa obtener el precio más alto del mercado para maximizar la diferencia entre lo gastado y lo ofrecido, a una calidad constante.

Para los trabajadores de los servicios, la calidad está centrada en el cumplimiento de las normas del proceso, consideradas por los pares como las más adecuadas o eficaces. A veces esta postura difiere con las expectativas de los pacientes, principalmente con respecto al uso de procedimientos invasivos y costosos.

Los administradores o gerentes fijan la importancia de la calidad en la relación entre costos y producción. De esta forma la eficacia es la propiedad de su mayor interés y, por ese motivo, entran en conflicto con los profesionales que están más preocupados en la utilización y disponibilidad de las tecnologías más avanzadas en forma independiente de su costo.(Chorny, 1997).

Uno de los aciertos de la estrategia de Calidad Total es considerar que la calidad debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías: a) clientes externos y b) clientes internos. Los primeros incluyen tanto a los beneficiarios como a los proveedores de servicios que también se consideran actores de la calidad. En el segundo grupo de clientes internos se tienen en cuenta las otras categorías de Vuori (trabajadores de salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios) pero como interdependientes. Habrá calidad total si cada unidad de producción interna entrega a las restantes un producto o servicio de calidad. Si los profesionales no reciben buenos servicios del Laboratorio, Radiología, etc. y buenos productos de Farmacia, Esterilización, etc. no podrán concretar un acto o procedimiento de calidad.

En este momento existen por lo menos tres grandes orientaciones posibles para monitorear la calidad. Todas son beneficiosas, se complementan, se relacionan, pero es preciso distinguirlas para resolver lo que se considere prioritario, de interés institucional y factible de llevar a cabo. Los modelos que desarrollaremos están vinculados con las estrategias comentadas en los párrafos precedentes.

Auditoría técnico-administrativa

Es un Área de Auditoría Médica o de Mejoramiento de la Calidad centrada en el control eficiente de las prestaciones, de la utilización adecuada de los servicios, del rendimiento de los recursos. En este modelo, la organización y desempeño están más cerca de la auditoría contable, su predecesora. De allí se obtuvo el modelo aplicado al campo de la atención médica (García Díaz, 1976). En nuestro país ha tenido un gran desenvolvimiento en entidades financiadoras de servicios médicos (obras sociales, entidades de seguros, prepagos) en relación con el control de los efectores contratados. También se ha implantado en los prestadores directos o agrupamiento de prestadores con la finalidad de mejorar el servicio a un costo razonable y evitar preventivamente los conflictos con las entidades contratantes. Actualmente este tipo de auditoría se ha modernizado, constituyendo los programas de Gerenciamiento basados en la Calidad (managed care).

Modelo industrial

Es el de difusión más reciente. Su origen proviene de las empresas preocupadas por la productividad y calidad de sus productos en un mundo competitivo y de rápidas innovaciones tecnológicas. La estrategia es la búsqueda de la calidad a través de la cercanía con los deseos del cliente, la aplicación del concepto de calidad total, el reconocimiento de la persona y la administración participativa. En el país se conocen pocas experiencias concretas sobre la aplicación completa del modelo en salud, pero tiene predicamento en los medios empresariales.

Existe una buena bibliografía al respecto y es tema de debate en mesas redondas y congresos de la especialidad. (Ishikawa, 1986; Murakami, 1990 y Ruelas Baraja, 1990).

Modelo médico o de la atención a la salud

Así lo denomina Donabedian. Es el más cercano a la tradición y experiencia del quehacer profesional porque se utilizan técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de salud. El método clínico y el epidemiológico serían las herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud (Donabedian, 1993). A diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en el modelo médico el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención. Por ello, para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de las conductas.

Los dos últimos modelos tienen coincidencias en el énfasis y la búsqueda de la calidad. Pero tiene diferencias en la preeminencia del juicio de los clientes o usuarios y en las estrategias para garantizar la calidad. La aparición de los conceptos de Calidad Total despertaron, en el campo de la salud, nuevas perspectivas que cuestionaron los viejos modelos médicos introduciendo aires renovadores.

Si bien con finalidad didáctica se han separado los tres modelos de monitoreo, todos son beneficiosos y posibles de coexistir. Si se pretende el mejoramiento de la calidad - garantía de calidad en el lenguaje actual - se debe reconocer humildemente que es necesario todo tipo de acciones formales dentro de las instituciones de salud que sean sistemáticas y permanentes. (Jesse, 1989; Ruelas Barajas, 1990)

3. LAS TECNICAS DE EVALUACION DE LA CALIDAD

En este apartado describimos técnicas que se pueden poner en marcha en el monitoreo de la calidad del Modelo Médico, en unidades asistenciales directas. La trascendencia del sector o unidad de evaluación depende del buen diseño de las actividades. Una vez definida la orientación del modelo evaluativo, totalizador o con predominio de alguna de las corrientes descritas en el apartado anterior, el siguiente paso será la consideración del perfil de la operatoria. Para ello se deben tener en cuenta algunas premisas, por ejemplo:

- Respetar los intereses de la institución.
- Considerar la posibilidad fáctica de las acciones.
- Comenzar por los problemas de mayor riesgo para los pacientes.
- Evitar estudios intrascendentes o de escasa representatividad.
- Tomar en cuenta los aspectos legales de la actividad.
- Preservar la rigurosidad y discreción en la obtención de información.
- Formalizar los proyectos y difundir los resultados dentro de la institución, y resguardar la información fuera de la misma.
- Utilizar normas, criterios de evaluación que tengan consenso.
- Buscar formas de incorporación o cooperación de grupos de estudio o comités relacionados con el tema: comité de infecciones, muertes y otras complicaciones, historias clínicas, de drogas y medicamentos.
- Buscar aliados para favorecer las acciones e identificar obstáculos.
- Posibilitar la validación o rectificación de los problemas.
- Proponer mecanismos para instrumentar acciones correctivas técnicas.
- Obtener la participación de aquellos cuyos desempeños son evaluados y la participación de la población asistida.

Existen varias categorías de evaluación según las condiciones que se tome en cuenta: por su origen, por el momento

de realización, por el enfoque conceptual, por la obtención de los datos, por la validez de los resultados, por la participación de las personas involucradas, por la base que sustenta los juicios, por la categoría de fenómenos a estudiar. A continuación comentaremos las que posibilitan un amplio abanico para actuar.

| | |
|---|---|
| <i>Origen</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Por problemas detectados • Planificadas |
| <i>Momento de Realización</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Previa al acto profesional • Concurrente • Posterior o Retrospectiva |
| <i>Enfoque Conceptual de Evaluación</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Estructura • Evaluación de Proceso • Evaluación de Resultado |
| <i>Tipo de Técnicas</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativas • Cualitativas |
| <i>Validez de Resultados</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Confiable • Evaluación Dudosa o Discutible • Evaluación no Confiable |
| <i>Participación de Personas Involucradas</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones Participativas • Evaluaciones Técnicas |
| <i>Base que sustenta los juicios</i> | <ul style="list-style-type: none"> • A través de Criterios orientadores • A través de Opinión de los Consultados • A través de Estándares, indicadores • A través de normas, reglas de atención |
| <i>Categoría de Fenómenos a Estudiar</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Episodios clínico-quirúrgicos • Eventos Adversos • Procedimientos diagnósticos • Terapéuticas Selectivas |

Cuadro 2. Categorías de Evaluación

3.1. Por el origen de las evaluaciones

Esta clasificación hace referencia a las evaluaciones que se realizan dentro de una institución y que se originan en un problema crítico o son evaluaciones de rutina llevadas a cabo en forma sistemática por la unidad específica. De ahí que se pueden agrupar en:

a. Evaluaciones motivadas por problemas detectados o que preocupan a alguno de los niveles de conducción de la institución. Por ejemplo: muerte o complicación no esperada de un paciente, riesgos ocasionados por determinadas técnicas diagnósticas,

accidentes transfusionales, situaciones con los pacientes que determinan intervención legal.

b. Evaluaciones planificadas por el área de auditoría para buscar los problemas de calidad. (monitoreo de la calidad propiamente dicho): monitoreo de eventos adversos, seguimiento de indicadores epidemiológicos, encuestas o entrevistas a informantes claves.

Como se puede deducir ambos grupos se diferencian porque las primeras son evaluaciones esporádicas, cortas y referidas a un problema o paciente particular y, las segundas, requieren que se programe una vigilancia de rutina para detectar problemas encubiertos o menos reconocidos. En el primer caso las cuestiones que afectan la calidad aparecen casi sorpresivamente y en el segundo se tratan de encontrar para controlarlas o evitarlas, si es posible. Los incidentes críticos originan una investigación temporalmente cercana al hecho, para determinar causalidad y responsabilidad específica caso por caso. En cambio el monitoreo planificado puede ser retrospectivo y aun anticipatorio ya que los problemas detectados interesan como expresión indicativa de un comportamiento más generalizado.

3.2. Por el momento de la realización

Se trata de una clasificación clásica y conocida por los interesados en estos temas. Se relaciona con la oportunidad de aplicación:

a- evaluación previa al acto profesional (antes)

b- evaluación concurrente (durante)

c- evaluación posterior o retrospectiva (después)

La *evaluación previa al acto profesional* ha sido muy utilizada en las auditorías técnico-administrativas, principalmente para justificar la implementación de autorizaciones previas para internaciones, prácticas costosas o poco conocidas (fuera de los llamados nomencladores de prestaciones). En realidad esas autorizaciones están relacionadas con el control del gasto y la limitación de prácticas innecesarias. Cuando se juzga la justificación médica de la solicitud en base a la documentación clínica, son reales evaluaciones de calidad. En cambio cuando es una norma aplicada indistintamente (ej: cobertura de un número prefijado de días de internación) son evaluaciones lícitas para un ente financiador pero poco tienen que ver con la calidad del caso en cuestión.

La *evaluación concurrente* es aquella que se realiza en el curso de la atención ambulatoria o de la internación. Se pueden analizar tanto el proceso actual y previo como los resultados parciales o inmediatos de la atención. Como supone el desplazamiento del o de los evaluadores hacia el lugar de atención se necesita disponibilidad suficiente de recursos humanos para la evaluación. En nuestro país existen varios programas a cargo entidades financiadoras de servicios contratados para evaluar atención de internación y justificación de: prácticas, cirugías, prolongación de internación (recertificación concurrente).

Uno de esos programas fue puesto en marcha en 1981 por el Instituto Nacional de Seguro Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP): Programa de Evaluación Concurrente (P.E.C). Abarcaba a todas las instituciones contratadas del Area Metropolitana (86 sanatorios, clínicas, hospitales de comunidad y públicos) donde se evaluaban todos los pacientes internados durante su permanencia.(Borini, 1987).

Con respecto a la *tercera evaluación o posterior* se aplica para analizar procesos retroactivos o resultados inmediatos o más alejados de la atención. En el primer caso sería conveniente que la evaluación no estuviera muy distante del episodio para evitar incompletud de información o inoportunidad de las medidas correctivas. En cambio en los estudios de resultados, la distancia del hecho estaría definida por el tipo de resultados a considerar. Si pretendemos evaluar tiempo de sobrevida después de una terapia quirúrgica o medicamentosa, es posible que la evaluación sea más alejada que en los estudios de condiciones al alta de los pacientes (curado, mejorado, peor, muerto)

3.3. Por el enfoque conceptual de las evaluaciones

Consiste en la clasificación de las evaluaciones en algunos de los abordajes clásicos de Donabedian (su llamada trilogía):

a. evaluación de estructura

b. evaluación de proceso

c. evaluación de resultado

Estos tres enfoques han tenido la virtud de ordenar y operativizar la evaluación por constituir categorías excluyentes, donde cada una conserva su individualidad. En cualquier circunstancia siempre es posible encasillarla en alguno de esos enfoques. Se podrá ampliar la aplicación a niveles macros y mesos, se podrán incluir subcategorías como lo hicieron Williamson, De Geyndt, Doll y otros investigadores, pero la matriz conceptual permanece inalterable y constituye un punto de referencia básico en las evaluaciones de calidad.

En cuanto al significado de cada enfoque existe numerosa bibliografía del autor sobre el tema, la cual es mencionada en forma permanente por técnicos, especialistas u otros interesados. En síntesis, la clasificación diferencia las técnicas que miden las condiciones en que se presta la atención (estructura) de las actividades que la componen (proceso) y de los cambios deseados o indeseados en individuos o población atribuibles a la atención precedente (resultados).

Un comentario adicional sobre este punto es que estos enfoques son complementarios y para conseguir la integralidad del monitoreo es conveniente incluir técnicas, métodos que contemplen alguno de los contenidos de los tres enfoques.

3.4. Por el tipo de técnicas para la obtención de los datos

El desafío de la evaluación estuvo centrado por mucho tiempo en el principio enunciado por Galileo Galilei: "se debe medir todo lo medible y hacer medible todo lo que no lo es". Expresa un pensamiento matemático, numérico, preciso, que en filosofía de la ciencia se llamó el positivismo lógico, nacido a principios de siglo en Viena.

Pero los fenómenos de interrelaciones humanas, como son los de la atención médica, difícilmente puedan traducirse en todos sus matices solamente con números. A veces, cuando no siempre, las evaluaciones reflejan pareceres, opiniones, de los evaluadores, de los evaluados y de los pacientes o población estudiada. En consecuencia, las técnicas cuantitativas no son suficientes para reflejar todos los acontecimientos. Para mejorar esa visión se han incorporado, en los últimos años, métodos provenientes de otras disciplinas, principalmente de las ciencias sociales reivindicadas en el campo de la calidad luego de ser ignoradas o consideradas menos precisas que lo contable numéricamente.

En general esas técnicas se basan en los juicios bien fundados de quienes están involucrados en la atención médica

(comunidad, pacientes, directivos, profesionales, técnicos). Estos juicios son recogidos y procesados con cierta metodología que les dan validez.

En resumen, se pueden considerar dos tipos de obtención de datos:

a. *Evaluación con técnicas cuantitativas*

b. *Evaluación con técnicas cualitativas*

En el caso de las técnicas cuantitativas la información se logra mediante el conteo caso por caso, hecho por hecho, de un evento, o situación de la atención médica (número de muertes, diagnósticos correctos, operaciones sin complicaciones). En cambio la procedencia del dato en las cualitativas es la opinión, el parecer de los actores consultados individual o grupalmente, sobre la magnitud, calificación o ocurrencia de esos eventos o circunstancias.

En este momento se pueden mencionar algunas *técnicas cualitativas* que se han incorporado, que son tan sólo ejemplos de todas las posibles:

. *Entrevistas y redes de Informantes Claves*: individuos que por su educación, experiencia, posición en la comunidad o por la función que desempeñan, conocen ciertos problemas o situaciones con mayor profundidad que el resto. Para perfeccionar la información se suele organizar una red de informantes de distintas categorías o ubicaciones dentro de la población general o institución.

. *Talleres de confrontación*: grupos de participantes homogéneos internamente y diferenciados por algún atributo que puede ser la pertenencia a distintas organizaciones, subsectores o niveles. Se supone que los actores así diferenciados tienen percepciones u opiniones diferentes de la variable o aspecto a evaluar. La confrontación de los distintos juicios puede permitir la explicitación de supuestos valorativos que condicionan las conductas de los diferentes actores y la comprensión de problemas originados en percepciones e interpretaciones diferentes de la misma realidad. En el Taller se pueden recoger los datos a través de cuestionarios cerrados o abiertos, que se responden individualmente. Posteriormente, en reunión plenaria se profundiza la discusión de los factores que inciden en las distintas perspectivas.

• *Encuestas de opinión*: recolección de información, generalmente por muestra, a un grupo definido de población acerca de la satisfacción por los servicios de salud recibidos o con derecho a obtenerlos. Son las técnicas cualitativas más usuales en las

organizaciones de salud. Actualmente se distinguen las encuestas dirigidas a los pacientes (clientes externos) y a los integrantes de las unidades asistenciales de la institución (clientes internos)

- *Autopsia oral*: tipo particular de encuesta de opinión a la familia que padeció la muerte de un niño o familiar. Se trata de un estudio de caso para dilucidar las condiciones y circunstancias en que se produjo la muerte desde la perspectiva de los directamente afectados. Los ejes de la entrevista son: la composición de la familia, los procesos de salud, la relación con el sistema de salud, el episodio de muerte y la red social.

- *Círculos de Calidad*: grupos de personal voluntario que trabaja en una Unidad de Atención y que se reúne para encontrar soluciones posibles a los problemas concretos detectados. Se requiere de un moderador o facilitador con capacitación específica, del compromiso de los integrantes del área y de la conducción del establecimiento. Se basan en que el personal directo es el que mejor sabe cómo desempeñar las tareas en sus lugares de trabajo. Se les da la oportunidad de utilizar plenamente su caudal de experiencia para mejorar y transformar las tareas.

3.5. Por la validez de los resultados

Esta clasificación se refiere a los resultados de la evaluación hecha sobre cualquiera de los tres enfoques comentados. Tiene que ver con la exactitud de los datos, con la precisión con que se elaboran y, principalmente con las normas, criterios con los cuales se evalúa.

Existe la tendencia a validar los resultados por la frecuencia de los hechos, reproductibilidad, eliminación del azar y otras consideraciones científicas. Sin embargo, en la evaluación de la atención médica la validez se relaciona, en primera instancia, con el juicio crítico que utilizan los evaluadores. Está más relacionada con la confiabilidad que con la rigurosidad estadística.

Los resultados son más válidos si se comparan con normas explícitas, conocidas y consensuadas. Si los evaluadores son imparciales. Si el mismo hecho es evaluado por diferentes evaluadores y coinciden. Si la documentación es completa y veraz. Si es posible distinguir lo que es bueno de lo que es malo para los pacientes.

De acuerdo con estas ideas las evaluaciones pueden ser:

a. Evaluación confiable

b. Evaluación dudosa o discutible

c. Evaluación no confiable

En general es una tipología que no se utiliza habitualmente. Sin embargo hace a la credibilidad de las evaluaciones y compromete el afianzamiento de las tareas. Por ello debería estar presente como juicio a las propias evaluaciones, a los procedimientos y a los procesos afectivos que se ponen en marcha.

En una publicación referida a los Círculos de Calidad (R. Combeller, 1988) se comentan las pautas que se toman en cuenta en el análisis grupal de los problemas, puntuando una serie de preguntas referentes al procedimiento y al proceso de análisis. Por ejemplo: "¿Ha sido identificado el problema de tal forma que todos están de acuerdo con su definición? ¿se ha valorado la gravedad, urgencia, y tendencia del problema? ¿Han participado en la identificación las personas involucradas? ¿Existe conciencia que se buscan causas y no culpables?... A cada pregunta se le adjudica un puntaje según la escala de "todo", "casi todo", "en parte". "casi nada" y "nada".

La reflexión sobre los resultados encontrados, su validez e importancia en cuanto a gravedad, frecuencia, costo, repercusión sobre los pacientes, debería formar parte del mismo programa evaluativo.

3.6. Por la participación de las personas involucradas

Se puede distinguir un modelo restringido de participación integrado por médico/ paciente y otros ampliados hasta llegar al de un sistema de salud/población, con varias situaciones intermedias. En todos el concepto de participación se refiere a los dos componentes de la interrelación: efector y receptor o con derecho a la atención.

Como los dos términos de la vinculación se pueden ampliar progresivamente, se debe definir cada vez los sujetos involucrados. En consecuencia, se pueden diseñar:

a- Evaluaciones participativas

b- Evaluaciones técnicas

En realidad en la medida que uno incorpora el concepto de interdisciplinas está señalando formas de participación pero siempre dentro del campo de los que dan atención y no desde el que la recibe. La pregunta que siempre subyace cuando se menciona la intervención de los pacientes o beneficiarios es: ¿están en condiciones de evaluar situaciones técnicas y no tan sólo

ciertos requisitos estructurales como serían las comodidades o preferencias? De hecho los pacientes juzgan el desempeño profesional en base a comportamientos y resultados. De hecho que esa evaluación orienta la demanda y la elección del prestador, siempre que se tenga la posibilidad hacerlo. Tal vez los pacientes no puedan opinar sobre el riesgo de muerte o de complicaciones de la patología oncológica pero pueden saber la mejor manera de afrontar los malestares, los dolores y aún la misma muerte. Nadie duda hoy de las bondades de los grupos de autoayuda o de autocuidado.

Este reconocimiento de la contribución de pacientes y consumidores no aminora la responsabilidad que tienen en la calidad lograda. Son corresponsables junto con los prestadores de ese nivel.

3.7. Por la base que sustenta los juicios

Se trata aquí de diversificar las evaluaciones de acuerdo con los parámetros de medición que se empleen. No se alude a las cualidades de estos juicios (severos, estrictos, benévolos o laxos) sino a las categorías normativas en que se basan:

a- Evaluación a través de criterios orientadores

b- Evaluación a través de opinión de consultados

c- Evaluación a través de estándares, indicadores

d- Evaluación a través de normas, reglas de atención

Las dos primeras categorías se relacionan con juicios empíricos, experienciales, que tienen cierta flexibilidad y practicidad en la aplicación. Generalmente los parámetros son implícitos o de formulación solamente indicativa. Son útiles en evaluaciones fundadas en juicios de expertos o de informantes calificados y tienden a ser espontáneas y poco estructuradas.

Los estándares o indicadores, en cambio, son medidas cuantitativas que, lo mismo que las normas se pueden obtener por: consenso de expertos, o por estadísticas de la propia realidad, de otras similares o las consideradas óptimas. Las comparaciones ofrecen pocas alternativas de juzgamiento. Se cumplen o no se cumplen las normas. De ahí que esta limitación debe ser tenida en cuenta en la formulación del estándar de modo que tenga ductilidad. Una forma de "ablandarlo" consiste en establecer ponderaciones de acuerdo con los riesgos que implique la falta de

cumplimiento o definir normas mínimas, óptimas, obligatorias u opcionales.

Generalmente estas medidas cuantitativas son explícitas y formuladas en forma previa a la evaluación. Deberían cumplir ciertos requisitos para que tengan validez: que se originen en hechos científicos, que sean aceptados por consentimiento, que permitan discriminar los fenómenos que analizan, que sean alcanzables o factibles.

Por otra parte los juicios basados en opiniones, consultas u observaciones son menos estructurados y su validez se fundamenta en las condiciones y capacidad de los evaluadores en obtener información confiable y en la elección de los informantes. La esencia de la evaluación se sustenta tanto en los parámetros que se utilicen como en la manera en que se empleen.

3.8. Por la categoría de los fenómenos a estudiar

Otra forma de clasificar las evaluaciones es considerar:

a- Episodios clínicos- quirúrgicos

b- Eventos adversos

c- Procedimientos diagnósticos

d- Terapéuticas selectivas

La primera se refiere al estudio de *episodios clínico–quirúrgicos* abarcando toda la etapa de su atención. Las dos últimas, en cambio, son categorías seleccionadas por la etapa de atención a considerar.

Los episodios clínico - quirúrgicos a su vez se pueden subdividir según se analicen condiciones, enfermedades o problemas o si comprenden la etapa pre, inter y postinstitucional.

La siguiente categoría se refiere a la *evaluación de los eventos adversos* que son resultados desfavorables de la atención como muertes, complicaciones u otros incidentes críticos inscriptos en la esfera socio-afectiva (quejas, insatisfacciones, opiniones adversas).

Estos estudios están encaminados a develar la responsabilidad por acción u omisión de la institución sobre los hechos enunciados y, principalmente, si pudieron ser evitados. Se inscriben en la tradición del quehacer profesional, por lo que suelen ser un buen acicate para comenzar las tareas de monitoreo.

Los dos apartados últimos se vinculan con la *justificación médica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos* seleccionados por condiciones tales como: costo, riesgo o utilidad. Responden a las preocupaciones actuales por los avances tecnológicos y a los cuestionamientos sobre la efectividad y eficacia clínica para los pacientes.

4. LAS TECNICAS PARA MEJORAR LA CALIDAD

La calidad de la atención médica despierta actualmente muchas controversias, relacionadas con la necesidad de debatir la vinculación entre calidad y costos y con la búsqueda de estrategias más acertadas para mejorarla.

Ese último punto es la preocupación actual de todos los que están implicados en el tema y es consecuente a la etapa, ya superada, en la cual los esfuerzos se centraban en la implementación de técnicas, abordajes para medir y evaluar la calidad. Trataban que los responsables directos de la atención aceptaran los distintos modelos que las necesidades y marcos teóricos proporcionaban. Esta conducta permitió el desarrollo de numerosos instrumentos, métodos y la acumulación de datos, experiencias acerca de qué evaluar y cómo hacerlo.

Pero este cambio no es suficiente. Se trata tan sólo de un camino para mejorar la atención en la dirección que las evaluaciones nos estarían indicando.

Crear que la obtención de resultados que señalen desempeños mejorables es la finalidad de los programas de calidad es confundir los medios con los fines y equivocarse en los procesos de cambio.

Felizmente en la actualidad muchos técnicos, expertos en los temas de calidad, están insistiendo en que se debe trabajar en el mejoramiento de la calidad de servicios y sistemas de salud y llegan a establecer como meta "la garantía de calidad", finalidad idealista, poco real, pero que orienta todo un pensamiento y acción al respecto. Establecer que el objetivo es progresar, corregir, significa que la evaluación debe estar inserta en el programa de mejoramiento y no lo inverso.

Si se trata de una evaluación interna, los estudios son parte del mecanismo de monitoreo a partir de los cuales se inicia la etapa de reconversión. Para lograrlo se abren varios caminos alternativos

cuya elección depende del modelo jerárquico y participativo que tenga la institución.

En los **modelos verticalistas** serán los miembros o responsables de la conducción (directivos, gerentes, jefes) los encargados de desmenuzar los resultados de las evaluaciones, jerarquizarlos, y proponer soluciones viables, posibles, de acuerdo con un minucioso balance entre los factores que estarían a favor de los soluciones propuestas y aquellos que pueden ser obstáculos o impedimentos.

En los **modelos más participativos** el compromiso de reconocer los problemas y definir las soluciones abarcaría a todos los componentes de la institución porque directa o indirectamente todos estarían implicados. Este es el modelo que trabaja la propuesta de Calidad Total en donde la estrategia para lograrla se centra en la organización de los llamados Círculos de Calidad compuestos por los integrantes de las distintos sectores de producción de bienes o servicios).

Cualquiera fuera el camino que se adopte para lograr el objetivo de progresar, requiere una apropiada conceptualización y definición de actividades precisas. Convocar a personas sin un plan de análisis, sin una metodología de abordaje puede ser tan frustrante como no hacer nada. Antes, los técnicos se esforzaron por crear instrumentos para evaluar, ahora deberían estar trabajando, proponiendo mecanismos hábiles para abordar y solucionar los problemas evitables.

Si la evaluación nos dice, por ejemplo, que hubo pacientes internados que se desnutrieron indebidamente, que en pacientes oncológicos se retardó el diagnóstico por desacuerdos entre los equipos, si algún paciente falleció por una complicación evitable ¿Cómo se debe proceder para evitar esas cuestiones? ¿Debo formular una hipótesis explicativa y de acuerdo con ella proceder o debo recorrer en el análisis todo el camino causa-efecto propuesto en los modelos de calidad total? En ese último caso la metodología que se plantea es la indicada para resolver problemas identificados. Esta afirmación está avalada en los resultados observados en los Talleres docentes organizados sobre temas de Calidad donde, con las adaptaciones correspondientes, se realizó la experiencia de trabajar con los participantes como si se tratara de un círculo de calidad. (Busso,1997)

En el Cuadro N° se resumen las actividades propuestas para iniciar la etapa sustancial de mejoramiento de la calidad

| FASES DE OPERACION | TEC. CUANTITATIVA | TEC. CUALITATIVA |
|--------------------|-------------------|------------------|
|--------------------|-------------------|------------------|

| | | |
|--------------------------|---|---|
| 1. Identificar problemas | Trazadoras Eventos adversos Otros | Informantes clave Círculos de Calidad Encuestas Juicios grupales |
| 2. Jerarquizar problemas | Valores estadísticos | Diagrama de Pareto |
| 3. Analizar las causas | Investigaciones evaluativas | Diagrama de causa-efecto |
| 4. Buscar soluciones | Definir indicadores Óptimos | Discutir el campo de fuerzas |

Cuadro

De acuerdo con las actividades propuestas, el primer paso es la detección de los desvíos, problemas y consiste la etapa más conocida, tal como fuera comentado. Por eso nos detendremos en algunas de las técnicas indicadas para las restantes actividades.

• **Jerarquizar o seleccionar los problemas más trascendentes para proponer soluciones.** (Véase Gráfico N°1)

Para ello se puede utilizar el *Método de Pareto*. Consiste en seleccionar los problemas que tienen la mayor importancia relativa, por ejemplo aquellos que reúnen el 80% de los puntos asignados prioritariamente por el grupo evaluador, al conjunto de problemas. El porcentaje se puede determinar en base a la votación de los participantes en el análisis (método cualitativo) o por la obtención de datos sobre la frecuencia del evento (método cuantitativo).

Para elaborar la gráfica de Pareto se coloca en el eje vertical la frecuencia de cada problema y en el eje horizontal los problemas codificados, ordenados de mayor a menor y de izquierda a derecha. Se traza la línea acumulativa desde el ángulo inferior izquierdo hasta el superior derecho que representa el 100% de las frecuencias. Los problemas que abarcan el 80% son los considerados en la primera etapa.

• **Analizar las causas que provocaron los problemas seleccionados.**

Se proponen dos técnicas:

a- *Diagrama de causa-efecto*

Donde se deben identificar todas las probables causas del problema (efecto) y se someten a una cuidadosa revisión tratando de ordenarlas según importancia. De esta forma se intenta llegar a la o las verdaderas causas a través de discusión y acuerdos entre los participantes.

b- Diagrama del proceso de causa-efecto

Técnica parecida a la anterior de la que se distingue porque se debe establecer la secuencia de la aparición del problema y, en cada paso (proceso), determinar la causa que condicionó esta etapa. Este procedimiento es más complejo y es aconsejable ponerlo en práctica cuando el grupo tenga experiencia en este tipo de análisis.

- **Buscar soluciones factibles para las causas reconocidas por el grupo**

Para ello se puede utilizar el *Esquema del Campo de Fuerzas*. Este modelo considera que en cualquier ámbito laboral se produce un campo donde se manifiestan diversas fuerzas que actúan en direcciones opuestas, unas favorecen y otras obstaculizan los cambios o propuestas de solución. Se deben sopesar ambas fuerzas porque de esa forma se proponen soluciones viables. Las fuerzas restrictivas impiden la realización de programas de mejoramiento y por lo tanto hay que identificarlas para buscar otras soluciones con más posibilidades de éxitos.

Al concluir con el paso descrito, aún falta la etapa más relevante porque representa la culminación de todo el esfuerzo citado: decidir los cursos de acción para mejorar, modificar, abordar el problema encontrado. Hacer posible las soluciones decididas. Esto debería ser más fácil si todas las actividades comentadas se encuentran contenidas, incluidas en un programa que siguiera algunas de las líneas que se proponen actualmente: "Calidad Total", "Garantía de Calidad" o "Mejoramiento continuo de Calidad".

Es decir que los esfuerzos individuales deben estar apuntalados por las decisiones institucionales que se comprometan con la calidad.

BIBLIOGRAFIA

- Borini, L.; Fernández de Busso, N.; González, A.; Reale, A.; O'Donnell, J.C.; Rivara, E. "Evaluación de la calidad de la atención médica. Metodología y resultados obtenidos" *Rev. Medicina y Sociedad*. Vol 10, Nro 1/2, 1987. Buenos Aires.
- Combeller, R. y cols. *Hágalo bien desde el principio*. Ed. Diana S.A., México D.C., 1988.
- Congress of the United States. Office of Technology Assessment. "The Quality of Medical Care. Information for Consumers". OTA-H-386 Chapters 6,7, pag. 121-162, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, June 1988.
- Chorny, A. *Gerencia Estratégica de Servicios de Salud*. Ed. Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, 1997.
- Deming, W, Juran, J. y Crosby. "Manual de Gerencia de la Calidad en servicios de salud" Serie UNI/PALTEX. N° 9, 1995
- Doll, R. "Vigilancia y monitoreo". *Revista del CLAM. Atención médica* Vol. II, N° 3/4, 1973/74.
- Donabedian, A. "Seminario sobre Garantía de Calidad. Esquemas de Conferencias y materiales ilustrativos". Preparado por A. Donabedian e impreso por Comisión Organizadora, Buenos Aires, mayo 1993.
- Fernández de Busso, N. y col. "Programa de Evaluación de las Muertes Infantiles como instrumento para mejorar el cuidado en la Niñez" Documento de Trabajo. UNICEF, 1997
- Moraes Novares de, H. "Ejemplos de indicadores de calidad de la atención médica especificados por servicios o especialidades para ser revisado y adaptado a las condiciones locales" OPS/OMS, Washington, D. C., 1991
- Pedersen, D. "El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos en investigaciones en salud" *Ciencia Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas* Editorial Universitaria, Chile, 1992.
- Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM), "Recopilación de bibliografía sobre Auditoría Médica", Buenos Aires, junio de 1993.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Baranchuk, N. S. "El rol del pediatra". Seminario de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, 1993.
- De Geynt, W. "Five approaches for assessing the quality of care" *Hospital Administration*. Winter, 1970.
- Donabedian, A. "Evaluating the quality of care". *Milkbank Memorial Foundation* Vol. 44, N° 2, 1968.
- Donabedian, A. "La investigación sobre la calidad de la Atención Médica" *Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad social*, México, 1986.
- Donabedian A., "Garantía y monitoreo de la calidad de la Atención Médica" *Revista del Instituto de Salud Pública "Perspectivas"*, Primera edición, México, 1990.
- Donabedian, A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" *Rev. Calidad a Atención de Salud*. México. Vol., 2 N°. 3, 1995
- Fernández de Busso, N. "Marco conceptual y metodológico para evaluar la atención de salud de los adolescentes en Latinoamérica". Fascículo Nro.5. Evaluación de Servicios. Informe de la reunión para aprobación de instrumentos de evaluación de servicios de salud integral del adolescente. Proyecto OPS/Kellog. Publicación PAHO/HMP/GDR-1/CHI/94.
- Foucault, M. "La arqueología de la Medicina" *Educación médica y salud*, OPS/OMS Vol8, N° 4, 1974
- Foucault, M. "Medicina e Historia. El pensamiento de Foucault", Serie RH, N° 23, OPS/ OMS, 1978.
- García Díaz, C. "Características y tendencias de la auditoría médica". *Revista "Cuadernos de Salud Publica"* N° 11. ESPUBA. Buenos Aires, 1976.
- Hammer, M. Champy, J. "Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution" Harper Collins, New York, 1993.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) "Programa de acreditación periódica para establecimientos de segundo nivel". Resolución Nro.5053/80. Boletín Extra N° 1. Buenos Aires, 1981.
- Ishikawa, K. "¿Qué es Control Total de Calidad?" Ed. Norma. Colombia, 1986.
- Ilich, I. "The expropriation of health". Pantheon Books. New York, 1976.
- Jesse, W. "Garantía de la Calidad en los Hospitales de Estados Unidos". *Salud Pública Mexicana* .1990; 32:131-137, 1989.

- Kessner D., Kalk C. E., Singer J. "Assessing health quality. The case for tracers" *New England Journal of Medicine* 288:189-194, 1973
- Kessner, D. "Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance". *New England Journal of Medicine* N° 16 19.
- Lolas, F. "Proposiciones para una teoría de la medicina". Ed. Universitaria de Chile, 1992.
- Moreno, E.; Nirenberg, O.; Perrone, N. y cols. "Modelo evaluativo para Sistemas Locales de Salud". Capítulo Técnicas e Instrumentos. Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL) Buenos Aires y International Development Research Center (IDRC). Ottawa, Canadá Cuaderno de CEADEL Nro. 20, 1992.
- Murakami, T. "Implementación empresarial de la gestión total de la calidad" Agencia de Cooperación Internacional de Japón. Ed. Instituto Tecnológico. Programa Empresarial de Gestión Total de Calidad y Productividad. Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA) del Congreso de los Estados Unidos. "Evaluación de la eficacia y seguridad de la tecnología médica. Estudio de casos". Traducción y publicación de OPS/OMS Nro.PNSP/83-123, 1978.
- Popper, K. "Sociedad abierta, universo abierto". Cuadernos de Filosofía y Ensayo. Ed. Reis Argentina, 1983.
- Ruelas Barajas, E. y cols. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Salud Pública Mexicana*; 32:207- 220, 1990.
- Ruelas Barajas, E.; Vidal Pineda, L. "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la Calidad de Atención Médica". *Revista Salud Pública de México*, Vol.32 N°2, 1990.
- Valadez, J., "Sistemas nacionales de informantes en salud" O.P.S. 1983, Washington D. C. (Mimeo).
- Vuori, H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 1988.
- Williamson, J. "Evaluación de la calidad de atención del paciente" *Revista del CLAM*. Traducciones N° 27, 1973.
- Zimmerman, D. Salko, J. "Reingeniería de la atención de salud. Una visión para el futuro". Engle Press, Wisconsin, 1994.

OBJETIVOS

Esperamos que al finalizar la lectura de este capítulo Usted sea capaz de:

- ❖ Reflexionar sobre los distintos cambios que han llevado a la calidad de la atención médica a un primer plano.
- ❖ Reconocer los diferentes aspectos operativos que conforman el campo de la calidad.
- ❖ Nombrar algunas de las técnicas de evaluación utilizadas en el monitoreo del modelo médico.
- ❖ Encuadrar las técnicas de evaluación por Usted conocidas dentro de las categorías descritas.
- ❖ Nombrar algunas de las actividades propuestas para iniciar el mejoramiento de la calidad.

AUTOEVALUACION

1) Establezca la correspondencia entre las tres orientaciones de la calidad y quiénes la definen:

| | |
|---|--|
| Calidad centrada en actos y procedimientos técnicos | Administradores de servicios y sistemas de salud |
| Calidad centrada en expectativas del paciente/cliente | Profesionales de mayor prestigio |
| Calidad como herramienta gerencial | Usuarios del servicio |

2) Señale (V) Verdadero o (F) Falso en los siguientes conceptos:

| | | |
|--|---|---|
| En el Nivel Meso se aprecia la razonabilidad y eficacia de las normas, leyes y decisiones en materia de atención médica | V | F |
| Las estrategias han sufrido una evolución conceptual, incorporando primero herramientas para evaluar (errores, desvíos) y luego estrategias de cambio para mejorar. | V | F |
| Donabedian centra la evaluación en los desempeños e 3 clásicos enfoques: estructura, proceso y resultado | V | F |
| La calidad técnico-científica y la efectividad son los elementos clave para evaluar el grado de calidad alcanzada. | V | F |
| Los protagonistas de la calidad son los pacientes o beneficiarios y los administradores o conductores de servicios y sistemas de salud. | V | F |
| En el Modelo Médico se utilizan técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área misma de la salud. | V | F |
| El concepto de participación en las evaluaciones se refiere al protagonismo de varias disciplinas. | V | F |
| En la propuesta de Calidad Total, la estrategia para lograrla se centra en la organización de los llamados Círculos de Calidad (integrantes de distintos sectores de servicios). | V | F |

3) Establezca el orden, señalando del 1º al 4º, en las siguientes fases de operaciones para el mejoramiento de la calidad:

| | |
|-----------------------|--|
| Analizar la causa | |
| Identificar problemas | |
| Buscar soluciones | |
| Jerarquizar problemas | |

4) Establezca la correspondencia entre las actividades para mejorar la calidad y las técnicas respectivas:

Jerarquizar y seleccionar los problemas más trascendentes para proponer soluciones.

Diagrama de causa-efecto

Buscar soluciones factibles para las causas reconocidas por el grupo

Método de Pareto

Analizar las causas que provocaron los problemas

Esquema de Campo de Fuerzas