

**La reducción del tiempo de consulta médica: una estrategia de eficiencia aparente y sus consecuencias administrativas y financieras en las IPS
(ensayo)**

Nombres y apellidos:

José Luis Ferrer Castro

Código estudiantil:

2005145348

Trabajo de investigación (ensayo) presentado como requisito para optar el título de:

Especialista en Gestión Administrativa y Financiera en Salud

Tutor(es):

Jorge Rodríguez López

Alexis Palacio Arrieta

RESUMEN

El presente ensayo analiza la reducción del tiempo de consulta médica en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como una estrategia frecuentemente utilizada para incrementar la productividad y mejorar los indicadores de acceso en el sistema de salud. En diversos contextos asistenciales, especialmente en el primer nivel de atención, se ha adoptado la práctica de disminuir la duración de las consultas médicas con el objetivo de aumentar el número de pacientes atendidos por jornada laboral. Sin embargo, aunque esta estrategia puede generar aparentes mejoras en indicadores de oportunidad y volumen de atenciones, sus efectos reales sobre la calidad del servicio, la gestión administrativa y la sostenibilidad financiera de las instituciones de salud son objeto de debate.

A partir de una revisión conceptual, normativa y administrativa del contexto del sistema de salud colombiano, el ensayo examina las consecuencias que la reducción del tiempo de consulta médica puede generar en diferentes dimensiones del funcionamiento institucional de las IPS. En primer lugar, se analiza el papel de la consulta médica como núcleo del proceso asistencial, en la medida en que en ella se concentran actividades fundamentales como la anamnesis, el examen físico, la formulación diagnóstica, la definición del plan terapéutico y la educación al paciente. Estas actividades requieren un tiempo suficiente para garantizar una evaluación clínica adecuada y una comunicación efectiva entre el profesional de la salud y el paciente.

Cuando el tiempo asignado a la consulta médica es insuficiente, se limita la profundidad de la valoración clínica y se reduce la capacidad del profesional para

identificar factores de riesgo, comorbilidades y determinantes sociales de la salud. Como consecuencia, disminuye la resolutivez clínica del servicio, lo que incrementa la probabilidad de reconsultas por el mismo motivo, el uso innecesario de interconsultas y la solicitud reiterada de ayudas diagnósticas. Estas situaciones generan un aumento en la carga operativa de las IPS y pueden contribuir a la saturación de las agendas médicas, afectando la eficiencia global del proceso de atención.

El ensayo también analiza las implicaciones normativas y administrativas asociadas a esta práctica. En Colombia, aunque no existe una regulación específica que establezca un tiempo mínimo obligatorio para la consulta médica, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud establece estándares relacionados con la seguridad del paciente, la oportunidad del servicio y la calidad de los registros clínicos. La reducción excesiva del tiempo de consulta puede dificultar el cumplimiento de estos estándares, particularmente en lo relacionado con el diligenciamiento completo y adecuado de la historia clínica, documento que cumple una función fundamental tanto en la continuidad del cuidado como en la defensa jurídica de las instituciones de salud.

Desde una perspectiva administrativa, las deficiencias en los registros clínicos y en la justificación médica de los servicios prestados pueden generar hallazgos negativos en auditorías internas y externas, así como observaciones por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante los procesos de revisión de cuentas médicas. Estas situaciones incrementan el riesgo de glosas y devoluciones, lo que afecta directamente el reconocimiento de ingresos y el flujo de caja de las IPS.

El análisis financiero desarrollado en el ensayo pone de manifiesto una paradoja importante en la gestión institucional. Aunque la reducción del tiempo de consulta médica

puede incrementar el número de atenciones facturadas en el corto plazo, este aumento en el volumen de servicios no necesariamente se traduce en una mejora de la sostenibilidad financiera cuando se deteriora la calidad del proceso asistencial. Las glosas, los retrasos en los pagos por parte de las EPS y los costos administrativos asociados a la gestión de cuentas médicas pueden neutralizar los beneficios económicos que inicialmente se esperaban obtener mediante el aumento del número de consultas.

Adicionalmente, la baja resolutivez clínica derivada de consultas médicas demasiado breves puede generar un incremento en las reconsultas por el mismo motivo, lo que implica una utilización adicional de recursos asistenciales sin necesariamente producir ingresos proporcionales. Este fenómeno contribuye a reducir la eficiencia operativa de las IPS y puede afectar negativamente sus márgenes financieros.

El ensayo también aborda los costos ocultos asociados a este modelo de productividad asistencial. El aumento de peticiones, quejas y reclamos por parte de los usuarios, la necesidad de gestionar glosas y auditorías, y la presión administrativa derivada de los indicadores de productividad generan una carga adicional para las áreas administrativas de las instituciones de salud. Asimismo, la presión por atender un mayor número de pacientes en periodos de tiempo reducidos puede contribuir al agotamiento profesional del talento humano en salud, incrementando el riesgo de burnout y la rotación del personal médico.

Finalmente, el ensayo concluye que la reducción indiscriminada del tiempo de consulta médica constituye una estrategia de eficiencia aparente que puede generar efectos adversos en la calidad de la atención, la gestión administrativa y la sostenibilidad

financiera de las IPS. En este sentido, se plantea la necesidad de replantear los modelos de organización de los servicios de salud, promoviendo esquemas de atención que prioricen la resolutivez clínica, la calidad de los registros médicos y la generación de valor en salud.

Palabras clave:

Consulta médica, calidad de la atención, eficiencia en salud, gestión hospitalaria, sostenibilidad financiera.

ABSTRACT

This essay analyzes the reduction of medical consultation time in Health Service Provider Institutions (IPS) as a strategy frequently used to increase productivity and improve access indicators within healthcare systems. In many healthcare settings, particularly in primary care services, institutions have implemented shorter consultation times in order to increase the number of patients attended during a standard working schedule. While this approach may appear to improve indicators related to service availability and patient throughput, its broader implications for healthcare quality, administrative management, and financial sustainability remain a matter of concern.

Through a conceptual, regulatory, and administrative analysis of the Colombian healthcare system, this essay examines the consequences associated with the reduction of medical consultation time in healthcare institutions. The analysis begins by highlighting the central role of the medical consultation within the healthcare delivery process. During the consultation, physicians perform essential clinical tasks including patient history taking, physical examination, diagnostic reasoning, treatment planning, and patient education.

These activities require adequate time in order to ensure a comprehensive clinical evaluation and effective communication between healthcare professionals and patients. When consultation times are significantly shortened, the depth of clinical evaluation may be compromised. Physicians may have limited capacity to identify risk factors, comorbidities, and relevant social determinants of health. As a result, the clinical resolvability of primary care services may decrease. This can lead to an increase in

repeated consultations for the same condition, unnecessary referrals to specialists, and excessive use of diagnostic tests. Such dynamics generate additional operational pressure on healthcare institutions and may contribute to overcrowded medical schedules and reduced efficiency in service delivery. The essay also examines the regulatory and administrative implications of shortened consultation times. Although Colombian regulations do not establish a legally mandated minimum consultation time, the national healthcare quality framework requires that services meet standards related to patient safety, quality of care, and proper clinical documentation. In this context, excessively short consultations may hinder the proper completion of medical records, which play a crucial role in ensuring continuity of care and providing legal protection for healthcare institutions. From an administrative standpoint, deficiencies in clinical documentation and inconsistencies between diagnoses, procedures, and supporting documentation may lead to negative findings during internal audits, external inspections, and billing reviews conducted by health insurance entities (EPS). These situations often result in billing disputes, claim denials, and financial adjustments, commonly referred to as “glosas” within the Colombian healthcare system. Such outcomes directly affect the financial performance of healthcare institutions by delaying payments and increasing the administrative workload associated with claim reconciliation and dispute resolution.

The financial analysis presented in this essay reveals a structural paradox in healthcare management. Although reducing consultation time may initially increase the volume of billable services, this apparent productivity gain does not necessarily translate into financial sustainability when the quality of care is compromised. Billing disputes, payment delays from insurers, and administrative costs associated with managing claims may offset the expected financial benefits derived from higher service volumes.

Furthermore, the reduced clinical resolvability associated with shorter consultations may lead to repeated visits for the same health condition. These additional visits consume institutional resources without necessarily generating proportional revenue, thereby reducing operational efficiency and affecting the financial margins of healthcare institutions. The essay also highlights the existence of hidden administrative costs associated with this productivity-oriented model of healthcare delivery. The increase in patient complaints, the management of billing disputes, and the administrative burden of audits require additional institutional resources. In addition, the pressure to attend a higher number of patients within limited time frames may contribute to professional burnout among healthcare workers, increasing staff turnover and generating additional recruitment and training costs. In conclusion, the essay argues that the indiscriminate reduction of medical consultation time represents a form of apparent efficiency that may ultimately generate adverse consequences for healthcare quality, administrative management, and the financial sustainability of healthcare institutions. Healthcare organizations should therefore reconsider productivity models that prioritize volume over value and instead promote care delivery strategies focused on clinical resolvability, high-quality medical documentation, and value-based healthcare outcomes.

Keywords:

Medical consultation, healthcare efficiency, quality of care, hospital management, financial sustainability.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
2. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
3. Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017).
4. International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
5. Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–64.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Análisis de glosas y devoluciones en el sistema de salud colombiano. Gobierno de Colombia.
7. Organización Mundial de la Salud. (2016). Framework on integrated, people-centered health services. World Health Organization.
8. Organización Mundial de la Salud. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases (11th Revision). World Health Organization.
9. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

10. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (1999). Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.
11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
12. Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press.
13. Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation.
14. The New England Journal of Medicine, 354(19), 2024–2033.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479>
15. World Bank. (2017). Improving health system efficiency: Reforms for improving the efficiency of health systems. World Bank Group.