

# Indicadores de eficacia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel

## RESUMEN

Introducción: para asegurar una atención de calidad y debido a que los recursos materiales son limitados, la auditoría médica se ha convertido en una herramienta imprescindible en la gestión médica moderna. El ámbito de la consulta externa del tercer nivel de atención tiene como tarea brindar apoyo al segundo y primer nivel, por lo que la gestión debe regirse a través de indicadores específicos que reflejen el desempeño y la eficiencia de este proceso. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es dar a conocer el comportamiento de los indicadores de eficacia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel.

Material y métodos: se revisaron los informes estadísticos emitidos por el Sistema de Información Médico Operativo de 2000 a 2005, y se extrajeron los datos del total de consultas en general y por cada uno de los servicios.

Resultados: el número total de consulta muestra disminución en el periodo, pero con mayor número de evaluaciones de primera vez. Algunos servicios en particular se ven afectados en los indicadores por la complejidad de los padecimientos.

Conclusiones: los indicadores altas/primera vez y subsecuentes/primera vez muestran una tendencia al cumplimiento de la norma. En el análisis de un indicador debe considerarse los factores asociados que los modifican.

## SUMMARY

Introduction: In order to ensure a high-quality medical attention, and due to the limited material resources, the medical audit has become an important tool in modern medical management. The field of third-level outpatient consultation has to support the first and the second levels, which is the reason why the management must follow the specific indicators that reflect the development and the efficiency of this process. In this context the objective of this work is to report the behaviour of the indicators of efficacy in the outpatient clinic of a third-level pediatric hospital.

Material and methods: The statistic records presented by the Medical-Operative System of Information from 2000 to 2005 were reviewed and the data of the total of medical examinations (in general and in every shift) were taken out.

Results: The total number of medical examinations shows a decrease in the period, but with a larger number of first-time examinations. Some shifts in particular are affected in the indicators by the complexity of the disease.

Conclusions: The indicators of discharge/ first-time and subsequent/first-time show a tendency to the fulfilment of the norm. The linked factors that modify an indicator must be considered when analysing it.

<sup>1</sup>Jefe de Consulta Externa

<sup>2</sup>Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad,  
 Hospital de Pediatría,  
 Centro Médico Nacional  
 Siglo XXI,  
 Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:  
 Jesús Arias-Gómez.  
 Tel.: 5627 6937,  
 extensión 22294.

Dirección electrónica:  
 drarias@hotmail.com

## Introducción

Lograr la satisfacción total del paciente es la finalidad del proceso de atención médica. Como parte de los esfuerzos para mejorar la calidad y la efectividad de la misma, se ha recurrido a la auditoría médica, la cual se ha convertido en una herramienta imprescindible en la gestión

médica moderna, por ser una de las más importantes formas de asegurar la calidad en la atención de la salud.<sup>1</sup> Sin embargo, los sistemas para la prestación de los servicios de salud enfrentan el desafío de alcanzar niveles de aplicación y calidad aceptables en la población, generalmente con recursos limitados para la gama de servicios que se debe proveer.<sup>2</sup> Este escenario ha dado vigencia

## Palabras clave

- ✓ consulta externa
- ✓ auditoría médica
- ✓ gestión médica
- ✓ indicadores
- ✓ calidad de la atención médica

## Key words

- ✓ outpatient consultation
- ✓ medical audit
- ✓ medical management
- ✓ quality indicators
- ✓ health care

a la necesidad de una administración eficiente y efectiva de los recursos disponibles y a nuevas formas de provisión de esos recursos para estar en condiciones de otorgar los servicios con calidad y efectividad.<sup>1,3</sup>

En las unidades de atención médica hospitalaria se pueden identificar varios procesos como hospitalización, urgencias, cirugía, auxiliares de diagnóstico, consulta externa, entre otros. En cuanto al sistema de consulta externa (figura 1), el tercer nivel de atención dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social tiene entradas precisas: pacientes que refieren las unidades de segundo nivel, hospitales regionales o generales de zona y otras unidades de tercer nivel, y pacientes que reciben atención en la misma unidad de tercer nivel pero que acuden a otra especialidad para complementar el diagnóstico o tratamiento. El número de consultas para cada enfermo, denominadas consultas subsecuentes, tiene estrecha relación con la complejidad de la patología, con la limitación para su atención en la contrarreferencia a la unidad de envío y con el interés

que el médico tratante desarrolla a través del conocimiento del caso y la familia. También tiene relación con las expectativas de los padres ligadas a la atención de la señalada unidad de tercer nivel, motivo por el cual los familiares en ocasiones se niegan a ser contrarreferidos.<sup>4</sup>

Por otra parte y debido al enfoque multidisciplinario del tercer nivel, se generan 4.7 interconsultas en promedio a otras especialidades por cada niño atendido por primera vez, en ocasiones indispensables y complementarias, pero en otras veces secundarias y que pueden otorgarse en el hospital que generó el envío, por lo que cada paciente debe ser sujeto cuando menos a cuatro altas para cumplir con un indicador de alta por cada primera vez.

Diversas disciplinas han provisto al proceso administrativo de nuevas herramientas que facilitan la medición y evaluación. El logro de los objetivos puede conocerse a través de la evaluación de los indicadores diseñados ex profeso,<sup>5</sup> concibiendo a éstos como criterios que resumen o representan la calidad de la atención.

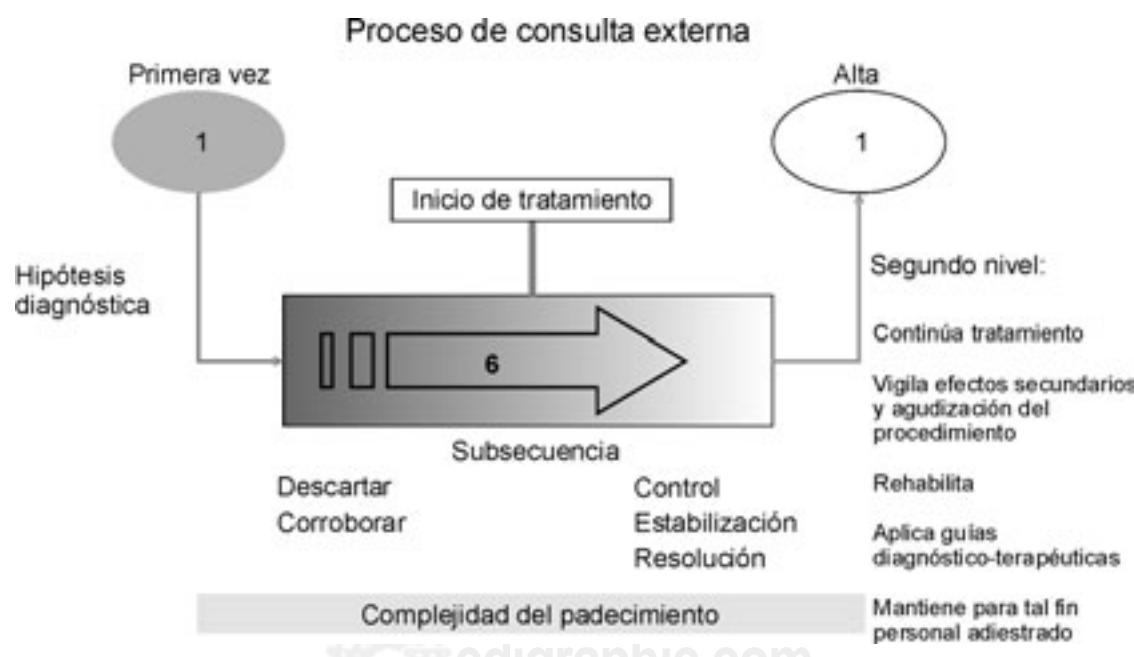


Figura 1. Proceso de consulta externa. El esquema exemplifica el equilibrio del proceso que se refleja a través de los indicadores: altas/primera vez y subsecuencia/altas. Un paciente evaluado por primera vez genera hipótesis diagnósticas, las cuales se descartan y se precisa el diagnóstico, lo que permite un tratamiento para control y resolución de la hipótesis diagnóstica (tiempo en el cual será considerado como subsecuente) y posterior a esto el egreso a segundo nivel para continuar con el plan terapéutico.

Los números reflejan los índices normados: altas/primera vez menor o igual a 1; subsecuentes/primera vez = 6:1

Es necesario comentar que estos indicadores señalan en buena medida la cantidad de servicios otorgados y dan una idea de la tendencia de los mismos, pero cuando se combinan con otros datos obtenidos de los usuarios respecto a la satisfacción o insatisfacción, se tornan de mayor utilidad. A través de una cifra es difícil llegar al conocimiento del reflejo de la calidad otorgada y las razones de su fluctuación, aunque sea producto de un numerador y denominador, por lo que el complemento ideal de un indicador es precisamente la investigación de esas razones, a partir de las cuales puede tomarse decisiones basadas en hechos concretos.

Aguirre Gas ha propuesto seis indicadores primarios que permiten identificar la calidad y la efectividad con que el equipo de salud atiende a los pacientes.<sup>1</sup>

En el proceso de la consulta externa y dentro de su estructura se ubica el *índice de subsecuencia*, que permite caracterizar el patrón del comportamiento de la consulta externa de especialidad; identifica la relación entre las consultas de primera vez y las subsecuentes y muestra la capacidad resolutiva en función de estándares del comportamiento esperado por tipo de unidad y especialidad. El valor de referencia para los hospitales pediátricos de tercer nivel se ha establecido en cinco o seis consultas subsecuentes por cada consulta de primera vez.<sup>5</sup>

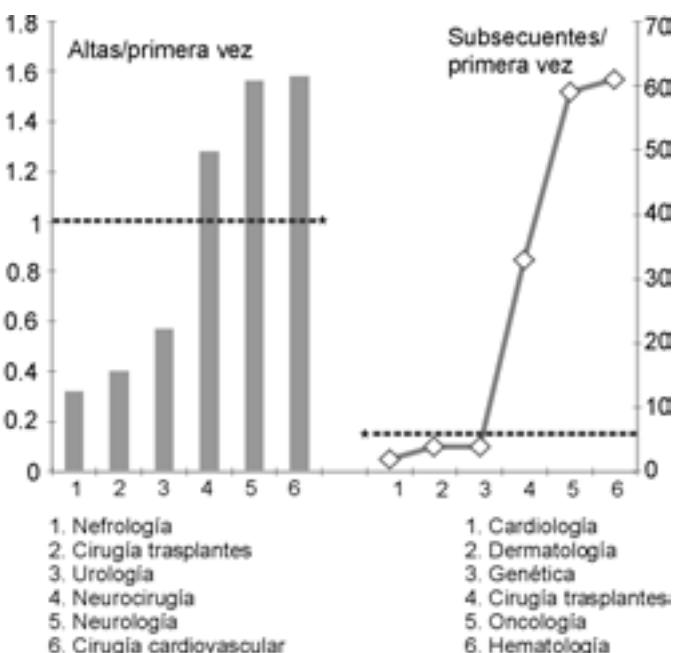
Existen otros indicadores que se consideran útiles, por ejemplo, la oportunidad para recibir consulta externa. Este indicador comienza desde la accesibilidad que tiene el paciente para llegar a su destino en el momento requerido por su padecimiento. Dicha oportunidad se pretende medir por el tiempo transcurrido entre la solicitud realizada en la unidad médica de origen hasta la recepción de la consulta. Para el tercer nivel, la norma señala que dentro de los primeros cinco días hábiles debe ser atendido más de 85 % de los niños enfermos.<sup>5</sup> Este indicador se denomina *oportunidad en la atención*.

El indicador denominado *relación de altas primera vez* se refiere a la correspondencia entre el número de altas y el número de pacientes atendidos por primera vez en el que idealmente debe darse seguimiento por cada especialidad y reflejar la eficiencia con la que un servicio médico mantiene su consulta sin exceso o sobrecupo. Por cada paciente de primera vez se espera por lo

menos un egreso o alta. Teóricamente esto permite no retrasar en tiempo la consulta o rebasar un límite diario de pacientes por atender.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el comportamiento de los indicadores de eficiencia en la consulta externa de un hospital pediátrico de tercer nivel y señalar las causas que influyen y modifican dicho comportamiento.

**Jesús Arias-Gómez et al.**  
**Eficacia en la consulta externa pediátrica**



\*Nivel de corte indicado por la norma

**Figura 2. Indicadores de desempeño en los servicios de consulta externa, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI.**  
Periodo 2000 a 2005

## Material y métodos

Se revisaron los reportes estadísticos emitidos por el Sistema de Información Médico Operativo durante los años 2000 a 2005, relativos al Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, y se extrajeron los datos del total de consultas en general y por cada uno de los servicios.

En particular se tomaron en cuenta los resultados de algunas de las consultas por especialidad en las que existe claramente el concepto de la variación.

La consulta se desglosó por consultas totales, consultas de primera vez y subsecuentes. Se calcularon los índices de desempeño de acuerdo con el *Manual metodológico* del Instituto Mexicano del Seguro Social,<sup>5</sup> es decir, la oportunidad en la consulta de especialidades en unidades de tercer nivel, a los cinco días hábiles o menos a partir de su solicitud, índice de subsecuencia y altas/primera vez en la consulta de especialidades en unidades de tercer nivel.

Por otra parte, se trató de integrar una serie de factores que influyen en el movimiento del numerador y denominador de los indicadores.

El índice de consultas subsecuentes en relación con las otorgadas por primera vez presentó disminución progresiva, que para el año 2005 permitió alcanzar la meta con un indicador ideal de 6:1 (cuadro I).<sup>5</sup>

De las evaluaciones de primera vez solicitadas por el segundo nivel de atención y en ocasiones por el primer nivel, se observó a partir del año 2001 un incremento progresivo que se mantuvo hasta el año 2005, de tal manera que se identificó aumento de 42 % en este lapso. Las altas otorgadas en la consulta externa han mostrado fluctuaciones y al final del periodo se observó decrecimiento de 11 %.

El indicador de la relación altas/primera vez presentó un valor promedio para el periodo 2000 a 2005 de 1.06 (ideal = 1), sin embargo, en los últimos tres años se observó una tendencia desfavorable por la disminución a 0.54.

Por especialidad, el servicio de oncología fue el que otorgó el mayor promedio mensual de consultas (146) y el de cirugía cardiovascular, el menor (8). El servicio de cardiología ocupó el primer lugar en el promedio de altas con 18 egresos mensuales y los servicios de nefrología, reumatología, oncología, cirugía cardiovascular, trasplantes y salud mental, con menos de dos egresos por mes. Cardiología fue el servicio que mayor promedio de evaluaciones mensuales de primera vez presentó, con 19 pacientes. Los servicios que más pacientes subsecuentes atendieron fueron oncología (4516), hematología (4457) y cirugía maxilofacial (4187). En la figura 1 se muestran los indicadores referidos de manera comparativa

## Resultados

Actualmente el edificio de la consulta externa del Hospital de Pediatría consta de tres pisos con 52 consultorios equipados con 40 computadoras para el acceso al expediente electrónico. Durante el periodo de estudio, el promedio general de consultas diarias fue de 219 y de 4387 mensuales; el promedio mensual de consultas otorgadas de primera vez fue de 424 y de 3954 para las consultas subsecuentes.\*

En el cuadro I se resumen las cifras por año en cuanto al número total de consultas y sus componentes y para cada uno de los indicadores. Destaca la tendencia decreciente en el número total de consultas por año, que llegó a disminuir 15 % para 2005. Con la misma tendencia se observan las consultas subsecuentes, con disminución de 21 % en el periodo.

\*Sistema de Información  
Médico Operativo.  
Unidad Médica de Alta  
Especialidad, Hospital de  
Pediatría Centro Médico  
Nacional Siglo XXI.  
2000-2005

**Cuadro I**  
**Indicadores de consulta externa. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI**

Indicador	Año						Promedio
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Total de consultas	54632	57159	54753	53078	49880	46404	52651
Consultas subsecuentes	49632	53583	50316	48498	43262	39432	47454
Consultas de primera vez	5000	3576	4437	4580	6018	6972	5097
Altas	4513	4121	4749	4006	4233	3775	4233
Índice altas/primera vez*	0.90	1.15	1.07	0.87	0.70	0.54	0.87
Índice subsecuentes/primera vez**	9.93	14.98	11.34	10.59	7.19	5.65	9.95

\*Ideal  $\geq 1$

\*\* Ideal  $\leq 6:1$

entre los servicios con mayor y menor desempeño de los mismos.

## Discusión

Por razón natural, en los sistemas de salud existe una exigencia creciente de mejora en los niveles de atención y la forma como ésta es proporcionada. De manera paralela y sin menoscabo en la calidad de la atención, se promueve una corriente de reducción de costos, que en ocasiones dificulta el alcance de las metas.

Por esta razón, en la administración de los hospitales se debe buscar herramientas cuantitativas que puedan ser efectivas acerca del control de calidad y mejoras, tanto en la asistencia como en los costos, y en vista de que los recursos económicos son finitos, la optimización de los mismos es una necesidad.<sup>1</sup>

El número crudo de altas refleja la eficiencia de un servicio de consulta externa, pero proporciona mayor información cuando se relaciona con las citas de primera vez, constituyéndose el indicador altas/primera vez, el cual por norma debe ser igual o mayor a uno y se correlaciona con la oportunidad de contar con espacio para otorgar nuevas consultas<sup>5</sup> (figura 2).

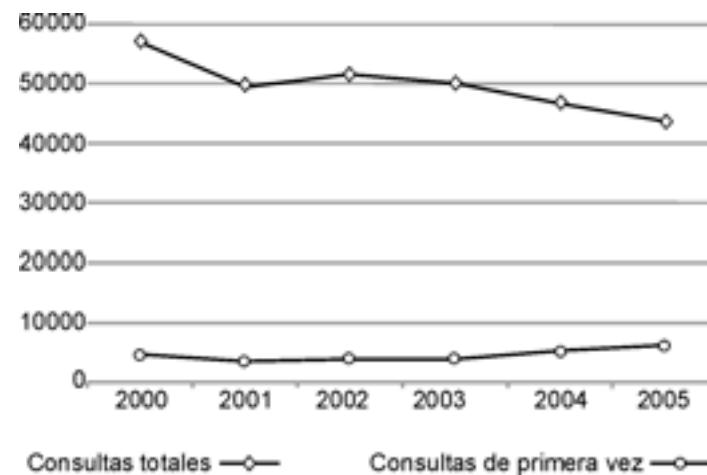
En este sentido, la unidad médica muestra tendencia a disminuir el índice señalado en el curso del periodo estudiado, ya que ha sido fluctuante la contrarreferencia de los pacientes a su unidad de origen, medida a través de las altas de los que han recibido el máximo beneficio del tercer nivel en el periodo de estudio, dando por resultado un indicador altas/primera vez por debajo de lo esperado (cuadro I), probablemente como reflejo de la complejidad de las enfermedades crónicas, ya que las primeras 20 causas de atención en la consulta externa son casi todas problemas de este tipo.

No debe pasarse por alto que este índice se ve modificado por el mayor número de evaluaciones de primera vez que se ha observado a través de prácticamente todo el periodo (cuadro I). En 2005 se realizó el mayor número de evaluaciones de primera vez y al funcionar como denominador, propició un índice menor al normado. Por otra parte, el número anual de consultas (figura 3) muestra una tendencia a la disminución en forma global al final del periodo a expensas

de disminución de la subsecuencia, lo que ha permitido un porcentaje mayor de evaluación de pacientes de primera vez en apoyo al segundo, y en ocasiones al primer nivel de atención.

Otro punto fundamental en la búsqueda de situaciones óptimas de la consulta otorgada de primera vez es la utilización de una primera selección o "filtro" de las interconsultas originadas por el primer y segundo nivel de atención, e incluso en las interconsultas dentro de la misma unidad, que permitan identificar a los pacientes con padecimientos que ameritan atención en tercer nivel. Hemos mencionado que la tendencia de la consulta subsecuente es hacia la disminución, lo que ha propiciado que el índice subsecuencia/primera vez del último año se encuentre en el nivel exigido por la norma, aunque para el periodo en estudio aún está por arriba de lo esperado (9.95:1 *versus* 6:1), debido a que entre otras cosas significa capacidades limitadas del segundo nivel en personal, capacitación, equipos e insumos, entre otras situaciones (cuadro I).

**Jesús Arias-Gómez et al.**  
**Eficacia en la consulta**  
**externa pediátrica**



**Figura 3. Tendencia por tipo de consulta. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI**

Como una medida de mejora deberemos hacer énfasis en la disminución de este índice, a través de una comunicación más estrecha con el segundo nivel en forma directa entre los directivos y el personal médico involucrado en cada caso, y de manera indirecta con la emisión de guías diagnóstico-terapéuticas que faciliten la

toma de decisiones clínicas, así como acciones lógicas y sistemáticas en cada situación, además de normar los criterios de seguimiento, alerta y reenvío a tercer nivel. Lo anterior coadyuvará a disminuir la saturación de la consulta, la cual tiene como consecuencias negativas el diferimiento, el incremento de costos y la sobrecarga de trabajo para el personal.<sup>1</sup>

Otra estrategia será insistir en el mayor número de contrarreferencias, a través del convenimiento a los padres de regresar a su hospital general de zona para continuar el tratamiento, convencer al cuerpo médico del tercer nivel que existirán otros casos de amplio interés académico y que no es conveniente mantener al paciente sólo por este hecho o por el apego de la familia en forma injustificada en la consulta externa, sin brindar algo más en la atención que competía al tercer nivel. Finalmente, las indicaciones precisas a los padres de acudir al tercer nivel a resolver sólo los problemas complejos, deberían hacerse desde el envío por los médicos tratantes en los otros niveles, con lo que se evitarían las falsas expectativas.

Acciones de corto plazo encaminadas a disminuir la atención subsecuente en tercer nivel y hacer óptimas las referencias, pueden enfocarse a la mejoría en los niveles de atención precedentes, propiciando una creciente atención a través de la capacitación de los pediatras y los especialistas de adultos para la atención de los menores que han agotado su estancia en tercer nivel, y en el mediano plazo otorgar a los hospitales de segundo nivel los suficientes insumos, medicamentos y equipo médico para su atención.

Tratándose de pacientes foráneos, deberá calcularse costo-beneficio y costo-efectividad, ya que en ocasiones resulta más oneroso el envío

del paciente y del familiar acompañante para recibir un tratamiento relativamente sencillo pero que no se efectúa en su lugar de origen por falta de instrumental, una refacción o un consumible.

Como lo han señalado diversos autores, puede concluirse que el análisis de un solo indicador debe ir más allá del número absoluto que se emite para el numerador y denominador;<sup>6</sup> debe buscarse los factores asociados que influyen en ambas cifras y tratar de modificarlos para conseguir la mejora y, consecuentemente, los beneficios para los enfermos que acuden en busca de atención en el tercer nivel.

## Referencias

1. Aguirre-Gas H. La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. *Rev Med IMSS* 2002;40(4):349-358.
2. Jiménez-Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(1) [citado el 29 de noviembre del 2005], p.0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0864-3466.
3. Secretaría de Salud. Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2001-2006. Primera edición. México: SSA; 2002.
4. Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Juárez S, Lechuga-Martín del Campo D, Torres-Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2003;13:229-238.
5. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. Manual metodológico. Indicadores de desempeño. México: IMSS; 2004.
6. Aguirre-gas H, García-Melgar M, Garibaldi-Zapatero J. Los factores asociados con la estancia prolongada en una unidad de tercer nivel. *Gac Med Mex* 1994; 133:71-77. 