

Indicadores de consulta externa dermatológica

Sr. Director:

En los momentos en que estamos en la Medicina, poner en duda que la gestión clínica de un Servicio es una herramienta que tenemos para, por una parte demostrar la eficiencia del mismo, y por otra poder compararnos con otros Servicios, y no solamente dermatológicos, es una obviedad que no merece la pena ni discutir¹.

Sin embargo, a la Dermatología, que ha basado siempre su eficacia clínica en la observación directa y se ha jactado de poder realizar diagnósticos sin pruebas complementarias añadidas, le resulta difícil y hasta en ocasiones poco aceptable la medición de su labor asistencial mediante indicadores².

Es probable que este hecho nos deje de lado en decisiones hospitalarias de las que podríamos participar más frecuentemente. Cuando uno empieza a intentar saber qué indicadores son los más apropiados para nuestra actividad asistencial, se encuentra con dos problemas fundamentales:

1. Los indicadores que se utilizan con frecuencia no nos favorecen en absoluto.
2. No nos podemos comparar, dado que no sabemos el resultado óptimo, al que debemos acercarnos, de esos mismos indicadores.

Vamos a poner dos ejemplos: a) índice sucesivo/nuevo o más actual relación entradas/salidas. ¿Cuál es el índice óptimo en Dermatología?. Uno podría pensar que como somos tan resolutivos podría ser menor de 1. Sin embargo, en muchos Servicios de Dermatología está por encima de 1,2. Es más, algunos Servicios de Dermatología al sumar nuevos incluyen no solamente los derivados de Atención Primaria, sino también los que los dermatólogos que trabajan en el área sanitaria remiten al hospital, cuando en el fondo son revisiones de los mismos especialistas. Si se midiera bien es posible que el indicador subiera de 2. Pero ¿es posible que un gestor pueda admitir esta cifra cuando se propone que todo el hospital tenga un índice menor de 1? Se puede pensar que también el índice depende de la complejidad de la patología y del nivel del hospital. A un nivel más elevado, a más complejidad, se produciría un peor indicador. Pero esto también puede tener una doble lectura para un gestor. Si los hospitales de más nivel tienen unos indicadores peores en Dermatología, es fácil pensar que lo mejor es no fomentarlos y promover la Dermatología en los hospitales medianos o de primer nivel. Pero además si nos fijamos en la acreditación docente para la formación de residentes en Dermatología, se estima que un buen

Servicio para realizar esta formación debe atender 2.000 enfermos nuevos por 6.000 revisiones al año. El indicador sube a 3. Cuando el gestor aprecia este dato, automáticamente genera un rechazo insalvable. Sería saludable el cambio del mismo. Por otra parte, es una queja continua de la administración pública que Atención Primaria deriva una gran cantidad de pacientes dermatológicos, y que éstos no están justificados. Si esto fuera así el índice debería ser menor de 1, ya que lo podríamos resolver mejor. Por tanto, una conclusión paradójica sería que nos derivan mucha patología injustificada y no la sabemos resolver³.

Pero este indicador se relaciona con el b) alta resolución; si tuviésemos un indicador de sucesivo/nuevo igual o mayor de 3 la alta resolución de la especialidad no existiría. Sin embargo, nos seguimos jactando de ser muy resolutivos y con solamente ver al enfermo ya sabemos el diagnóstico. Entonces ¿cómo explicamos estos datos? ¿Cuál es la cantidad razonable que debe ser de alta resolución?

Algunas Unidades de Dermatología publican unos datos, cuando menos curiosos, en los que llegan al 80 %; esto quiere decir que al menos de cada 100 pacientes que les derivan a 80 se les da de alta. Claro está, a lo mejor no son altas de pacientes vistos por primera vez desde Atención Primaria o del resto del hospital, sino de una determinada consulta monográfica. O no son solamente pacientes nuevos, sino que suman las altas en revisiones. Si fuesen primeras visitas derivadas de Atención Primaria nos encontraríamos que realmente lo que nos derivan está injustificado, y por tanto deberíamos pensar que tener tanta alta resolución puede no ser favorecedor para nuestros intereses.

Pero si nuestra proporción de pacientes de alta resolución es bajo, menos del 15-20 %, estaríamos indicando que no somos resolutivos, y por tanto no somos eficientes. Esto nos lleva a concluir que el indicador no debe ser ni muy alto ni muy bajo, tiene que estar situado en el punto exacto en el que la calidad del paciente sea la óptima.

Entonces ¿cuál es el estándar para un Servicio de Dermatología? ¿Cómo podemos cambiar esta visión tremendista?

Vamos a mirar otras especialidades; si nos fijamos en Alergia es muy fácil que ellos lleguen al 60-70 % de alta resolución. Se basa en que realizan las pruebas de alergia y las dan de alta. Por razones sociales la demanda es alta y es aceptada por el gestor. Atención Primaria no realiza pruebas.

Pero si además nos fijamos en la atención privada de la Dermatología es frecuente que se remitan a Alergia los pacientes para que se les hagan pruebas de contacto. Mi pregunta a continuación es la siguiente:

¿cómo vamos a convencer, en poco tiempo, de que somos los dermatólogos los que estudiamos el eczema de contacto cuando existe otra especialidad que, con menos presupuesto y con más alta resolución realiza este estudio y que, además, lo debe hacer de forma excelente ya que los dermatólogos les remiten los pacientes de la Medicina privada? Decimos menos presupuesto porque a los compañeros que hemos preguntado nos dicen que ellos no las hacen porque la financiación es escasa en la Medicina privada.

¿Estamos en un callejón sin salida? Creo realmente que no. Ha nacido hace unos pocos años un arma fundamental para nuestros intereses: el dermatoscopio. Con muy poca imaginación se puede considerar como la prueba complementaria que nos llevará a la alta resolución, siempre que quede en nuestras manos y solamente sepamos nosotros interpretarla.

Debemos tomar las riendas gestoras de nuestra especialidad y dotarla de una nueva visión. Es fundamental que se cree un grupo de trabajo en el seno de la institución que nos puede representar (Academia de Dermatología) y al decir trabajo, quiero decir reuniones productivas y no figurativas⁴. Nos estamos jugando la Dermatología hospitalaria.

Pero existen decenas de indicadores (consulta, quirófono, hospitalización, etc.) y por ellos nos van

a medir, queramos o no. Lo primero es conocerlos para saber interpretarlos, y posteriormente dar la respuesta más apropiada y aceptar los que más nos interesen al estar representados en los foros apropiados.

Con esta carta solamente tenemos como finalidad que reflexionemos sobre estos temas, que creemos trascendentales. También animamos a seguir opinando sobre los mismos en nuestra revista, que debe ser el foro común de todos los dermatólogos.

J. Borbujo-Martínez y S. Córdoba-Guijarro
Servicio de Dermatología. Hospital
de Fuenlabrada. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Iglesias L. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica? *Inv Clin Farm.* 2004;1:24-34.
2. Ruiz Iglesias L. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2004.
3. Thiedke CD. What motivates staff? *Fam Pract Manag.* 2004; 10:54-5.
4. Borbujo J. La gestión en la práctica diaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:270.