

## **PACIENTES QUE NO ACUDEN A CONSULTA: CARACTERÍSTICAS, REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y DE GESTIÓN, Y POSIBLES SOLUCIONES.**

**Soledad SAÑUDO GARCÍA\***

**José Manuel GONZÁLEZ HERNÁNDEZ\***

**Juan Carlos GAMAZO CHILLÓN\*\***

**María Luisa ALBILLOS FERNÁNDEZ\*\***

**Pablo GAYUBO PÉREZ\*\***

**Fernando de URIBE LADRÓN DE CEGAMA\***

**\*Hospital Universitario del Río Hortega**

**\*\*Universidad de Valladolid**

El área de las consultas externas de un Hospital es una pieza fundamental dentro de la Atención Sanitaria en el ámbito de la Medicina Especializada. Las razones que apoyan esta afirmación son múltiples: es el área con mayor demanda asistencial y núcleo fundamental de la atención ambulatoria; es la vía de acceso de los pacientes hacia la Atención Especializada, etc. Dado que en las consultas externas se desarrolla, en números absolutos, la mayor actividad asistencial, es precisamente ahí donde la sociedad percibe con mayor cercanía la calidad de la atención médica que se le presta. Además, la gestión es compleja y puede afectar al 25% del tiempo de trabajo de los Médicos de un Hospital.

El objetivo del presente trabajo es estudiar las características de los pacientes citados en las consultas externas del Hospital y, lo que es más importante, estudiar las características de aquellos pacientes que habiendo solicitado atención por un médico especialista, no acuden a la cita. A la vez se valoran las repercusiones económicas que este hecho trae consigo y los problemas de gestión generados, cuya consecuencia más importante es el incremento de las listas de espera.

La metodología que se ha seguido para la realización de este estudio ha consistido en analizar cerca de 250.000 citas para consultas ambulatorias que se hicieron en el Hospital Universitario del Río Hortega a lo largo de 1998. Los datos se han obtenido del registro de citas existentes en el programa informático (plan D.I.A.S.) común a todo el área sanitaria, y se han estudiado las siguientes variables: edad y sexo de los enfermos, zona de salud origen de la cita, procedencia urbana o rural (con la distancia en kilómetros desde el domicilio del paciente hasta el Hospital en este último caso), especialidad demandada, demora para recibir asistencia, día de la semana y hora de cita, y finalmente el registro de la asistencia o inasistencia a la consulta. Por otro lado, se ha valorado el tiempo de dedicación a la actividad de consultas externas de cada uno de los profesionales del Hospital, con el propósito de conocer las repercusiones económicas que en este

capítulo suponen cada una de las especialidades médicas. Por último, se han analizado las repercusiones que para las listas de espera supone el hecho estudiado.

El conocimiento de los aspectos que generan parte de la ineficiencia de la actividad ambulatoria del Hospital, ayudará a aplicar aquellas medidas organizativas necesarias para optimizar la actividad.

## 1.- INTRODUCCION.

En el prólogo de la recientemente publicada “Guía de Gestión de Consultas externas en Atención Especializada” se refleja la poca atención que el Sistema Sanitario le ha prestado a las consultas ambulatorias, y ello a pesar de que esta área siempre ha sido considerada como el principal punto de contacto entre el hospital y la población atendida<sup>1</sup>. Por otro lado, en la misma Guía se afirma que los resultados de diversas auditorías realizadas han demostrado que se producen incomparencias en las consultas programadas de los Hospitales, incomparencias que llegan a alcanzar la nada desdeñable cifra del 20%.

Efectivamente, las consultas externas son el núcleo fundamental de la atención ambulatoria a nivel de Atención especializada, una de las áreas con más demanda asistencial y una de las formas más frecuentes de acceso de los pacientes a la asistencia especializada. Es el área donde mayor número de pacientes son atendidos, y el ámbito en el cual la sociedad percibe con mayor cercanía la calidad de la atención médica que se le presta.

La gestión de las Consultas externas es compleja puesto que confluyen en ella varios factores, que dependen no sólo de la estructura y organización del Hospital sino también de la estructura y organización de la Atención Primaria<sup>2</sup>. Es además el punto donde la relación con atención primaria es más estrecha, siendo imprescindible una perfecta coordinación entre ambos niveles<sup>3</sup>.

El Hospital Universitario del Río Hortega proporciona cobertura sanitaria especializada al Área I de Valladolid que tiene una población de 220.572 habitantes distribuidos en 17 zonas de salud –10 rurales, la más lejana a unos 80 kilómetros del hospital, y 7 urbanas-; del hospital depende un Centro de Especialidades.

El alto volumen de actividad desarrollada en el área de consultas, la complejidad de su organización y la necesidad de facilitar la cita de los enfermos, animó a establecer

---

<sup>1</sup> Ver INSALUDa (2000).

<sup>2</sup> Ver Cosialls i Pueyo (1995).

<sup>3</sup> Ver García Olmos (1994).

un sistema organizativo que permitiera planificar y coordinar la relación entre niveles asistenciales, a la vez que facilitara el acceso de los pacientes a las consultas del especialista. Por ello, desde octubre de 1995, el Area I de Valladolid cuenta con un programa de cita "on line" específico. Este programa permite citar al paciente desde todos los centros de salud del área de referencia del hospital a la consulta del especialista correspondiente, de manera que el enfermo que acude a su médico de familia recibe en su Centro de Salud un impreso con la notificación del día, hora y especialista al que está citado. Una vez que el paciente es atendido en las consultas externas del hospital, toda la demanda que ha generado de nuevas citas para revisiones y para pruebas complementarias se citan por el mismo proceso, pero desde el Servicio de Admisión hospitalario. De esta manera la gestión de las citas de los pacientes desde que son derivados por primera vez a la consulta del especialista, hasta que acaban su asistencia ambulatoria está centralizada y coordinada informáticamente.

El número creciente de derivaciones desde Atención Primaria<sup>4</sup> y el incremento de las indicaciones de revisión desde Atención Especializada, produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda que trae como consecuencia un aumento de la espera media para que un paciente pueda ser atendido en una consulta de atención especializada y la consiguiente aparición de listas de espera. Para mejorar la calidad de esta área hospitalaria es necesario identificar aquellos puntos de ineficiencia que puedan existir, para así poder aplicar las medidas organizativas necesarias para optimizar esta actividad.

Uno de los aspectos negativos, ya apuntado en varios estudios<sup>15</sup>, es el de los pacientes que no acuden a la consulta que tenían previamente citada, y que suponen para el sistema una pérdida preocupante de eficiencia, que debería detectarse y reducirse en lo posible.

El objetivo del presente trabajo es identificar las características de los pacientes citados en las consultas externas de Atención especializada y el posterior análisis de los factores que pueden influir en el hecho de que un paciente no acuda a la cita que tiene prevista. También se han estudiado las repercusiones tanto económicas como en la gestión de las listas de espera, que este hecho produce.

El estudio se ha realizado sobre las 232.318 citas para consulta externa de la medicina especializada que se hicieron en el Hospital durante el año 1998. Existen dos tipos de citas: aquellos enfermos que son citados por primera vez desde los Centros de Salud (primera consulta o paciente nuevo) y los que son citados desde el Hospital para revisiones.

---

<sup>4</sup> Ver Moreno (1992).

<sup>5</sup> Ver Maiques (1998).

No se han considerado para este estudio los pacientes que habían sido citados por primera vez cuando la demanda se hacía desde otra especialidad (interconsultas) puesto que con las citas de este grupo de enfermos se siguen circuitos distintos de los habituales. Por otro lado, tampoco se han incluido los enfermos atendidos en consulta sin cita previa (urgentes) dado que uno de los objetivos del estudio es valorar las características de los enfermos que no acuden a la consulta y esta situación no ocurre en ningún caso con estos pacientes.

Los datos se han obtenido del registro de citas existente en el programa informático del hospital que es común para todo el área I de Valladolid. Se han analizado las siguientes variables: edad, sexo, procedencia: urbana/rural, distancia en Kms. desde el domicilio al Hospital (para los pacientes de procedencia rural), especialidad, tipo de consulta: primera consulta y revisión, demora, hora de la cita, día de la semana de la cita y asistencia o inasistencia a la consulta.

Para el estudio de las repercusiones económicas se ha utilizado el resultado del sistema de contabilidad analítica que se utiliza en el INSALUD. Hay que destacar que el nivel de homologación del sistema alcanzado por el Hospital es el nivel II, nivel intermedio que responde a un determinado porcentaje de costes correctamente identificados y asignados a cada grupo funcional homogéneo, según los criterios de homologación del INSALUD, por lo que la imputación de costes en alguna de las especialidades no es fiable al 100%. Se valoraron los costes de cada una de las consultas de las especialidades estudiadas en los siguientes conceptos: personal, administración, dirección, gastos diversos, gastos comunes, logística, suministros energéticos y del servicio de admisión. Por último, se estudió de forma teórica el resultado que en la lista de espera hubiera supuesto la recuperación de todos los huecos de consulta perdidos a lo largo del año.

## 2.- RESULTADOS.

### 2.1.- Total de la población citada.

Se han analizado 232.318 citas, de las que 96.602 (41,6%) correspondían a pacientes varones y 135.716 (58,4%) mujeres. Las edades de los pacientes citados resultaron similares para ambos sexos ( $47,71 \pm 24,28$  años para los varones y  $47,01 \pm 24,96$  años para las mujeres) ( $p > 0,05$ ) (Tabla I).

**Tabla I: Características de la población del área y citada en relación con la edad y sexo.**

	Varones	Mujeres	Total	Edad media		Edad media
				Varones	Mujeres	
Área	107288 (49,0%)	112619 (51,0%)	219007 (100%)	40.4 $\pm$ 14.3	40.9 $\pm$ 16.3	40.8 $\pm$ 22.1
Citados	96602 (41.6%)	135716 (58,4%)	232318 (100%)	47.7 $\pm$ 24.2	47.0 $\pm$ 24.9	47.3 $\pm$ 24.6

\* $p > 0,05$

Del total de citas, el 33.9 % (78.680) correspondían a citas de pacientes nuevos, siendo el restante 66,1% (153.638) citas para revisiones. Conocíamos el origen rural/urbano sólo en 141.090 (60,7%) de los casos; de ellos 91.908 (65,1%) procedían del medio urbano y 49.182 (34,9%) del medio rural (Tabla II).

**Tabla II: Perfil del paciente citado.**

		Citados
Tipo de consulta	Nuevos	78680(33.9%)
	Revisiones	153638(66.1%)
Procedencia	Urbano	91908 (65.1%)
	Rural	49182 (34.9%)
	Desconocida	91228 (39.3%)
Distancia pacientes rurales (Kms.)		28.91±22.6
Horario	Mañana	207782 (89.4%)
	Tarde	24518 (10.6%)
Distribución horaria	Primer tercio	80315 (34.6%)
	Segundo tercio	86544 (37.3%)
	Tercer tercio	40922 (17.6%)
	Tarde	24518 (10.6%)
Día de la semana	Lunes	49650 (21.4%)
	Martes	50522 (21.7%)
	Miércoles	48973 (21.1%)
	Jueves	49123 (21.1%)
	Viernes	34050 (17.7%)

Estudiando la distribución semanal de las consultas se observa que el número de pacientes citados es similar de lunes a jueves, siendo el viernes el día de la semana que menos pacientes se atienden. Tampoco es uniforme la distribución de las citas a lo largo de la jornada laboral, citándose en menor proporción a última hora de la mañana y en horario de tarde si la comparamos con las primeras horas de la mañana. En la tabla II también se indica la distancia media en Kms. desde el domicilio del paciente hasta el lugar de la consulta para los casos de origen rural.

Se han analizado las demoras tanto para el total de los pacientes, en los que la demora media fue de 51.01±44.9 días, como para los pacientes según su tipo de cita y según la especialidad. Así, mientras los pacientes nuevos tuvieron una demora media de 46.9 ± 39.5 días, en los citados para una revisión ésta fue de 53.15 ±47.4 días (p<0.01).

En relación con los servicios, las demoras para una primera consulta oscilaron entre los 8.6±6.2 días de demora media para Cirugía Plástica, a los 82.1 ± 40.5 días para

Oftalmología. Mientras que para las revisiones, la menor demora fue la del servicio de traumatología (20.1 ± 25.5) y la más alta la del de endocrinología (97.8 ± 71.5) (Tabla IV).

En general, fueron superiores las demoras que tuvieron los pacientes citados para una revisión que las de los pacientes citados para una primera consulta ( $p < 0.01$ ), excepto para los servicios de Rehabilitación y ORL en los que fueron similares ( $p > 0.05$ ). Para los servicios de traumatología y oftalmología la demora de los pacientes nuevos fue significativamente superior ( $p < 0.01$ ) que la de los pacientes de revisión (Tabla IV).

**Tabla IV: Demora media por servicio.**

Especialidad	Citados	Demora media total	Demora media	
			nuevos	revisiones
Alergias	14642	54.7 ± 40.7	33.9 ± 32.3	68.3 ± 39.9
Cardiología	10916	40.6 ± 35.6	30.0 ± 27.9	46.1 ± 37.8
Dermatología	18309	67.0 ± 42.2	60.7 ± 45.6	71.0 ± 39.4
Digestivo	9742	53.0 ± 41.5	39.6 ± 30.6	59.4 ± 44.3
Endocrinología	7778	88.2 ± 68.9	50.4 ± 39.4	97.8 ± 71.5
C. Plástica	2812	27.1 ± 29.4	8.6 ± 6.2	30.5 ± 30.7
Hematología	3525	45.2 ± 34.3	19.2 ± 13.7	47.1 ± 34.5
M. Interna	246	41.8 ± 34.7	11.2 ± 14.1	54.9 ± 32.6
Neurocirugía	2373	30.5 ± 24.7	13.5 ± 11.4	33.2 ± 24.6
Neumología	5625	55.3 ± 47.9	28.6 ± 22.5	66.2 ± 51.1
Neurología	6435	46.4 ± 39.8	41.6 ± 35.7	49.3 ± 41.6
Pediatría	680	63.1 ± 33.0	45.7 ± 30.4	67.1 ± 32.4
Rehabilitación	5199	55.3 ± 30.5	29.5 ± 14.6	28.8 ± 24.1
Reumatología	3094	55.3 ± 30.5	21.7 ± 11.7	67.1 ± 26.1
C. General	7489	29.7 ± 25.0	25.6 ± 19.8	32.5 ± 27.7
Urología	14732	69.7 ± 47.4	50.1 ± 30.8	74.1 ± 50.5
Traumatología	31309	23.0 ± 28.2	28.6 ± 33.2	20.1 ± 25.2
ORL	20230	39.8 ± 30.3	39.4 ± 21.4	40.1 ± 34.5
Oftalmología	32359	63.2 ± 48.3	82.1 ± 40.5	46.9 ± 48.6
Ginecología	24308	62.6 ± 51.1	46.4 ± 37.8	71.3 ± 55.1
C. Maxilofacial	4357	40.4 ± 30.5	20.7 ± 13.6	47.4 ± 31.7
Arritmias	672	79.1 ± 54.2	44.0 ± 38.3	79.4 ± 54.2
Obstetricia	5486	59.8 ± 46.2	30.3 ± 20.2	69.1 ± 48.1
TOTAL	232318	51.01 ± 44.9	46.9 ± 39.5	53.15 ± 47.4

## 2.2.- Paciente que no acude a la consulta.

De los 232.318 pacientes citados no se presentaron a la consulta 28.795 (12,4%). La edad media de estos pacientes ( $44,53 \pm 23,5$  años) fue significativamente inferior a la edad media de los que sí lo hicieron ( $47,7 \pm 24,8$  años) ( $p < 0.001$ ) y la demora media para ser atendidos por su especialista fue superior para aquellos enfermos que no acudieron a la consulta ( $62,4 \pm 48,1$  vs.  $49,3 \pm 44,2$  días) ( $p < 0.001$ ). No se observaron diferencias al estudiar a los pacientes en relación con el sexo ( $p > 0.05$ ) (Tabla V).

Los pacientes citados para una primera consulta dejaron de acudir a la misma en mayor proporción (14.5 %) que los de revisión (11.3%) ( $p < 0.001$ ). No acudieron sobre todo los citados en lunes, en horario de mañana y dentro de la mañana los citados a primera hora ( $p < 0.01$ ). En relación con su procedencia no acudieron con mayor frecuencia los pacientes del medio urbano (12.4 % vs 11.4 %) ( $p < 0.01$ ) (Tabla IV).

**Tabla IV: Perfil del paciente que no acude a la consulta**

	No acudieron	Si acudieron	
	28.795 (12,4%)	203.523 (87,6%)	sig.
Edad	$44,5 \pm 23,5$	$47,7 \pm 24,8$	<0.01
Demora	$62,8 \pm 48,1$	$49,4 \pm 44,2$	<0.01
Varones	11905 (12,3%)	84697	>0.05
Mujeres	16890 (12,4%)	118826	
Nuevo	11378(14,5%)	67302	<0.01
Revisión	17417 (11,3%)	136221	
Urbano	11359 (12,4%)	80549	<0.01
Rural	5629 (11,4%)	43553	
Día semana			
Lunes	6602 (13,3%)	43048	<0.01
Martes	6033 (11,9%)	44489	
Miércoles	6029 (12,3%)	42944	
Jueves	6166 (12,3%)	42957	
Viernes	3965 (11,6%)	30085	
Mañana	26100 (12,6%)	181682	<0.01
Tarde	2688 (11,0%)	21830	
Distribución horaria			
1ª mañana	11081 (13,7%)	69297	<0.01
2ª mañana	10125 (11,7%)	74619	
3ª mañana	4957 (12,1%)	35965	
Tarde	2688 (11,0%)	21830	

Al analizar la demora media de los pacientes que no acudieron a consulta se comprobó que ésta era significativamente superior a la demora de los que sí lo hicieron ( $p < 0.01$ ). Se analizó la relación que pudiera existir entre la demora y los servicios resultando significativa ( $p < 0.001$ ). Estudiado la demora entre pacientes que no acuden a la consulta y pacientes que sí lo hacen, servicio por servicio, se comprobó que en todas las especialidades salvo C. Plástica, Hematología, Rehabilitación y arritmias, la demora de los que no acudieron fue superior (Tabla V).

**Tabla V: Especialidades y sus demoras en los pacientes citados.**

Especialidad	Pacientes citados		Demora		sig.
	No acuden	Sí acuden	No acuden	Si acuden	
Alergias	1818 (12.4%)	12824	61.1±43.1	53.8±40.3	*
Cardiología	1139 (10.4%)	9777	48.9±39.9	39.6±35.1	*
Dermatología	3587 (19.6%)	14722	77.3±41.4	64.5±42.1	*
Digestivo	1311 (13.5%)	8431	58.8±42.9	52.1±41.2	*
Endocrinología	1008 (13 %)	6770	93.5±65.6	87.4±69.4	*
C. Plástica	200 (7.1%)	2612	30.1±31.1	26.9±29.3	ns
Hematología	257 (7,3%)	3268	44.9±34.6	45.2±34.2	ns
M. Interna	34 (13.8%)	212	50.1±35.5	39.3±34.1	*
Neurocirugía	181 (7.6%)	2192	37.3±28.4	30.1±23.8	*
Neumología	629 (11.2%)	4996	67.7±53.1	54.1±47.1	*
Neurología	832 (12.9%)	5603	60.9±41.9	44.3±39.1	*
Pediatría	86 (12.6%)	594	66.6±25.5	62.6±33.9	ns
Rehabilitación	769 (14.8%)	4430	29.4±29.4	28.7±22.8	ns
Reumatología	252 (8.1%)	2842	57.3±29.9	55.1±30.6	ns
C. General	679 (9.1%)	6810	34.1±27.6	29.3±24.7	*
Urología	1594 (10.8%)	13138	77.2±48.8	66.7±47.1	*
Traumatología	2754 (8.8%)	28564	35.5±39.1	21.8±27.1	*
ORL	2732 (13.5%)	17498	46.2±34.4	38.8±29.5	*
Oftalmología	4274 (13.2%)	28085	78.7±50.1	60.9±47.6	*
Ginecología	3424 (14.1%)	20884	68.6±54.7	61.6±50.4	*
C. Maxilofacial	466 (9.1%)	3891	47.2±33.2	39.5±30.1	*
Arritmias	42 (6.3%)	630	80.4±61.1	79.1±53.7	ns
Obstetricia	736 (13.4%)	4750	73.4±54.5	57.8±44.3	*

\* $P < 0.05$

### 2.3.- Pacientes nuevos

De los 78.680 pacientes que se citaron como nuevos en 1998, el 14.4 % (11.378) no acudió a la cita prevista. No se encontró asociación entre el hecho de no acudir y el sexo, ni con la procedencia urbana o rural del paciente ( $p>0.05$ ). La edad media de los pacientes que no acudieron es significativamente inferior de los que si acudieron ( $p<0.01$ ). Analizada la variable distancia en Km en los pacientes que residen en el medio rural, se observa que no hay diferencias entre ambos grupos de pacientes ( $p>0.05$ ) (Tabla VI).

En el grupo de pacientes nuevos, al igual que para el total de la población estudiada, se encontró asociación entre el hecho de no acudir a consulta y el estar citado los lunes ( $p<0.05$ ) y a primera hora de la mañana ( $p<0.5$ ) (Tabla VI).

**Tabla VI: Características de los pacientes nuevos y de revisión que no acuden a consulta**

	Enfermos nuevos		sig.	Enfermos revisión		sig.
	No acudieron 11.378(14,4%)	Sí acudieron 67,302 (85,6%)		No acudieron 17.417 (11.4%)	Sí acudieron 136.221(88.6%)	
Edad	43.61+25.72	45.40+26.96	<0.01	45.13+21.9	48.84+23.61	>0.05
Demora	57.7+41.5	45.1+38.8	<0.001	60.3±47.7	46.9±43.3	<0.01
Varones	4541 (14.5%)	26758	>0.05	7364 (11.3 %)	57940	>0.05
Mujeres	6837 (14.4 %)	40544		10053 (11.4 %)	78282	
Urbano	4573 (14.3 %)	27425	>0.05	6786 (11.3 %)	53125	<0.01
Rural	2244 (13.7%)	14079		3385 (10.3%)	29474	
Distancia Km (rural)	28.7+23.2	29.1+23.8	>0.05	27.1+23.5	29.1+23.6	<0.05
Día semana						
Lunes	2528 (16.0%)	13311	<0.05	4074 (12.0%)	29737	0.05
Martes	2487 (13.9%)	15348		3546 (11.4%)	29141	
Miércoles	2220 (14.1%)	13517		3809 (11.5 %)	29428	
Jueves	2479 (14.7%)	14426		3687 (11.4 %)	28531	
Viernes	1664 (13.5%)	10700		2301 (10.6 %)	19385	
Mañana	10083 (14.6 %)	58799	<0.05	16017 (11.5 %)	122883	

Tarde	1288 (13.2%)	8495		1400 (9.5 %)	13336	
Distribución horaria						
1ª mañana	5855 (15.6 %)	31658	<0.01	5163 (12.1 %)	37639	<0.01
2ª mañana	3204 (13.9 %)	19842		6921 (10.9 %)	56577	
3ª mañana	1024 (12.3 %)	7299		3933 (12.1 %)	28666	
Tarde	1288 (13.2 %)	8495		1400 (9.5 %)	13336	

La demora media para ser atendido en una primera consulta fue superior en el grupo de enfermos que no acudió ( $57,7 \pm 41,5$  días) que la del grupo que sí lo hizo ( $45,1 \pm 38,8$  días) ( $p < 0.001$ ) (Tabla VI). El mismo resultado se encuentra en el 61% de los servicios, al ser analizados individualmente.

#### 2.4.- Pacientes de revisión.

Los resultados obtenidos al realizar los análisis estadísticos en este grupo, son similares a los de los pacientes nuevos. La única diferencia encontrada en el perfil de este grupo de pacientes es que se asoció significativamente el hecho de no acudir a la consulta y la procedencia, pues los pacientes que residen en el medio urbano fallan más a las consultas que los del medio rural ( $p < 0.01$ ). Por otro lado, y en este grupo, la distancia en Kms. desde el domicilio del paciente hasta el hospital, para aquellos que residen en el medio rural, fue significativamente menor entre los que no acuden que entre los que si lo hacen ( $p < 0.05$ ) (Tabla VI).

De los resultados anteriores, resulta una asociación entre el hecho de no acudir a la consulta con la demora y la especialidad. Dado que la demora está ligada a la especialidad, se hizo un análisis multivariante, con la finalidad de estudiar la influencia del no acudir a la consulta, una vez ajustados los servicios con la demora. El estudio confirma al servicio como variable independiente de la demora ( $p < 0.001$ ) para el hecho de no acudir a la consulta, aunque esta situación no ocurre para todas las especialidades. Por tanto, en algunos casos el estar citado para una determinada especialidad, es un factor que influye, independientemente de su demora, en el hecho de no acudir a la cita prevista. Ocurre en las especialidades de alergia (0.79, 0.66-0.96; IC 95%), Dermatología (0.67, 0.57-0.78; IC 95%), Aparato Digestivo (0.70, 0.59-0.83; IC 95%), Ginecología (0.72, 0.62-0.83; IC 95%), Otorrinolaringología (0.84, 0.72-0.97; IC 95%), Rehabilitación (0.59, 0.49-0.71; IC 95%) y endocrinología (0.77, 0.64-0.93; IC 95%). Por otro lado, tras el análisis multivariante la hora de cita pierde su relación con el hecho de acudir o no acudir a la consulta y se mantienen los demás factores.

Si analizamos la relación entre no acudir a la consulta y la especialidad en te elemento con los pacientes nuevos, se comprueba esa relación en ciertas especialidades:

Dermatología (0.56, 0.45-0.71; IC 95%), Aparato Digestivo (0.61, 0.47-0.79; IC 95%), Endocrinología (0.68, 0.50-0.92; IC 95%), Ginecología (0.52, 0.41-0.64 IC 95%), Oftalmología (0.74, 0.59-0.93 IC 95%) y Otorrinolaringología (0.59, 0.46-0.75 IC 95%).

En los pacientes citados para revisiones se observa que, en las especialidades de Alergia (0.69, 0.58-0.82; IC 95%), Dermatología (0.54,0.47-0.64; IC 95%), Aparato Digestivo (0.75, 0.63-0.89; IC 95%), Endocrino (0.65,0.54-0.77; IC 95%), Ginecología (0.67,0.58-0.77; IC 95%), Otorrinolaringología (0.81,0.70-0.94; IC 95%), Reumatología (0.46,0.39-0.54; IC 95%) y Traumatología (0.75,0.61-0.92; IC 95%), hay relación entre estar citado a la especialidad y no acudir a la consulta.

## 2.5.- Repercusiones económicas

De todos los conceptos que se imputan como gastos al área de consultas, se seleccionaron aquellos que se realizan independientemente de que el enfermo acuda o no a su cita, siendo el capítulo de personal (tiempo que dedican por paciente) el que determina el mayor peso en el resultado final. Ya hemos señalado que el nivel de calidad de la contabilidad analítica del hospital no alcanza un nivel óptimo y que por tanto los resultados por especialidad no pueden aceptarse sin una crítica profunda (especialmente los obtenidos para las especialidades de pediatría y arritmias).

Las diferencias en el tiempo de dedicación a una primera consulta en las diversas especialidades, distinto del tiempo asignado a las revisiones, viene determinado por múltiples factores cuyo análisis no compete a este trabajo. El coste de cada una de las consultas de las diferentes especialidades fue el resultante de la suma los costes de cada uno de los conceptos (personal, administración, dirección, gastos diversos, gastos comunes, logística, suministros energéticos y del servicio de admisión). En la tabla VII se muestra el coste por consulta individualizada en función del tipo de consulta, así como el coste total por especialidad y el total de los costes de aquellos pacientes que fallaron a su cita a lo largo del año 1998. A lo largo de ese año el hospital imputó un total de 142.626.464 pesetas ( 857.202) en la organización de la atención de los 28795 pacientes que no asistieron a la cita que habían solicitado para ser atendidos en una consulta de Atención especializada.

**Tabla VII: Repercusiones económicas de los pacientes que no acuden a consulta**

ESPECIALIDAD	Coste consulta por especialidad		Número pacientes no acuden		Coste por especialidad		Coste total por especialidad	
	Nuevos	Revisiones	Nuevos	Revisiones	Nuevos	Revisiones	Pts.	euros
Alergias	7.956	5.304	693	1125	5.513.838	5.967.357	11.481.195	69.003
Cardiología	7.769	3.884	445	694	3.457.175	2.695.820	6.152.995	36.980
Dermatología	5.252	3.151	1465	2122	7.694.194	6.686.859	14.381.053	86.432
Digestivo	6.485	3.026	529	782	3.430.612	2.366.625	5.797.237	34.842
Endocrinología	7.340	4.893	246	762	1.805.584	3.728.605	5.534.189	33.261
C. Plástica	15.452	10.302	42	158	648.998	1.627.645	2.276.643	13.683
Hematología	19.943	9.971	22	235	438.746	2.343.300	2.782.046	16.720
M. Interna	15.000	7.500	9	28	135.000	210.000	345.000	2.073
Neurocirugía	7.338	4.892	360	167	2.641.584	816.934	3.458.518	20.786
Neumología	11.647	5.824	181	448	2.108.162	2.608.996	4.717.158	28.351
Neurología	6.177	4.118	346	486	2.137.244	2.001.350	4.138.594	24.873
Pediatría	38.544	32.120	13	73	501.076	2.344.777	2.845.853	17.104
Rehabilitación	8.000	4.000	24	745	192.000	2.980.000	3.172.000	19.064
Reumatología	7.050	4.700	54	198	380.700	930.600	1.311.300	7.881
C. General	9.451	5.155	345	334	3.260.483	1.721.741	4.982.225	29.944
Urología	5.571	2.785	484	1110	2.696.340	3.091.877	5.788.217	34.788
Traumatología	6.031	3.016	1136	1609	6.851.379	4.852.055	11.703.433	70.339
ORL	6.260	3.130	1236	1496	7.737.226	4.682.399	12.419.626	74.643
Oftalmología	3.843	3.843	2497	1777	9.595.768	6.828.866	16.424.634	98.714
Ginecología	5.701	2.850	1487	2673	8.476.892	7.618.942	16.095.834	96.738
C. Maxilofacial	10.634	5.317	112	354	1.191.005	1.882.213	3.073.217	18.470
Arritmias	45.500	26.000	1	41	45.500	1.066.000	1.111.500	6.680
Obstetricia	6.000	3.000	142	594	852.000	1.782.000	2.634.000	15.831
<b>TOTAL</b>			<b>11869</b>	<b>18011</b>	<b>71.791.504</b>	<b>70.834.960</b>	<b>142.626.464</b>	<b>857.202</b>

## 2.6.- Repercusiones en la lista de espera

Las listas de espera son un de los temas de mayor actualidad que tiene planteada la asistencia sanitaria. El principal protagonismo corresponde a las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, pero el problema que existe en las consultas ambulatorias no puede ser despreciado y es necesario buscar fórmulas que puedan solucionarlo o al menos minimizarlo al máximo. El 31 de diciembre de 1998, existían en el hospital 29.880 pacientes en lista de espera para ser atendidos ambulatoriamente (tabla VIII), de los que cerca del 40% eran pacientes nuevos (11.869) y el resto pacientes de revisión. Si se hubiera podido recuperar el 100% de aquellos huecos de consulta de los pacientes que no

acudieron a la cita y ocuparlos por enfermos en lista la lista de espera (resultado absolutamente teórico) para los pacientes nuevos sería de 3.068, un 25% de la real, y prácticamente inexistente para el 99% de las especialidades. Sin embargo, aunque la lista para los enfermos de revisión se hubiera reducido en un 56,5%, permanecerían en espera 14.733 enfermos.

**Tabla VIII: Repercusiones teóricas en la lista de espera para consultas**

Especialidad	Pacientes no presentados		Pacientes en espera (31/12/1998)		Lista de espera teórica	
	Nuevos	Revisión	Nuevos	Revisión	Nuevos	Revisión
Alergias	693	1125	818	3636	125	2511
Cardiología	445	694	117	1065	-328	371
Dermatología	1465	2122	908	2630	-557	508
Digestivo	529	782	290	1585	-239	803
Endocrinología	246	762	158	2392	-88	1630
C. Plástica	42	158	28	358	-14	200
Hematología	22	235	13	779	-9	544
M. Interna	9	28	1	53	-8	25
Neurocirugía	360	167	2	42	-358	-125
Neumología	181	448	148	185	-33	-263
Neurología	346	486	410	696	64	210
Pediatría	13	73	14	241	1	168
Rehabilitación	24	745	12	371	-12	-374
Reumatología	54	198	44	745	-10	547
C. General	345	334	256	639	-89	305
Urología	484	1110	753	3514	269	2404
Traumatología	1136	1609	1479	2230	343	621
ORL	1236	1496	352	2165	-884	669
Oftalmología	2497	1777	4750	2493	2253	716
Ginecología	1487	2673	1312	4350	-175	1677
C. Maxilofacial	112	354	29	671	-83	317
Arritmias	1	41	0	0	-1	-41
Obstetricia	142	594	155	1101	13	507
<b>TOTAL</b>	<b>11869</b>	<b>18011</b>	<b>12049</b>	<b>31941</b>	<b>3068</b>	<b>14733</b>

### 3.- DISCUSIÓN.

La atención médica en el área de consultas externas es un aspecto fundamental de la atención ofertada desde la atención especializada. Cualquier desequilibrio que se produzca en este ámbito influirá negativamente en el resto de la actividad hospitalaria, a la vez que disminuirá la calidad de la atención sanitaria que se le presta a la sociedad.

En este estudio se han examinado las características de aquellos pacientes que habiendo sido citados a las consultas de atención especializada, no acuden a la consulta ni avisan de su no asistencia en la fecha prevista, con la consiguiente pérdida de eficiencia del sistema de salud. Este hecho, ni es nuevo ni afecta sólo al sistema sanitario español<sup>6</sup>. Los problemas que la situación plantea son muchos: pérdida de huecos disponibles en las agendas, recitaciones de los pacientes para nuevas consultas, incrementos de las listas de espera, búsqueda de otras vías de entrada al sistema (por ejemplo urgencias), retrasos en los tratamientos que pueden producir aumentos de morbilidad, etc.

Nuestros resultados indican que el 12,4% de los pacientes citados en el Hospital para 20 especialidades, no acudieron a la consulta. Estos valores son inferiores a los de la mayoría de los referidos en la literatura cuyos valores oscilan entre un 16%<sup>7</sup>, 19%<sup>8,9</sup>, aunque en algunos casos se han descrito porcentajes más elevados que llegan a alcanzar valores cercanos al 50%<sup>10</sup>. Las causas que los pacientes refieren con mayor frecuencia para no acudir a la consulta son múltiples: olvido, enfermedades agudas, no haber recibido la cita, problemas de accesibilidad, etc.

Los resultados del estudio indican que son varios los factores asociados con el hecho de que los pacientes que tienen una cita para ser atendidos en una consulta de atención especializada no acudan a la misma. Estos factores son: demora, edad, procedencia urbana y especialidad en la que van a ser atendidos.

Una de las características de los enfermos pendientes de ser atendidos por primera vez en una especialidad y que no acuden a la cita es que la demora media de espera para su atención médica es superior a la de aquellos enfermos que sí acuden a la consulta. Podría pensarse que los enfermos que se encuentran en esta situación buscarían otras vías de entrada al sistema como puede ser la de acudir a los servicios de urgencias o solicitarían atención médica en la medicina privada. Sin embargo, en un estudio realizado por Maiques J. et al<sup>5</sup> solamente el 6,5% de los enfermos que no acudieron a una consulta lo hicieron al servicio de urgencias y el 1,6% habían optado por la medicina privada. La

---

<sup>6</sup> Ver Patient's Charter, HSG. (1992)

<sup>7</sup> Ver Clarke (1998)

<sup>8</sup> Ver Bottomley (1994)

<sup>9</sup> Ver Dickey (1991)

<sup>10</sup> Ver Gatrad (1997)

mayoría de los enfermos refirieron haberse olvidado (52,4%) o presentaron excusas banales (26,2%). En un estudio similar realizado en este Hospital con motivo de la evaluación del Proceso de Citación de consultas externas coordinado por el INSALUD en 1997, se encuentran resultados similares (olvido 22%; causas banales el 23%; medicina privada 3%; solicitud de nueva cita sin anulación de la cita previa 6%, servicio de Urgencias 3%, mejora espontánea 5%) y en un estudio de Trillo et al.<sup>11</sup> sobre los factores que influyen en la hiperutilización del servicio de urgencias de un Centro de Salud, encuentran que sólo el 12,5% lo hacen por demora para asistir a la consulta de su médico. Por tanto, parece que la demora por sí misma no justifica el que no se acuda a las citas, puesto que en la gran mayoría de los casos la pérdida de la atención médica que conlleva no se recupera por la misma o distintas vías. Es difícil que un paciente que se olvida de su cita, o que presenta justificaciones banales cuando se le pregunta el motivo de no haberse presentado en la consulta, o que mejore de forma espontánea, presente patología importante y por tanto que haya sido derivado hacia la Atención Especializada según unos criterios clínicos bien contrastados desde el punto de vista científico. En un estudio realizado en Inglaterra<sup>12</sup>, en el que valoran la calidad de las derivaciones en un servicio de ORL, consideran que un 13% de las consultas que atienden son sobre enfermos enviados de forma inapropiada. Pensamos que son estos enfermos en los que la demora, efectivamente, favorecería la el hecho analizado. Es decir, en aquellos casos enviados a la Atención Especializada por patologías autolimitadas, banales o funcionales. Esta suposición vendría apoyada por el hecho de haber encontrado que el estar citado a determinadas especialidades es una variable independiente de la demora. Ocurre principalmente en las especialidades de Dermatología, Aparato Digestivo, O.R.L. y Ginecología, en las que son frecuentes las patologías funcionales, de corta evolución o en las que se hacen estudios de salud (ginecología).

En un área de salud extensa y con la población dispersa, como ocurre en el área estudiada, podría pensarse que las dificultades de accesibilidad favorecerían el hecho de no acudir a la consulta. Curiosamente, se ha comprobado que son precisamente los pacientes del medio urbano y no los del medio rural los que más fallan. Las dificultades que pudieran derivarse de la insuficiencia de medios de transporte, no parece que puedan justificar la no presencia en las consultas, hecho que se refuerza al comprobar que ni el día de la semana, ni el horario en el que los enfermos están citados está asociado con el acudir o no acudir a la cita. Parece que la accesibilidad al Hospital no influye en la pérdida de consultas.

Para los pacientes que son citados a revisión, el proceder del medio urbano sí se asocia con el hecho de no acudir a la consulta. Es probable, aunque no se ha analizado este aspecto, que los pacientes que se encuentran dentro del sistema de la Atención

---

<sup>11</sup> Ver Trillo (1998)

<sup>12</sup> Ver Nuñez (1993)

Especializada, hecho que no ocurre para los pacientes nuevos, tengan mayor facilidad de acceso a la atención médica por circuitos distintos a los establecidos.

La menor edad se ha relacionado con no acudir a la consulta, sin embargo no parece que los pacientes de menor edad sean pacientes hiperfrecuentadores de la atención primaria<sup>13</sup> y por tanto con mayor posibilidad de derivación inadecuada. Quizá estos pacientes se encuentren con mayor frecuencia en situación laboral activa<sup>14</sup> lo que dificultaría la facilidad para acudir a la consulta.

Hemos apuntado la posibilidad de que la inadecuada derivación desde la Atención Primaria sea un factor importante para que los enfermos nuevos no acudan a las citas previstas. Los resultados que se encuentran al estudiar a los enfermos de revisión, prácticamente iguales, apuntarían en el mismo sentido: pudiera pensarse que en las indicaciones de revisión influirían otros factores distintos a los estrictamente clínicos.

En el momento actual, el presupuesto de los Hospitales dependientes del INSALUD se define en función de la actividad asistencial, de forma que no puede justificarse la facturación con la actividad programada pero no realizada<sup>15</sup>, como ocurre en tema que hemos analizado. Según las tarifas de consultas para el año 1998, el Hospital dejó de justificar alrededor de 200 millones de pesetas de sus resultados económicos de ese año. Las diferencias que existen entre los costes reales de las consultas y la justificación no realizada (valores cercanos a los 40 millones) son debidos a que en los resultados de los costes por consulta se ha contabilizado únicamente los gastos realizados y no aquellos que se habrían realizado si los enfermos sí hubieran acudido a la consulta (pruebas analíticas, radiológicas, material de curas, etc.) y que sí se contemplan en las tarifas de facturación por consulta. Es muy probable que los costes reales de esas 29.000 consultas, en el caso de que los enfermos sí hubieran sido atendidos, superaran los 200 millones justificables, hecho que apuntaría la posibilidad de las consultas estén infrafinanciadas. Por otra parte, parece razonable pensar que las consultas citadas y no realizadas deberían estar financiadas, aunque con una tarifa inferior a la de las consultas hechas.

El problema de las listas de espera de consultas podría solucionarse, o mitigarse en gran medida, si se consiguiera recuperar toda la actividad programada y no realizada. Uno de los objetivos del INSALUD para los próximos años, y que permitiría recuperar actividad es el de "reconfirmar" las citas, al menos en aquellas especialidades en las que existan problemas<sup>1</sup>. Es un método que puede dar algunos resultados positivos pero siempre muy parciales<sup>16</sup>. Por otro lado, dado que la incomparecencia en la consulta parece estar íntimamente ligado con el tiempo de espera que existe para ser atendido, la

---

<sup>13</sup> Ver Fuertes (1994).

<sup>14</sup> Ver Christensen (1995)

<sup>15</sup> Ver INSALUDb (2000)

<sup>16</sup> Ver Hamilton (1999)

reducción de la demora debería disminuir el número de enfermos que no acuden a las citas. Este hecho hemos podido confirmarlo al analizar los resultados obtenidos en el hospital al finalizar el primer semestre del año 2000, puesto que de forma paralela a la reducción de la demora media hasta alcanzar unos valores de 20 días, se ha producido una disminución del porcentaje de pacientes nuevos que no se han presentado a la consulta que ha sido algo superior al 9% (14.4% en el periodo estudiado). Conocidos los porcentajes de pacientes que no acuden a consulta por especialidad, horario, etc. podría tomarse la decisión de incrementar en los mismos valores el número de enfermos citados en las agendas de cada uno de los médicos especialistas (“overbooking”)<sup>17</sup>, sin embargo nos parece una opción poco ética, nada realista e inaplicable en el ámbito sanitario.

#### 4.- CONCLUSIONES.

No acudir a las consultas es una bolsa de ineficiencia importante, cuyas causas conviene analizar detenidamente para poder introducir en su gestión aquellas medidas correctoras que minimicen el problema.

Para el total de la población estudiada, el hecho de no acudir a la cita prevista para una especialidad, está asociado con la mayor demora media para ser atendido, determinadas especialidades, menor edad y procedencia urbana.

El grupo de pacientes que falla a su primera consulta tiene el mismo perfil que los anteriormente descritos, a excepción de la edad y la procedencia rural o urbana, aspectos que parecen no tener relación. Las especialidades que se asocian con el hecho de no acudir a la consulta son: dermatología, digestivo, otorrinolaringología y ginecología.

Los pacientes que no acudieron a la cita prevista para una revisión tienen las mismas características que las del total de la población. Las especialidades que se asocian con el hecho estudiado son: alergología, dermatología, digestivo, medicina interna, neurología, rehabilitación, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, c. maxilofacial y obstetricia.

Las consultas programadas pero no realizadas por la incomparecencia del paciente, suponen para el Hospital un déficit de imputación económica, que podría paliarse con medidas que posibilitaran la recuperación de las citas o con la financiación parcial de esta actividad.

La disminución de las demoras parece una medida eficaz pero parcial para reducir el número de pacientes que no acuden a la consulta, pero persistiría un porcentaje importante (9%), para el que habría que buscar otras soluciones.

---

<sup>17</sup> Ver King A. (1995)

## BIBLIOGRAFÍA.

- Bottomley WW, Cotterill JA. An audit of the factors involved in new patient non-attendance in a dermatology out-patient department. Clin Exp Dermatol 1994;19:399-400.
- Clarke EA, Notghi A, Harding LK. Counting the cost of patients who do not attend nuclear medicine departments. Nucl Med Commun 1998;19:193.197.
- Cosials i Pueyo; (1995) "Proceso de calidad. Consultas externas", Gestión Hospitalaria, nº 2, págs.:5-19.
- Christensen B. Characteristics of attenders and-non-attenders at health examinations for ischaemic heart disease in general practice. Scand J Prim Health Care 1995;13:26-31.
- Dickey W, Morrow JI. Can outpatient non-attendance be predicted from the referral letter?. An audit of default at neurology clinics. J R Soc Med 1991;84:662-663.
- Fuertes, M.C.; (1994) "Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de medicina general", Atención Primaria, nº 14, págs.:16-22.
- García, L., et al.; (1994) "La demanda derivada: un estudio de las relaciones entre médicos generales y especialistas", Revista de Sanidad e Higiene Pública, nº 68, págs.: 267-278.
- Gatrad AR. Comparison of Asian and English non-attenders at a hospital out-patient department. Arch Dis Child 1997;77:423.426.
- Hamilton W, Round A, Sharp D. Effect on hospital attendance rates of giving patients a copy of their referral letter: randomised controlled trial. BMJ 1999;318:1392-1395.
- INSALUDA; (2000) "Guía de Gestión de Consultas externas en Atención Especializada".
- INSALUdb. Contrato de gestión año 2000.
- King A, David D, Jones H S, O'Brien C. Factors Affecting non-attendance in an ophthalmic outpatient department. J R Soc Med 1995;88:88-90.

Maiques, J., et al.; (1998) "Causa de fallos en consultas externas del hospital de Viladecans de pacientes programados", Revista de Control de Calidad Asistencial, nº 3; págs.: 35-36.

Moreno, E., et al.; (1992) "Influencia de la cita previa en las consultas de atención primaria en la región de Murcia", Atención Primaria, nº 9, págs.: 36-41.

Nuñez D A. Inappropriate out-patient referrals increasing?. Br J Clin Pract 1993;47:73-75.

Patient's Charter, HSG (92)4. London: HMSO, 1992,

Trillo, C., et al.; (1998) "Estudio de los factores que influyen en la hiperutilización del Servicio de Urgencias en nuestro Centro de Salud", Centro de Salud, nº 6, págs.: 298-303.