

Disminución del tiempo de espera en consulta de especialidad mediante una estrategia de análisis de procesos

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber,* Dr. Carlos López Candiani MASS*

RESUMEN

Antecedentes. El tiempo de espera en los hospitales es uno de los indicadores de calidad en su dimensión interpersonal. En 1999 se detectaron tiempos de espera excesivos en usuarios de consulta externa de especialidad y se realizó un análisis de proceso.

Material y Método. Se aplicaron cuatro encuestas anuales (1999 a 2002) por medio de cuestionarios para conocer tiempo de espera percibido y la satisfacción global; el primer bloque como evaluación inicial y los siguientes tres años, como control posterior a una reestructura de la organización.

Resultados. Se redujo significativamente el tiempo de espera promedio para consulta médica de 87 a 45 minutos y para estudios de imagen de 40 a 25 minutos en forma sostenida. El tiempo transcurrido en caja, recepción de enfermería y toma de productos de laboratorio disminuyó inicialmente y ha vuelto a incrementarse. La satisfacción global es de 98%.

Conclusiones. Es posible disminuir tiempos de espera y mejorar satisfacción global de usuarios mediante una estrategia de análisis de procesos, sin necesidad de utilizar recursos adicionales.

Palabras clave: Tiempo de espera, satisfacción global, análisis de procesos, encuestas, toma de productos, estudios de imagen.

ABSTRACT

Waiting time in hospitals is considered a quality indicator. Long waiting times for medical consultation were detected in outpatients. This problem was analysed; four annual surveys were carried out from 1999 to 2002 in order to measure the waiting time and to assess satisfaction with the service; before and three years after our analysis. Average waiting time was significantly reduced with medical attendant and image services. Waiting time at the cashier, checkpoint and laboratory decreased the second year and increased last year. Overall satisfaction was 98%. It is possible to reduce waiting time and to obtain better user satisfaction with organizational changes without additional expenses.

Key words: Waiting time, global satisfaction, process analysis, survey, laboratory, image studies.

El tiempo de espera de los pacientes para recibir atención médica en un hospital es un indicador de la opinión de los usuarios sobre los nosocomios¹. Forma parte de la dimensión interpersonal de la calidad, complemento de la técnica médica.

En 1998 se inició en el Instituto Nacional de Pediatría una evaluación de la satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad; un año después se

hizo una encuesta que permitió detectar algunos obstáculos en el proceso de atención médica. Uno de los principales problemas fue el tiempo de espera prolongado en los servicios de apoyo, como imagen y toma de productos en los laboratorios, pero sobre todo, para llegar a la consulta médica. Después de identificar este problema se analizó el proceso de consulta externa de especialidad y se identificaron múltiples factores causantes de la larga espera de los usuarios, de su descontento y el del personal de enfermería que recibió las quejas de los usuarios. Esto generaba sobrecarga de los servicios necesarios para atender a los pacientes, para el uso de sanitarios, así como para la limpieza y mantenimiento de las salas de espera.

El análisis de las causas de lo anterior, reveló mal uso de la agenda del médico: 1) se daba cita simultánea a los pacientes; 2) no se anotaban las citas en la

* Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Miguel A. Rodríguez Weber. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: enero, 2005. Aceptado: mayo, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

agenda; 3) por lo tanto, no se contaba con el expediente clínico al momento de la consulta; 4) había pacientes que debían ser vistos el mismo día por diferentes especialistas; 5) retraso en la transferencia del expediente; 6) falta de resultados de estudios de laboratorio o gabinete al momento de la consulta; 7) inicio de la atención del médico después del horario programado; 8) uso simultáneo de los consultorios por dos médicos; 9) retraso en la llegada de los pacientes; 10) otras causas ajenas a la Institución.

Se realizaron varias reuniones con enfermeras, médicos, empleados de archivo clínico, de laboratorio y otro personal involucrado, sobre todo en los pisos y con el personal de especialidades con mayor tiempo de espera, para exponer la problemática.

Inicialmente hubo una fase de negación de los hechos que se expusieron; se esgrimían algunas justificaciones ficticias y otras reales. Gradualmente el personal fue tomando conciencia de la magnitud del problema y hubo un cambio de actitud, al principio en las enfermeras, en algunos médicos y jefes de departamento clínico; progresivamente se fue haciendo extensiva al resto del personal. En estas circunstancias el mismo personal empezó a dar algunas sugerencias y a aceptar otras, propuestas por la autoridad. Posteriormente se reorganizó el proceso, pidiendo que cada médico manifestara sus necesidades de consultorio, las posibilidades reales de atención de pacientes (número máximo) y horarios propuestos por él mismo. Se estableció el compromiso de iniciar la atención médica en el consultorio puntualmente; de no programar actividades paralelas en el mismo horario. Se fraccionó el horario para citar a los pacientes a distintas horas en grupos de cuatro paciente por hora.

No ha sido posible establecer la cita individual cada 15 minutos ya que algunos pacientes frecuentemente faltan a su cita y muchos son foráneos, lo que representa un tiempo muerto para el médico.

Se imprimieron los horarios de cada médico y se colocaron en la cara externa de la puerta de los consultorios con objeto de que fuesen ocupados por un médico sólo en el horario que le correspondía. Se estableció el compromiso de tener disponibles los resultados de laboratorio y gabinete basado en que el médico anotaría la cita en la agenda y además, la indicación de haber solicitado algún estudio. En tal

forma la enfermera corroboraría que hubiera el informe respectivo antes de la consulta médica. Se estableció también el compromiso de tener los expedientes clínicos disponibles en el horario de la atención médica, cuando el paciente tuviera una cita programada.

También fue necesario educar a los usuarios. Un médico se encargó de atender las incidencias que se presentaron durante el cambio en el proceso. Frecuentemente se requirió más que la intervención conciliadora del médico y se turnaron algunos casos con las autoridades correspondientes. Se establecieron simultáneamente buzones de quejas y sugerencias y en programa paralelo se dio curso a las mismas.

El objetivo específico de este trabajo fue evaluar los cambios en el tiempo de espera de los usuarios de consulta externa de especialidad a lo largo de tres años en el Instituto Nacional de Pediatría y la satisfacción global con la atención recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron encuestas repetidas a los usuarios de la consulta externa de especialidad mediante un cuestionario en bloques durante cuatro años consecutivos. El cuestionario fue previamente validado. Fue aplicado por trabajadoras sociales del propio Instituto, que fue estandarizado en su aplicación. El procedimiento fue descrito en una publicación previa ².

Los datos del cuestionario incluyen el tiempo de espera que percibió el usuario al presentarse a pagar la consulta en la caja, al entregar su tarjeta de citas en la recepción de enfermería, al esperar en la sala de espera para ser llamado a consulta (a partir de la hora de la cita) y en su caso, para ser llamado a estudios de laboratorio o gabinete. También se analizó la satisfacción global del usuario con la atención recibida en el Instituto. Para fines de este trabajo se consideró como usuario al familiar responsable del paciente menor de edad.

El primer bloque de cuestionarios (469) se aplicó entre el 7 de septiembre y el 4 de octubre de 1999 y forma parte de la evaluación inicial; el segundo bloque (68) se aplicó entre el 20 y 23 de junio del año 2000; el tercer bloque (510 cuestionarios) entre el 11 de enero y el 22 de marzo del 2001 y el cuarto bloque

(489) entre el 8 de enero y el 15 de mayo del 2002. A excepción de los cuestionarios aplicados en el año 2000, los otros tres bloques fueron calculados para obtener un error estándar de 5% en base al número de consultas anuales de cada especialidad; los aplicados en el año 2000 fueron calculados para un error estándar de 10%. La intervención se hizo a fines de 1999 y principios de 2000, entre el primero y segundo bloques de cuestionarios. Los cuestionarios no se aplicaron repetidamente a los mismos usuarios en años diferentes; se trató de muestras diferentes, conservando las características de la población blanco.

Para cada año se calcularon la media, la mediana, el promedio, el valor mínimo y máximo de los tiempos de espera percibidos por los usuarios en la caja, en la recepción de enfermería, para pasar a consulta médica y en su caso, en la toma de productos para laboratorio y estudios de imagen. Mediante la prueba t (dos colas), se calculó si hubo diferencia significativa entre el tiempo de espera promedio percibido en cada sitio entre 1999 y cada uno de los siguientes tres años. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

También se calculó el porcentaje de usuarios satisfechos en cada año de la encuesta en base al número de usuarios que contestó la pregunta; se calcularon los límites de un intervalo de confianza de 95% para el primero y para el último año. Se expresa la tasa de falta de respuesta. Se aplicó la prueba Z de diferencia de proporciones para comparar las cifras obtenidas entre 1999 y 2002; se consideró significancia estadística un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Los tiempos de espera percibidos en la encuesta basal de 1999, se presentan en el cuadro 1. Los datos de las encuestas de 2000, 2001 y 2002 se presentan en los cuadros 2, 3 y 4 respectivamente. Los resultados comparativos se muestran en la figura 1. El cuadro 5 muestra los valores de p al comparar los tiempos de espera percibidos en los diferentes sitios donde acuden los usuarios de consulta externa de especialidad. Se vio que la reducción del tiempo de espera para pasar a consulta y a toma de productos de laboratorio ha sido considerable en los tres años; en cambio no ha sido así en la caja, en la recepción de enfermería y en

los servicios de gabinete. La satisfacción con el servicio en general fue de 93% en 1999 (IC 95%; 91.6 – 95.9) y una tasa de falta de respuesta de 0.002%. La satisfacción informada en el año 2000 fue de 94.1%, en 2001 de 97.4% y en 2002 de 98.7% (IC 95%; 98.3 a 99.3) con tasa de falta de respuesta de 0.004% (Figura 2). La diferencia entre 1999 y 2002 es significativa, con valor de $p < 0.005$.

Cuadro 1. Tiempo de espera (en minutos) entre 469 usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría (INP)

Sitio	Promedio	Mediana	Límites
Caja	14.3	5	0-240
Recepción de enfermería	8.6	5	0-60
Consulta médica	87.9	60	0-300
Toma de productos de laboratorio	36.1	30	0-240
Estudios de imagen	40.4	20	1-300

Cuadro 2. Tiempo de espera (en minutos) entre 68 usuarios de consulta externa de especialidad en el INP en el año 2000

Sitio	Promedio	Mediana	Límites
Caja	9.9	5	0-60
Recepción de enfermería	6.1	5	0-18
Consulta médica	59.2	40	1-240
Toma de productos de laboratorio	24.5	20	2-120
Estudios de imagen	36.6	20	0-240

Cuadro 3. Tiempo de espera (en minutos) entre 510 usuarios de consulta externa de especialidad en el INP en 2001.

Sitio	Promedio	Mediana	Límites
Caja	11.7	6	0-180
Recepción de enfermería	7.8	5	0-90
Consulta médica	56.3	40	0-270
Toma de productos de laboratorio	21.2	15	0-240
Estudios de imagen	26.4	15	0-300

Cuadro 4. Tiempo de espera (en minutos) entre 489 usuarios de consulta externa de especialidad en el INP en 2002

Sitio	Promedio	Mediana	Límites
Caja	14.4	5	0-140
Recepción de enfermería	9.6	5	0-180
Consulta médica	45.4	30	0-300
Toma de productos de laboratorio	27.3	20	0-240
Estudios de imagen	25.4	20	0-120

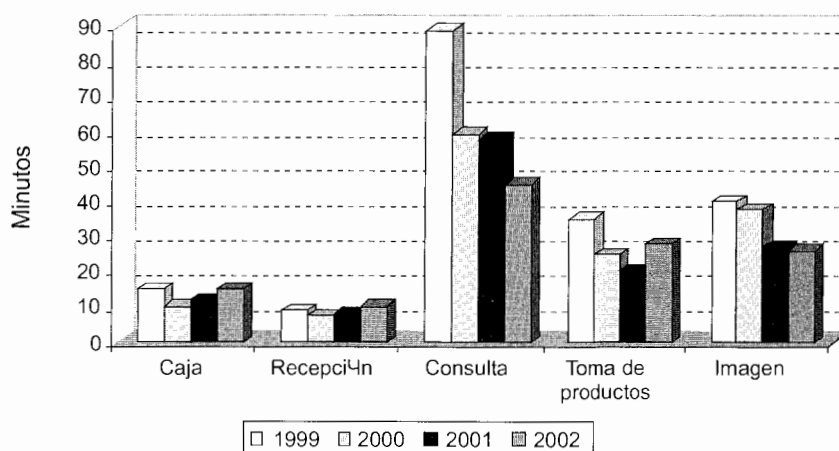


Figura 1. Comparación de tiempo de espera en las cuatro encuestas. INP 1999 a 2002.

Cuadro 5. Valores de p utilizando la prueba t para comparar el promedio de tiempo de espera percibido en diferentes encuestas en el INP

Años comparados	Caja	Recepción	Consulta	Laboratorio	Imagen
1999-2000	0.13*	0.018	0.0004	0.03	0.67*
1999-2001	0.04	0.095	< 0.001	< 0.001	0.0003
1999-2002	0.95*	0.151*	< 0.001	0.03	0.67*

* Valor no significativo.

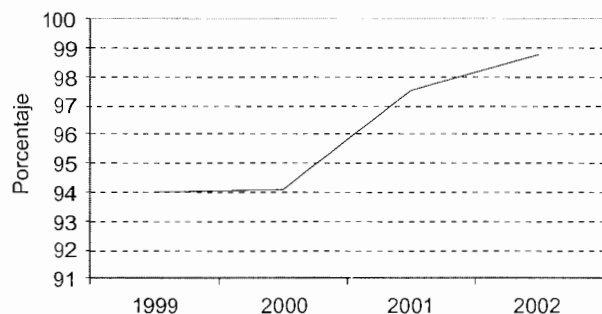


Figura 2. Satisfacción entre usuarios de consulta externa de especialidad. INP 1999 a 2002.

DISCUSIÓN

Fue evidente la disminución de los tiempos de espera en cada uno de los sitios a los que acuden los usuarios de la consulta externa de especialidad después de la intervención. Sin embargo, en la caja y en la recepción de enfermería, han aumentado progresivamente los tiempos de espera después del segundo año; en el último año también ocurrió en servicios de imagen. Es probable que esto se deba a disminución en la super-

visión a dichas áreas, ya que se han concentrado los esfuerzos en disminuir el tiempo de espera para recibir la atención médica en el consultorio. El tiempo de espera para consulta se redujo en 48% respecto a la evaluación inicial de 1999 comparada con la realizada en el año 2002 y es altamente significativa al comparar la inicial con cada uno de los tres años siguientes. En 2002, la mitad de los pacientes fue atendido en los primeros 30 minutos, mientras tres años antes esperaban 60 minutos. Qidwai³ en un estudio en clínicas de medicina familiar encontró una mediana de tiempo de espera de 30 minutos contra una expectativa de los pacientes de 12.69 min. Maldonado y cols.⁴ encontraron tiempos promedio de 30 a 36 minutos en años consecutivos en unidades de primer nivel; sin embargo, sugieren que en unidades de segundo y tercer nivel, el estándar debe ser de 10 minutos, ya que el paciente tiene una cita programada. Bower⁵ informa expectativas de pacientes para tiempo de espera para iniciar una consulta, de 6 a 10 minutos; sin embargo, un estudio en población cautiva de seguridad social en México encontró que la

expectativa de espera en más de la mitad de los entrevistados era mayor de 30 minutos⁴, muy probablemente determinada por experiencias previas de estas personas.

Lacy⁶ realizó un estudio en pacientes que no acudieron a su cita y sugiere que uno de los factores que disminuye la tasa de ausencias a la cita programada es la reducción de tiempo de espera. Por otro lado, se ha informado que pacientes asignados a servicios médicos con mayores tiempos de espera busquen más frecuentemente una alternativa de atención privada⁷. Esto también ocurre en México con derechohabientes de instituciones de seguridad social; incluso el cambio en la preferencia y sustitución entre dos instituciones con el mismo sistema de financiamiento, se ve afectado por los tiempos de espera⁸.

Aunque en el INP los mecanismos tendientes a reducir los tiempos de espera se iniciaron en 1998 ahora es uno de los compromisos establecidos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud⁹. Cumplir con este compromiso nos permite participar y responder adecuadamente con el Programa Nacional de Salud vigente. En 2003 la Secretaría de Salud publicó un conjunto de experiencias satisfactorias al disminuir tiempos de espera, sobre todo en unidades de primer nivel en el ISSSTE, IMSS y la propia Secretaría de Salud, algunas de ellas espectaculares como el caso del Centro de Salud IMSS- Oportunidades en Tecolotitla, Hgo. donde disminuyó el tiempo de espera de 240 a 40 minutos en un año⁹.

El análisis de procesos permite identificar situaciones que impiden otorgar un servicio de calidad. Mitike¹¹ sugiere que las esperas innecesarias de los pacientes deben reducirse al mínimo por evaluación de los procesos hospitalarios. Murria¹² comenta que retrasos en la atención generalmente son resultado de esquemas irracionales por mala planeación, más que por limitación de recursos, como sucedía en nuestra institución:

En el análisis del proceso de deben hacer visitas a los sitios donde se presta el servicio, con observación detenida de cada fase; relacionarse con el personal, realizar anotaciones de ventajas y desventajas, analizar críticamente cada parte del proceso y plantear cambios que mejoren el proceso integralmente. En ocasiones, las fallas en cada fase son tantas, que se debe realizar la reingeniería del proceso. Es conveniente involucrar en los cambios a todas las personas que

participan en el proceso y cuando se obtiene el compromiso de las partes, se obtienen mejores resultados. En esta forma, se ha reducido el tiempo de espera con la participación de la mayoría de los médicos, enfermeras, personal de archivo, laboratorio, gabinete, autoridades, administrativos, etc. La supervisión posterior a la intervención fue de gran ayuda para vigilar el cambio hacia la mejoría; la retroalimentación de los participantes es de gran utilidad, sobre todo en las áreas de mayor problema.

Los resultados han beneficiado a 102,846 pacientes y sus familiares acompañantes que acudieron en forma subsecuente a consulta externa de especialidad durante 2002; esperaron 48% menos tiempo que los que acudieron a consulta en 1999. Un beneficio adicional fue una estancia en las salas de espera y uso de servicios complementarios de casi la mitad de personas por unidad de tiempo. Es importante destacar que no fueron necesarios recursos extraordinarios para estos logros; básicamente se trató de cambios organizacionales.

Una limitación del estudio, es que se trata del tiempo de espera percibido y no tiempo medido directamente por el investigador.

En el futuro las agendas electrónicas permitirán distribuir las citas dentro del horario establecido por el médico, evitando la duplicidad a una misma hora y limitando el número de pacientes citados, a la capacidad de atención del médico especialista. El expediente electrónico permitirá disminuir las esperas debidas a retraso para obtener el expediente de papel; este proceso de cambio será muy gradual, pero se han iniciado los primeros pasos a través de una iniciativa de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

La satisfacción de usuarios ha mostrado un avance significativo que en 2002 llegó a 98.7%. Ramírez-Sánchez y cols.¹³ señalan 81.2% de satisfacción entre usuarios de servicios ambulatorios de salud en México según la Encuesta Nacional de Salud II. Entre usuarios de consulta externa, derechohabientes de instituciones de seguridad social, los porcentajes son menores; Hernández¹⁴ menciona 64.8% en un estudio en unidades de medicina familiar. Aguirre Gas¹⁵ encontró en hospitales de segundo y tercer nivel un porcentaje de satisfacción de 76 a 88%. En el aspecto de hospitalización se han descrito niveles elevados de

satisfacción: Silva-Alvarado¹⁶ encontró un 99% entre los familiares de pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de seguridad social de alta especialidad. Los usuarios que acuden a instituciones de salud para población abierta, incluyendo a las de alta especialidad, tienen un nivel socioeconómico en los centiles más bajos, al igual que su nivel cultural; quizá una de las expectativas al acudir sea que su familiar obtenga finalmente la atención médica, sin que den mucha importancia a las incomodidades que puedan rodearla. Aunque el tiempo de espera prolongado puede ser causa de insatisfacción global de los usuarios^{17,18}, el trato amable y el interés en el paciente son cualidades de la atención que contribuyen a la satisfacción⁴. También influyen en la satisfacción el nivel técnico del médico; la explicación que se ofrece al paciente; el tiempo utilizado para la entrevista y para el examen físico¹⁹. Pandit²⁰ encontró en un estudio 95% de satisfacción global de pacientes, pero en la misma muestra, 26% de usuarios no estuvieron satisfechos con los tiempos de espera. Sur²¹ encontró que el tiempo de espera es la cualidad menos satisfactoria (41%) en la atención dental. En la encuesta de 2002, el tiempo de espera de los usuarios no satisfechos varió de 15 a 240 minutos.

En conclusión, a través del análisis de procesos es posible detectar fallas en la atención; realizando las intervenciones necesarias, puede reducirse el tiempo de espera en la consulta externa. La participación de todo el personal y sobre todo su compromiso son elementos indispensables para el logro del objetivo.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Pediatría por su dedicación y profesionalismo en la aplicación de cuestionarios durante cuatro años consecutivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana, México 1995
2. Rodríguez-Weber MA, López-Candiani C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Mex* 2002;23:12-7
3. Qidwai W, Dhanani RH, Khan FM. Implications for the practice of a patient expectation and satisfaction survey at a teaching hospital in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2003;53:122-5
4. Maldonado iG, Fragoso BJS, Orrico TSE, Flores VM, Quiroz PC, Sandoval PAA. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. *Rev Med IMSS* 2002;40:421-9
5. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patient's views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258
6. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004;2:541-6
7. Yeung RY, Leung GM, McGhee SM, Johnston JM. Waiting time and doctor shopping in a mixed medical economy. *Health Econ* 2004;13:1137-44
8. Siciliani L. Does more choice reduce waiting times? *Health Econ* 2005;14:17-23
9. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sal_noticias/campanas/2001-01.../cruzada-nacional.ht. Con acceso el 23 de octubre de 2001
10. Secretaría de Salud. A. Impacto en el Tiempo de Espera. En: Secretaría de Salud: Primer Foro Nacional por la Calidad en Salud. Secretaría de Salud 2003;76-112
11. Mitike G, Mekonnen A, Osman M. Satisfaction on outpatient services in hospitals of the Amhara Region. *Ethiop Med J* 2002;40:387-96
12. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289:1035-40
13. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1998;40:3-12
14. Hernández LB, García PC, Anzures CR, Orozco LM. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2002;40:373-8
15. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex* 1990;32:170-80
16. Silva-Alvarado R, Garduño-Espinoza J, Rubio-Rodríguez S, Vázquez-Rivera R, Cuevas-Urióstegui ML, Jasso-Gutiérrez L y cols. Frecuencia de satisfacción con la atención médica en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1994;51:514-23
17. Huang JA, Lai CS, Tsai WC, Weng RH, Hu WH, Yand DY. Determining factors of patient satisfaction for frequent users of emergency services in a medical center. *J Chin Med Assoc* 2004;67:403-10
18. Seclen-Palacin JA, Benavides B, Jacoby E, Velazquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal? Experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:149-57
19. Kudo Y, Satoh T, Hosoi K, Aizawa Y. Factors associated with satisfaction among participants in a periodical worksite health check-up in Japan. *J Occup Health* 2004;46:461-9
20. Pandit IJ, Mackenzie MZ. Patient satisfaction in gynaecological outpatient clinic attendances. *J Obstet Gynaecol* 1999;19:511-5
21. Sur H, Hayran O, Yildirim C, Mumcu G. Patient satisfaction in dental outpatient clinics in Turkey. *Corat Med J* 2004;45:651-4