



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

González-Lara, Carlos David; Arias-Gómez, Jesús
Valor del análisis de un indicador médico
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 44, núm. 3, mayo-junio,
2006, pp. 193-194
Instituto Mexicano del Seguro Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745533001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Valor del análisis de un indicador médico

Carlos David González-Lara,¹ Jesús Arias-Gómez²

¹Director General

²Jefe de Consulta Externa

Unidad Médica de Alta Especialidad,
Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social.
Dirección electrónica: carlos.gonzalezla@imss.gob.mx

Actualmente la evaluación de los procesos cotidianos en el campo de la salud constituye un instrumento básico para la toma de decisiones en todo el ciclo gerencial, además de ser una herramienta esencial en la rendición de cuentas. También es un procedimiento de análisis que juzga la pertinencia, eficiencia, progresos, resultados e impacto de un sistema, un programa o una serie de servicios.

Por otra parte, constituye, a través de las conclusiones obtenidas, un mecanismo para emitir una serie de propuestas de acción para el futuro inmediato o mediato dirigidas claramente a una mejora continua, incrementando las consecuencias positivas y disminuyendo las negativas en el servicio otorgado.

En ausencia de evaluaciones sistemáticas y rigurosas, las instituciones de salud caen en la deriva: reproducen inercias y vicios administrativos, desperdician recursos, logran resultados magros, deterioran su relación con los usuarios a quienes deben su razón de ser y le restan transparencia a la gestión pública.

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea difícil, enfrenta la complejidad intrínseca de la medición de conceptos, algunos abstractos, en los que no puede ignorarse la variedad de intereses que influyen en la evaluación. Exige la utilización de métodos y herramientas que, si bien no son nuevas, no han sido aún explotadas en todas sus posibilidades, tal sucede con los indicadores de salud.

Los indicadores, en su concepto más simple, representan una relación entre variables que miden los cambios y dan idea de una situación cuantificada a través de un índice. Puede afirmarse que son medidas indirectas o parciales de una situación compleja, que aplicadas en tiempos sucesivos pueden servir para comparar diferentes ámbitos geográficos o grupos de población en un momento dado. Es por ello que han de concebirse como instrumentos para un proceso bien definido de vigilancia y evaluación, tanto de observancia nacional, como regional y local.

Cabe señalar que trabajar con indicadores presenta múltiples ventajas, entre ellas, disponer de un patrón que permita a la institución, región o delegación, comparar su propio progreso con el de otras instituciones, regiones o delegaciones, sobre todo cuando tienen desarrollos socioeco-nómicos comparables. De esta forma, los indicadores sirven para realizar un diagnóstico situacional que contribuye a dar prioridad a los problemas existentes y ponen de manifiesto los adelantos realizados con miras a corregir los desequilibrios.

En nuestra institución, el conjunto de indicadores elaborados para la atención médica pretende dar seguimiento a la práctica médica a través del conocimiento indirecto de la organización de los servicios de salud y la calidad de la prestación médica que recibe la población derechohabiente (Rev Med IMSS 2003;41[6]:521-530).

Algunos indicadores relevantes en la consulta externa de especialidades son el porcentaje de oportunidad para la consulta y el índice de subsecuencia. Este último está compuesto por un numerador, constituido por los pacientes subsecuentes o "cautivos" en la consulta de especialidad, y el denominador, por los pacientes evaluados por primera vez. El indicador varía dependiendo de la unidad hospitalaria; para un hospital de tercer nivel pediátrico se ha establecido una relación de seis pacientes subsecuentes por uno de primera vez. El numerador puede verse incrementado de diversas formas conocidas y agrupadas, como las deficiencias en la calidad de la atención debido a carencia de programas de diagnóstico y tratamiento, y la falta de congruencia clínico-diagnóstica y diagnóstico-terapéutica (Aguirre Gas).

En la exploración de casos reales y en encuestas, encontramos también el apego de los padres de un paciente pediátrico al tercer nivel, al realizar comparaciones con el limitado apoyo del segundo nivel cuando el paciente es contrarreferido, en especial tratándose de especialidades

pediátricas, por la falta de empate del pediatra de hospitales regionales y generales de zona con la transición epidemiológica experimentada en el país. Otra causa la constituye el interés médico y académico que propicia una mayor subsecuencia de pacientes con algunos padecimientos específicos.

Se entiende que no disponer de una buena calidad de los factores señalados, propiciará tiempos de estudio prolongados, con sometimiento a exámenes probablemente innecesarios y con la posibilidad de una hipótesis diagnóstica equivocada y, en consecuencia, tratamiento inadecuado que redundará en una falta de respuesta y un control exagerado en tiempo de pacientes cuyo seguimiento puede hacerse perfectamente en el segundo nivel, de contar con pediatras y médicos de un nivel de preparación acorde con la demanda.

Otros factores inherentes al paciente son la complejidad de los padecimientos y la gravedad, que con frecuencia están directamente relacionadas con la comorbilidad, la falta de respuesta terapéutica y los efectos farmacológicos adversos.

El incremento del indicador, por lo tanto, repercute en saturación de la consulta, disponibilidad insuficiente de servicios para nuevas evaluaciones, con abatimiento de la oferta, tiempos de espera prolongados, diferimientos mayores a los 20 días, aumentos en los consumos y costos tanto monetarios como sociales para la institución, para el derechohabiente, y sobrecarga de trabajo para el personal.

Por lo anterior, es necesaria una amplia reflexión y análisis de los resultados de los diversos indicadores, lo que permitirá encontrar verdaderas áreas de oportunidad para conseguir una mejora de proceso y no limitarse solamente a juzgar la cifra por sí misma o compararla con lo normado o el promedio obtenido de las diversas unidades de atención médica de una o varias instituciones de salud. **rm**