

Impacto de la consulta exprés en la calidad de la Medicina Familiar

Impact of Express Consultations on the Quality of Family Medicine

Lopez-Garate JF^{1*} 

1. Médico especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 34, IMSS, Catemaco, Veracruz, México.

INTRODUCCIÓN

Novcientos segundos. Ese es el tiempo estándar —y a menudo utópico— que el sistema de salud pública mexicano destina para escuchar, explorar, diagnosticar y prescribir a un paciente en Medicina Familiar.¹ Esta dinámica de "consultas exprés", lejos de ser una falta de vocación médica, es el síntoma franco de un colapso estructural: México opera con un déficit crítico de personal, contando apenas con 2.5 médicos por cada 1,000 habitantes, una cifra alarmantemente inferior al promedio de 3.7 que establece la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).² Esta disparidad numérica adquiere una gravedad mayor al cruzarla con la realidad epidemiológica del país: tenemos menos médicos enfrentando una carga creciente y compleja de enfermedades crónico-degenerativas, lo que vuelve matemáticamente inviable el control metabólico integral bajo el modelo de atención actual.

Esta brecha no es solo estadística, es humana y profundamente costosa para todos. Según datos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP),³ la contracción del presupuesto per cápita en salud y la falta de infraestructura obligan a una "productividad de maquila", donde el indicador de éxito no es la salud recuperada, sino el número de expedientes cerrados por hora. En términos de economía de la salud, este modelo genera un falso ahorro institucional. Por un lado, la restricción de tiempo empuja al paciente a buscar atención privada, incrementando el "gasto de bolsillo", profundizando la inequidad, incluso en los peores escenarios, a la falta de la atención clínica. Por otro lado, para la institución, un padecimiento crónico mal controlado en el primer nivel por falta de tiempo clínico se traduce inevitablemente en complicaciones catastróficas y de alto costo en el segundo o tercer nivel de atención médica, como terapias de sustitución renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis) o amputaciones, lo cual impacta en creces a la calidad de vida del individuo y a sus contextos personales, familiares y sociales. En este escenario, la relación médico-paciente se sacrifica ante la burocracia, convirtiendo el derecho constitucional a la salud en una carrera contra el reloj donde el margen de error clínico crece con cada minuto que se le niega al derechohabiente.

Es urgente dejar de normalizar la saturación como parte del "servicio" y empezar a llamarla por su nombre: una crisis de seguridad del paciente. A nivel institucional, el médico familiar atiende de manera regular 24 pacientes por jornada de seis horas, lo que equivale a un tiempo promedio de 15 minutos por paciente.¹ Dentro de ese lapso

Autor(a) de Correspondencia:

Lopez-Garate JF.
Médico especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 34, IMSS, Catemaco, Veracruz, México.
Correo electrónico: jorge-logar@hotmail.com

Citar como:

Lopez-Garate JF. Impacto de la consulta exprés en la calidad de la Medicina Familiar. Rev CONAMED. 2026;31(1):76-78. DOI: 10.35366/123032

Fecha de recepción:

06 de enero de 2026

Fecha de aceptación:

24 de febrero de 2026

deben realizarse actividades esenciales: historia clínica, toma de signos vitales, exploración física, revisión de estudios y la nota médica. Esta limitación temporal choca frontalmente con la complejidad clínica de pacientes con multimorbilidad (como diabetes, hipertensión o trastornos de salud mental), favoreciendo evaluaciones incompletas, diagnósticos imprecisos y comprometiendo gravemente la seguridad del paciente.⁴ De hecho, estimaciones globales advierten que una proporción significativa de los eventos adversos en la atención primaria —vinculados a errores de diagnóstico y prescripción— son prevenibles⁵ y están estrechamente correlacionados con la sobrecarga laboral y las consultas menores a 15 minutos.⁶

A esta situación se suma la atención de pacientes espontáneos o sin cita previa. Cuando un paciente citado no se presenta, el sistema incorpora a un paciente no citado. Si bien esto busca optimizar el acceso a la salud, en la práctica reduce el tiempo efectivo de consulta a 10 minutos o menos. Esta reducción abrupta tiene un impacto directo y perjudicial en la seguridad clínica: obliga a acelerar la entrevista y la exploración, lo que incrementa el riesgo de pasar por alto signos de alarma, interacciones farmacológicas o aspectos psicosociales críticos. El razonamiento clínico bajo presión extrema se vuelve vulnerable al error, transformando la consulta en un acto de supervivencia operativa en lugar de un proceso diagnóstico seguro.

Desde la perspectiva del enfermo, la atención suele percibirse como apresurada y poco personalizada. La evidencia empírica señala que la falta de una comunicación bidireccional efectiva debilita el vínculo terapéutico y anula la participación del paciente en su propio cuidado. Esta incomprensión de la información médica se traduce directamente en inercia terapéutica, falta de adherencia al tratamiento y un consecuente aumento del riesgo clínico crónico.⁷ Es fundamental destacar que implementar un modelo de atención centrada en la persona —que fomente la escucha activa y la toma de decisiones compartidas— no implica un aumento significativo del tiempo de consulta. Diversos estudios demuestran que esta mejora cualitativa en la comunicación añade apenas un par de minutos a la entrevista clínica, pero optimiza drásticamente la eficiencia diagnóstica y la satisfacción del derechohabiente.⁸

Asimismo, la sobrecarga de un sistema que grita por ampliaciones y la presión del tiempo

favorecen registros apresurados, omisiones o errores de transcripción en el expediente clínico.⁹ Esta situación compromete la continuidad de la atención y aumenta la vulnerabilidad médico-legal del profesional, considerando que el expediente constituye el principal medio de respaldo ante procesos de conciliación o arbitraje.¹⁰ Estadísticas de organismos de arbitraje médico a nivel nacional reflejan constantemente que las deficiencias en la integración del expediente y la mala relación médico-paciente —ambas exacerbadas por la falta de tiempo— son las principales causas de quejas y demandas.

Reconocer el tiempo clínico como un componente esencial resulta indispensable. Para transitar de una gestión basada exclusivamente en la productividad (medida en volumen a corto plazo) a una centrada en el valor (medida en resultados de salud a largo plazo y contención de daños), es imperativo implementar recomendaciones prácticas en dos niveles de acción:

A nivel institucional:

- Replantear los modelos de atención para considerar la complejidad clínica de los pacientes y no solo el volumen de consultas, comprendiendo que la inversión de tiempo en el primer nivel es la medida de contención de costos más efectiva para el sistema en su conjunto.
- Implementar sistemas de triage efectivos en las Unidades de Medicina Familiar para gestionar la demanda espontánea sin comprometer ni desestabilizar la agenda programada derivando pacientes a las áreas adecuadas.
- Simplificar la carga administrativa mediante el uso de tecnología y personal de apoyo que permita al médico dedicar su tiempo al paciente y no al papeleo.

A nivel individual del médico:

- Fortalecer las habilidades de comunicación clínica para establecer un diálogo bidireccional que contrarreste la percepción de atención impersonal.

- Adoptar un enfoque de atención centrada en la persona, garantizando que el paciente comprenda su diagnóstico y plan terapéutico para reducir la inercia clínica y mejorar la adherencia.

Solo protegiendo el acto médico, incentivando políticas públicas para aumentar la cobertura en salud con personal médico suficiente y la correcta integración del expediente clínico podríamos transformar una atención de riesgo en una garantía de salud, equidad y disminución de las comorbilidades para todos los pacientes.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto 2023-2024. Ciudad de México: IMSS; 2024
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. París: OECD Publishing; 2023. doi: 10.1787/7a7afb35-en
3. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Gasto en Salud 2024: Transición y pendientes. Ciudad de México: CIEP; 2023
4. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 1999;14(Suppl 1):S34-S40. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00263.x
5. World Health Organization. Patient safety: Global action on patient safety. Report by the Director-General. Ginebra: WHO; 2019
6. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7(10):e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
7. Sánchez-Ojeda MA. Inercia clínica y terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Aten Fam. 2018;25(4):167-171. doi: 10.22201/fm.14058871p.2018.4.67259
8. Ruiz-Moral R. Relación médico-paciente: Desafíos para la formación de profesionales de la salud. Educ Med. 2019;20(Suppl 2):4-10. doi: 10.1016/j.edumed.2019.03.001

9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. México; 2012
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina familiar. México: CONAMED; 2022

Lopez-Garate JF. ORCID: 0000-0002-0014-494X

Conflicto de intereses:

"El autor declara que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo".

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

