

**Revista del Instituto Nacional de  
Enfermedades Respiratorias**

**Volumen 18**  
*Volume*

**Número 2**  
*Number*




**Abril-Junio 2005**  
*April-June*

*Artículo:*




**Indicadores de gestión hospitalaria**

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

## Indicadores de gestión hospitalaria

MARIANO I. SÁNCHEZ GUZMÁN\*

\* Jefe del Departamento de Evaluación de Proyectos, INER.  
Trabajo recibido: 23-III-2005; aceptado: 09-VI-2005

### RESUMEN

Hoy en día la medición es una herramienta que el ser humano ha utilizado para casi cualquier actividad por muy trivial que ésta sea. En el caso de la alta gerencia, todas las teorías administrativas que se puedan o quieran implementar en cualquier empresa, sin importar su giro, terminan con la medición de su estructura, de sus procesos o de sus resultados.

En el caso de la vida hospitalaria, estos indicadores de gestión administrativa se han convertido en una herramienta esencial, porque todo lo que no se mide no puede ser mejorado y por tanto, deja de ser útil para una mejor toma de decisiones.

132

#### Palabras clave:

Indicador, estándar, proceso, instrumentos de medición, desviación.

**Key words:** Index, standard, process, measurement tools, deviation.

Los indicadores de gestión hospitalaria, así son un instrumento de cambio en la estructura de la institución y miden el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### ABSTRACT

Measurement is the tool used by humans in all of his daily activities, no matter how simple or complicated. In the case of advanced management, all administrative theories from any business company end up with the measurement of indexes of its processes, structures and results.

In the case of everyday hospital life, indexes of administrative management have evolved into an essential tool because things that can not be measured can not be improved; hence, they are worthless for the decision making process.

Indexes of administrative management are tools to change the structure of an institution and measure the accomplishment of its objectives.

¿Quieres decirme, por favor qué camino debo de tomar para salir de aquí? Preguntó Alicia.

Eso depende mucho de a dónde quieres ir — respondió el Gato.

Poco me preocupa a dónde ir — dijo Alicia. Entonces, poco importa el camino que tomes — replicó el Gato.

Lewis Carrol. *Alicia en el País de las Maravillas*.

El ser humano está acostumbrado a medirlo todo: el tiempo, la temperatura, la distancia, los miligramos de cierto medicamento, los votos, el peso y talla de un niño, etcétera.

En el terreno de las empresas, los analistas financieros guían sus decisiones con base en ciertos indicadores para predecir cuándo podrían

ocurrir variaciones significativas en los precios de las acciones. Existen, por tanto, personas entrenadas y calificadas, analistas y técnicos que se sirven del uso del índice, de modelos matemáticos y de criterios tales como los niveles de apoyo y la resistencia, para determinar así los cambios en las tendencias de los valores e incrementar sus utilidades.

Cualquier teoría de la administración termina por realizar sus medidas de desempeño mediante *indicadores de gestión*.

En la medicina, el médico clínico ha utilizado estos indicadores y les hemos denominado *Indicadores clínicos de enfermedad*; por ejemplo: un paciente presenta una glucemia de 400 mg/dL,

luego entonces, podemos decir que tiene diabetes mellitus sin control y es necesario estabilizarlo, pues de otra manera puede morir en un plazo variable, seguramente más corto en relación con los que tienen glucemia normal. Si se le da un tratamiento hipoglucemiante y la nueva glucemia es de 105 mg/dL, significa entonces que el tratamiento es efectivo y el paciente puede tener mejor pronóstico de sobrevida. En caso contrario, si con ese tratamiento su glucemia es de 600 mg/dL, entonces el tratamiento o las medidas correctivas no están sirviendo y el pronóstico es malo. El responsable de la actuación (el médico tratante) no está siendo resolutivo y su decisión no ha sido acertada.

Existen muchos otros indicadores clínicos de enfermedad aceptados universalmente: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, índice de masa corporal (IMC), filtración glomerular, niveles de hemoglobina, presión arterial de oxígeno, escala de Glasgow, etcétera. Cada uno de ellos orienta, rápidamente, acerca del estado actual del paciente y nos obliga a realizar una toma de decisión a favor de nuestro enfermo; sin embargo, también es necesario contar con un médico que reúna el perfil necesario para interpretar lo que está sucediendo.

En el caso de la salud, vista ésta como una gerencia, también existen los denominados *Indicadores de gestión hospitalaria*<sup>1</sup>, que orientan y traducen el *estado de salud* en que se encuentra la organización o centro hospitalario en observación. El estado de salud de un hospital puede ser medido en términos de recursos humanos, tecnológicos, materiales, financieros, etcétera<sup>2</sup>; además, no sólo se puede medir a nivel de una unidad de salud<sup>3</sup>, sino también a nivel macro<sup>4</sup>.

Al hecho de observar el comportamiento de un importante proceso administrativo se le conoce como *Monitoría de actividades críticas* e incluye<sup>5</sup>:

1. Conocer los objetivos
2. Identificar los indicadores
3. Conocer los estándares de desempeño
4. Observar el comportamiento real del proceso
5. Selección de las herramientas e instrumentos de medición
6. Detectar las desviaciones

## CONOCER LOS OBJETIVOS

Son los resultados que se desean y deben obtenerse al realizar nuestro plan de trabajo en un tiempo determinado y además, son acordes con la misión y visión de la organización.

## IDENTIFICAR LOS INDICADORES

Los hay de dos tipos; los primeros son los que se utilizan universalmente (algunos se mencionan en la Tabla I). Existen muchos más: índice de rotación de camas, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad hospitalaria, % de cesáreas realizadas en un periodo, etcétera. Los segundos son indicadores que se realizan de acuerdo con las necesidades de la propia organización y *son creados por su propia gente*, es decir, son de uso local (Tabla II).

## CONOCER LOS ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

Son valores que se utilizan como referencia; en ellos, se debe de movilizar el indicador para saber si el proceso que se mide está controlado o no. Por ejemplo, el estándar de ocupación hospitalaria debe ser de 80 a 85% y si nuestro indicador se localiza fuera de este rango de ocupación, entonces traduce deficiente funcionalidad hospitalaria, ya sea por capacidad instalada de sobra (subutilización de recursos)<sup>6</sup> cuando está por debajo del 80%, reflejando pérdida de las utilidades; o bien, se replantea la necesidad de crecimiento en instalaciones cuando se encuentra por arriba del estándar, indicando la necesidad de crecimiento. Algunas diferencias entre indicador y estándar son:

### Indicador

- Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional
- Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, corres-

- pondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados
- Instrumento que permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferentes fenómenos
  - Permite el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas
  - Detectan desviaciones, identifican causas y nos sirven como referencia para una eficaz toma de decisiones

**Estándar**

- Rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar un indicador
- Están íntimamente ligados con la evolución de los resultados
- Mide un resultado, lo compara con una norma de referencia, y evalúa al responsable correspondiente
- Son instrumentos de medida sobre la actuación de los responsables de las operaciones

**Tabla I.** Algunos indicadores hospitalarios aceptados universalmente.

Indicador	Descripción	Objetivo	Fórmula	Estándar	Periodicidad de medición
Ocupación hospitalaria	Es la suma de camas censables ocupadas administrativamente por enfermos, en el censo diario de 24 horas.	Determinar el grado de uso de las camas censables de hospitalización	$\frac{\text{Días paciente} \times 100}{\text{Días cama}}$	80-85%	Trimestral
Relación enfermeras/ camas censables	Proporción del personal de enfermería con relación a las camas censables	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Número de camas censables.}}$	1-3%	Anual
Relación enfermeras/ camas no censables.	Proporción del personal de enfermería en relación con las camas no censables	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de personal de enfermería en atención directa}}{\text{Número de camas no censables.}}$	1-3%	Anual
Relación enfermeras/ médicos	Proporción del personal de enfermería con relación al personal médico.	Determinar el balance de personal médico y de enfermería en atención al paciente	$\frac{\text{Total de enfermeras en atención directa}}{\text{Número médicos}}$	4	Anual
Relación médicos/ camas	Proporción de personal médico con relación al número de camas censables.	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de médicos adscritos en atención directa}}{\text{Número de camas censables}}$	8	Anual

Tabla II. Algunos indicadores diseñados de acuerdo a la propia necesidad de un hospital.

Indicador	Descripción	Objetivo	Fórmula	Estándar	Periodicidad de medición
Cirugías suspendidas	Procedimiento quirúrgico programado para realizarse en quirófano de acuerdo con la programación de cirugías y suspendido por alguna causa no médica.	Identificar las barreras de los procesos quirúrgicos que ocasionan la suspensión de cirugías.	$\frac{\text{No. de cirugías suspendidas} \times 100}{\text{Cirugías programadas}}$	1-5%	Trimestral
Reintervenciones quirúrgicas	Paciente reintervenido quirúrgicamente por el mismo diagnóstico y debido a una complicación durante los 30 días posteriores a su intervención	Identificar procesos con deficiencias en el otorgamiento del tratamiento médico quirúrgico.	$\frac{\text{No. de reintervenciones quirúrgicas} \times 100}{\text{Total de intervenciones quirúrgicas}}$	1- 3%	Trimestral
Reingresos hospitalarios	Es el reingreso por un mismo diagnóstico de un paciente tratado y dado de alta, durante 21 días inmediatos al egreso.	Identificar procesos con deficiencias en el otorgamiento del tratamiento médico hospitalario.	$\frac{\text{No. de pacientes que reingresan} \times 100}{\text{No. de egresos hospitalarios}}$	1-3%	Trimestral
Productividad de Consulta Externa	Número de consultas otorgadas por un médico en el servicio de Consulta Externa	Determinar la productividad de los médicos de la Consulta Externa	$\frac{\text{Total de consultas otorgadas en CE} \times 100}{\text{Total de horas médico asignadas en CE}}$	3 consultas por hora	Trimestral
Consultas de urgencia calificada	Consulta otorgada a un paciente en el área de Urgencias y que corresponde a una urgencia verdadera y requiere observación u hospitalización.	Determinar condiciones de utilización de recursos del servicio de Urgencias.	$\frac{\text{No. de pacientes atendidos en Urgencias} \times 100}{\text{Total de consultas atendidas en Urgencias}}$	90-100%	Trimestral

- Punto de referencia para saber si el nivel de desempeño es mejor, igual o peor que el nivel ideal u óptimo

### OBSERVAR EL COMPORTAMIENTO REAL DEL PROCESO

La organización debe realizar periódicamente mediciones de los procesos críticos (que por definición son muy importantes) que queramos observar para saber cuál es realmente nuestro nivel actual, y deberá ser comparado con otras mediciones realizadas meses o años atrás; por ejemplo, la tasa de infección nosocomial actual puede ser del 5% y si es comparada, sabremos si estamos mejor o peor. Esta medición también sirve para compararnos contra las mismas mediciones de otros hospitales o, inclusive, de otros servicios dentro de nuestro hospital; si quisiéramos ser más estrictos, podemos comparar el desempeño de la actuación de un personaje comparado contra otro de la misma categoría; por ejemplo, determinar en qué turno del mismo hospital es más frecuente la tasa de infección posoperatoria en el servicio de cirugía general, o a qué ginecoobstetra se le complican más sus pacientes atendidas, comparado con otro ginecoobstetra del mismo hospital, inclusive del mismo turno y servicio.

### Selección de las herramientas e instrumentos de medición

Para medir el desempeño de los servicios se utilizan siete herramientas básicas para identificar el valor real de un proceso administrativo; se refieren a la forma en cómo se va realizar la medición: porcentaje, razones, proporciones, número entero, número racional o irracional o en cualquier otra forma de expresión matemática.

### Tipos de herramientas

**Diagrama.** Identifica las causas potenciales de un problema determinado, existen tres tipos:

1. *Diagrama de Pareto.* Indica que, la mayoría de los defectos de un proceso se deben a un número muy pequeño de causas vitales. Estos

defectos se traducen por una mala calidad que, a su vez, se reflejan como *altos costos de operación y/o bajas utilidades* (o ambas cosas).

Ejemplo, supongamos que conocemos la tasa de infección en un hospital en un periodo de cinco años y la etiología de dichas infecciones (Tablas III y IV). Con estos datos, una estrategia para lograr disminuir el número de infecciones nosocomiales estaría enfocada a trabajar sobre las dos primeras columnas de la tabla IV que representan el 65.3% de todas las infecciones del ejemplo y, tal vez, también el mayor dispendio económico, puesto que, como puede verse en la Tabla V, la mayoría de estos pacientes (sobre todo aquellos con infección de las vías aéreas inferiores), tienen que ser tratados en una Unidad de Cuidados Intensivos con un índice de mortalidad muy elevado.

Nuevamente, en la Tabla V se demuestra que si disminuyera la tasa de infección nosocomial en la Terapia Intensiva, entonces se abatiría en un 42% (124/295) el total de las infecciones en este hospital.

2. *Diagrama de causa-efecto.* También conocida como "espinas de pescado" o "diagrama de Ishikawa", describe cómo el resultado de un proceso puede atribuirse a muchos factores, pero gracias a esta herramienta es posible encontrar la relación causa-efecto de esos factores.
3. *Coefficiente de correlación.* Oscila de -1 a +1, en el que -1 describe una línea negativa perfecta y +1 describe una línea positiva perfecta. Una correlación de 0 significa que no hay correlación lineal entre las dos variables y la gráfica sería más o menos circular e indicaría dispersión y falta de correlación.

**Hojas de verificación.** Su principal función es la recolección de datos de manera organizada. Se enlistan los elementos, habitualmente por orden de importancia, y se verifica la existencia de todos ellos. Calcular las cantidades a adquirir es una tarea difícil, sobre todo cuando se trata de consumo rápido y repetitivo como los medicamentos, papelería, etcétera; para ello, existen técnicas de manejo de inventarios, aunque en este artículo no se tratan<sup>7</sup>.

**Gráficas del control.** Identifican cuándo un proceso está fuera de control. Orienta de una

manera rápida y eficiente el real comportamiento de un indicador; por tanto, señala si el proceso está controlado y se encuentra dentro del rango de valores óptimos (Figura 1).

También se pueden tener indicadores de tipo financiero. Por ejemplo, en la Figura 2 se identifica cómo se ha distribuido el presupuesto asignado a un hospital de acuerdo con los diferentes departamentos funcionales.

Basados en estas figuras nos damos cuenta, rápidamente, si el proceso se encuentra dentro de los valores estándar aceptables, y si el proceso se encuentra controlado o no.

Encuestas a pacientes (Tabla VI).

Con los resultados de estas encuestas, ¿está usted satisfecho con su organización y empleados en estos puestos clave?

**Tabla III.** Tasa de infección nosocomial porcentual de 1999 a 2003.

	1999	2000	2001	2002	2003
Enero	4.6	4.8	5.1	8	9.8
Febrero	4.8	3	5.7	6.0	6.5
Marzo	3.2	3.6	4.0	5.0	6.2
Abril	6.5	5	4.3	4.6	4.5
Mayo	6.2	4.5	4.2	5.0	6.7
Junio	6.0	4.3	4.5	5.9	5.7
Julio	5.5	4.8	4.8	6.2	6.8
Agosto	6.0	3.8	4.5	4.9	6.1
Septiembre	6.2	4.9	4.3	4.3	4.6
Octubre	4.4	4.2	4.3	5.7	7
Noviembre	5.2	4.5	3.7	4.6	5.8
Diciembre	5.3	4.6	5.3	6.6	7.4
Total	5.32	4.33	4.55	5.56	6.42

137

**Tabla IV.** Etiología de las infecciones nosocomiales en un hospital de la Ciudad de México. Registro del último año.

Etiología	Vías aéreas inferiores	Venopunción	Urosepsis	Bacteremia	Partes blandas	Vías aéreas superiores	Otros sitios	Total
<i>P. aeruginosa</i>	32	5	4	6	3	4	2	59
Estafilococo coagulasa negativo	2	34	0	9	0	0	0	45
Enterobacter	12	0	7	6	0	0	0	25
Candida	1	5	4	2	0	0	3	15
<i>Stenotrophomona maltophilia</i>	10	5	0	1	0	0	0	16
<i>Klebsiella</i>	8	3	2	2	4	1	0	20
Acinetobacter s.p.p.	8	3	1	4	0	0	0	16
<i>E. coli</i>	10	2	4	0	1	4	0	21
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	1	0	0	0	3	0	10
<i>Serratia marcescens</i>	3	4	2	2	0	0	0	11
<i>Enterococcus s.p.p.</i>	3	1	2	1	0	0	0	7
<i>P. mirabilis</i>	2	2	0	0	0	0	0	4
Otros	8	1	2	1	3	0	1	16
Sin cultivo	7	15	0	2	2	0	4	30
Total	112	81	28	36	13	12	13	295
Porcentaje	37.9	27.4	9.4	12.2	4.4	4.0	2.3	100

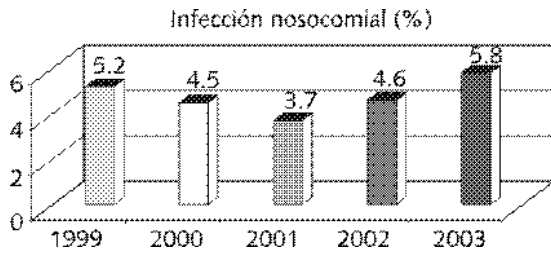
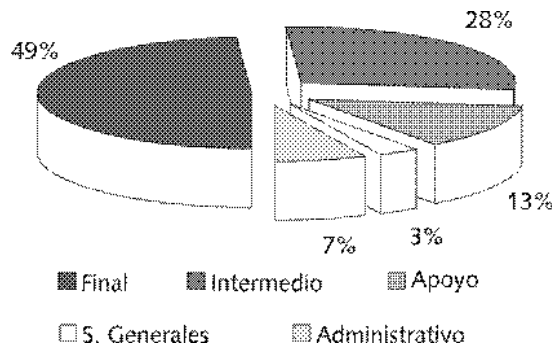


Figura 1. Tasa de infección nosocomial en un hospital desde 1999 a 2003.



138

Figura 2. Distribución del presupuesto operativo anual, según los diferentes departamentos.

**"Benchmarking"**. Es el proceso continuo para evaluar productos, servicios y/o prácticas propias, comparándolas con las de un líder reconocido e identificar deficiencias. Analizar y aprender por medio de la comparación<sup>8</sup> (Tabla VII, Figura 3).

**Lluvia de ideas**. Es la expresión de ideas de un grupo de personas que se reúnen para dar solución a un problema o proceso que se desea mejorar. En ella, todos los participantes intervienen haciendo un análisis de propuestas de solución y se selecciona la mejor idea, o bien, la combinación de una o más.

**DETECTAR LAS DESVIACIONES (Tabla VIII)**

**CICLO DEMING**

Una vez que se tiene el nivel real del comportamiento del proceso debemos, ahora, de referir al estándar que es la medida donde nuestro indicador debe o debería de estar.

Cuando el nivel está dentro del rango de valores establecidos como aceptables significa que *el proceso está controlado*; en caso contrario, *está fuera de control*. Ejemplo, el estándar para el tiempo de espera en la Consulta Externa es de 20 minutos (es decir, de acuerdo con su progra-

Tabla V. Etiología de las infecciones nosocomiales, según el servicio clínico en un hospital. Registro del último año.

Etiología	Medicina interna	Pediatría	Urología	Gineco-obstetricia	Neurología	Cirugía general	UTI	Otros	Total
<i>P. aeruginosa</i>	2	1	1	2	12	5	35	1	59
Estafilococo coagulasa negativo	1	2	4	3	8	4	18	5	45
Enterobacter	2	0	4	2	2	2	10	3	25
Candida	1	0	1	1	1	2	6	3	15
<i>Stenotrophomona maltophilia</i>	1	1	0	1	1	0	10	2	16
<i>Klebsiella</i>	3	1	1	2	5	0	7	1	20
Acinetobacter s.p.p.	2	2	1	0	2	2	7	0	16
<i>E. coli</i>	1	3	1	3	3	1	8	1	21
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	1	1	0	3	0	3	1	10
<i>Serratia marcescens</i>	2	0	0	2	0	1	3	3	11
Enterococcus s.p.p.	1	1	1	0	3	0	1	0	7
<i>P. mirabilis</i>	0	0	0	0	0	0	4	0	4
Otros	1	2	1	3	1	0	8	0	16
Sin cultivo	2	4	3	3	4	3	4	7	30
Total	20	18	19	22	45	20	124	27	295



mación de citas, el paciente cuando mucho, debería de esperar 20 minutos para ser atendido); si el médico tarda más de este tiempo estándar para atender al paciente, entonces el indicador está fuera de rango. Si el comportamiento se repite constantemente, se le debe llamar la atención al responsable de la actuación, pues ello se puede traducir como un estado de insatisfacción del paciente, y ocasionar que se vaya a otro consultorio u hospital donde no lo hagan esperar tanto tiempo y con ello perdamos un paciente. Si la es-

pera es de menos de 20 minutos se denomina una *mejora de proceso*.

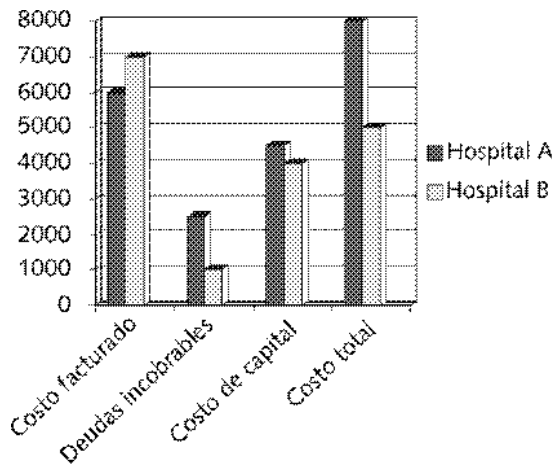
El mecanismo es similar en otras situaciones; por ejemplo, si a un médico se le mueren más pacientes quirúrgicos, comparándolo con otro menor en mortalidad, seguramente el paciente escogería al segundo. Otros indicadores que se pueden aplicar son el número de cirugías suspendidas sobre las programadas, el porcentaje de cesáreas realizadas, divididas entre el número de pacientes atendidas, etcétera.

**Tabla VI.** Respuestas obtenidas de pacientes atendidos en un hospital.

Características	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
<i>Hospitalización</i>					
1. Rapidez para iniciar la atención desde su llegada al servicio de hospitalización	15%	15%	55%	5%	10%
2. Trato del personal médico	5%	15%	20%	40%	20%
3. Trato del personal de enfermería	10%	5%	20%	45%	20%
4. Información proporcionada paciente	5%	15%	25%	30%	25%
5. Información dada al familiar	10%	20%	20%	30%	20%
6. Privacia del área donde se le atendió	10%	30%	40%	10%	10%
<i>Trabajo social</i>					
1. Claridad de la información	25%	15%	35%	15%	10%
2. Trato y amabilidad del personal	15%	15%	20%	40%	10%
3. Rapidez para atender su turno	15%	25%	30%	10%	20%
4. Rapidez para realizar el trámite de admisión y pasar a su habitación	20%	30%	30%	10%	20%
<i>Servicio de enfermería</i>					
1. Se le trató con amabilidad	5%	15%	30%	35%	15%
2. Se le explicaron con claridad las indicaciones	10%	20%	30%	25%	15%
3. La atención fue rápida cuando usted lo requirió	5%	5%	25%	40%	20%
4. Se le solucionó sus problemas cuando lo requirió	10%	15%	50%	20%	5%
<i>Consulta externa</i>					
1. El tiempo de espera para recibir su consulta le pareció	20%	10%	10%	45%	15%
2. Facilidad para obtener una cita con su médico	5%	5%	10%	50%	30%
3. La atención que le dio el médico le pareció	10%	20%	20%	20%	30%
4. La información que le proporcionó el médico fue	5%	5%	20%	50%	20%
5. El médico le explicó claramente su padecimiento	0%	10%	30%	45%	15%
<i>Intendencia</i>					
La limpieza de los baños es	20%	30%	15%	20%	15%
La limpieza de la sala de espera es	15%	15%	25%	20%	25%
La limpieza de los lavabos es	15%	15%	20%	20%	30%
La limpieza del consultorio es	15%	15%	30%	10%	30%
Promedio	11%	18%	26%	27%	18%

Así, es necesario elaborar un plan para la mejora del proceso de que se trate. Una vez identificada la desviación de nuestro indicador, es necesario elaborar un plan estratégico acorde con los objetivos institucionales, la misión y visión; y posteriormente, elaborar un programa detallado de actividades para poder alcanzarlos en el tiempo programado, con los recursos necesarios, ya sean éstos humanos, financieros, tecnológicos o informáticos. Un ejemplo puede ser que, al detectar una tasa de infección nosocomial como un proceso no controlado, las líneas estratégicas serían la capacitación de todo el personal médico y paramédico que estén involucrados en la operatividad, educación del paciente, uso racional de antibióticos, vigilancia estrecha del paciente que se extuba, etcétera.

140



**Figura 3.** Benchmarking que compara dos hospitales. ¿Cuál de estos dos hospitales es más eficiente financieramente?, ¿De cuál le gustaría ser usted el administrador?

Estas estrategias se deben de implementar en los servicios donde haya mayores desviaciones. En el caso que nos ocupa, se daría una capacitación intensa en el servicio de terapia intensiva.

Finalmente, solamente mencionaré que en un programa de Mejora Continua, una vez analizado todo el estado informativo, el directivo debe tener la *capacidad para emprender acciones correctivas en caso de desviaciones* y preguntarse: ¿Qué indicadores de procesos *no* están controlados?, ¿Qué indicadores de procesos sí están controlados? Si están controlados, ¿se encuentran dentro del estándar normal u óptimo?, ¿Se pueden *mejorar* aun cuando estén dentro de lo óptimo?

A un alto ejecutivo se le paga por una sola razón: por su capacidad para llevar a cabo la *toma de decisiones*, mejor aún, si éstas son decisiones estratégicas. Por ello, debe tener por lo menos dos condiciones:

1. *Manejo de la información.* Hay ejecutivos que manejan adecuadamente la información que reciben o que ellos mismos solicitan, y llevan a la empresa de acuerdo con la misión, visión y objetivos que se ha trazado la organización. Sin embargo, también están los otros, los que no tienen información, los que no tienen un rumbo bien definido. Estos últimos son víctimas de las circunstancias, son resultado de las decisiones que otros están tomando por ellos<sup>9</sup>.
2. *Conocimientos.* La teoría siempre va un paso delante de la práctica. De nada sirve que se envíe información al cuerpo directivo de una empresa si no saben cómo interpretarla. En ocasiones habría que preguntarse si no será la falta de conocimiento lo que impide al cuerpo directivo de la empresa tomar mejores decisiones.

**Tabla VII.** Benchmarking que compara al Servicio de Urgencias de cuatro diferentes hospitales.

Parámetro	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Primer contacto en urgencias	8.30 h	8.30 h	8.30 h	8.30 h
El paciente entra a la sala de urgencias	8.58 h	9.05 h	8.40 h	8.45 h
Primer contacto con el médico	9.15 h	9.25 h	8.45 h	8.55 h
Número de visitas anuales	44,000	52,500	44,000	36,500
Número promedio de consultas/día por médico	30	17	29	15

Usted como administrador ¿qué servicio de Urgencias le parece ser el mejor?

**Tabla VIII.** Tiempos de espera en minutos en la Consulta Externa de un hospital general.

Número de consultorio	M Enero	E Febrero	S Marzo	E Abril	S Mayo	Promedio en cinco meses	Límite superior de control
1	69	45	25	63	55	51.4	20
2	35	40	38	26	50	37.8	20
3	17	26	10	12	22	17.4	20
4	21	25	23	27	16	19.4	20
5	75	56	45	37	29	48.4	20
6	12	15	40	31	22	24	20
7	17	21	26	29	18	22.2	20
8	15	21	25	19	23	20.6	20
9	74	56	50	45	38	52.6	20
10	52	45	40	37	42	43.2	20
Promedio	38.7	35	32.2	32.6	31.5	33.7	20

La mayor parte de las mediciones en medicina están encaminadas hacia la eficiencia de la productividad<sup>10</sup>, aunque no necesariamente significa que va de la mano con la mejora en la calidad de atención médica<sup>11</sup>. En la Tabla VIII se observa que los consultorios 3 y 4 son los únicos que cumplen con el estándar de tiempo de espera (inferior a 20 minutos), y el resto de los consultorios tienen un tiempo de espera prolongado de acuerdo con las expectativas de la administración. ¿Qué les diría usted a los responsables de la atención de todos estos consultorios?

En resumen, los indicadores de gestión hospitalaria son un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; miden el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o largo plazo. Finalmente, vinculan sus resultados con la satisfacción de las demandas sociales.

3. **IMSS.** Dirección de Planeación y Finanzas, Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera; División de Desarrollo e Integración de Sistemas. *Comentarios a la operación institucional del sexenio 1998-2003.* Memoria, mayo de 2004. México.
4. **SSA.** *Información para la rendición de cuentas.* Julio de 2003. México.
5. **Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H.** *Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad.* Salud Pública Mex 1993;35:326-331.
6. **Restuccia JD, Payne SM, Tracey LV.** *A framework for the definition and measurement of underutilization.* Med Care Rev 1989;46:255-270.
7. **Malagón-Londoño G, Galán MR, Pontón LG.** *Administración hospitalaria.* 1a re. Colombia: Médica Panamericana; 1997.
8. **Bengt K.** *Manual de trabajo de benchmarking.* México: Panorama; 1998.
9. **Calva MA.** *Lo que todo ejecutivo debe saber sobre finanzas.* México: Grijalbo; 1996.
10. **Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB.** *Measuring the quality of medical care. A clinical method.* N Engl J Med 1976;294:582-588.
11. **Ruelas-Barajas E.** *Calidad, productividad y costos.* Salud Pública Mex 1993;35:298-304.

## REFERENCIAS

1. **IMSS.** *Indicadores de Servicios de Salud.* Subdirección General Administrativa. Unidad de Organización. México: 1997.p.142-154.
2. **Barquín MC.** *Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica.* 6a ed. México: Interamericana, McGraw-Hill; 1992.p.59-220.

### Correspondencia:

Dr. Mariano I. Sánchez Guzmán,  
Jefe del Departamento de Evaluación de Proyectos. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI. México, D.F., 14080.  
e-mail: fenix\_1998@hotmail.com