

La consulta médica, su tiempo y duración

Medical consultation, time and duration

Alejandra Rodríguez Torres^a, Edgar C. Jarillo Soto^b, Donovan Casas Patiño^c

^a Departamento de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar número 73, Amecameca, México

^b División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, Ciudad de México

^c Centro Universitario Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Intercultural del Estado de México, México

***Autor correspondiente** aledefra2013@gmail.com

Citación Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. Medical consultation, time and duration. *Medwave* 2018;18(5):e7264

Doi 10.5867/medwave.2018.05.7264

Fecha de envío 2/7/2018

Fecha de aceptación 29/8/2018

Fecha de publicación 26/9/2018

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por cuatro pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave physician-patient relation, consultation, patient satisfaction

Resumen

Este es un ensayo en el cual se hace la reflexión sobre el tiempo y la duración de la consulta médica, vistos como procesos sociales que están determinados por macro estructuras, siguiendo la lógica productiva y las demandas del tiempo moderno. La duración de la consulta médica es heterogénea a nivel mundial. Por el contrario, si hay algo en común es la percepción tanto de los profesionales como de los pacientes que el tiempo de interacción es breve, lo cual permea en la relación médico-paciente, perpetuando un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en ambos actores. Bajo la premisa de una sociología del tiempo y apelando a los principios éticos de la medicina, proponemos que la estimación en la duración de una consulta considere este recurso como indispensable para una adecuada interacción, teniendo presente las opiniones tanto de los pacientes como de los profesionales en cuanto a sus necesidades de dignidad para la atención y para la prestación de un servicio profesional, ya que ambos tienen derechos y obligaciones a respetarse. Además, las instituciones deberán garantizarlas a fin de preservar una adecuada relación médico-paciente-institución. La organización en los horarios de las jornadas laborales no basta. Es necesario realizar las asignaciones de consulta y tareas correlativas con los tiempos de dedicación necesarios con el objeto de humanizar los procesos, considerando las lógicas sociales y económicas sin ignorar la otredad y la alteridad de los sujetos involucrados.

Abstract

This essay is a reflection of the time and duration of the medical consultation, seen as a social process that is determined by macro structures following the productive logic and the demands of modern time. The length of the medical discussion is heterogeneous worldwide; in contrast, what is standard is the perception of the professionals and the patients that the time for interaction is short. Such a perception pervades the doctor-patient relationship, perpetuating a cycle of dissatisfaction-tension-anxiety in these actors. Under the premise of the sociology of time and appealing to the ethical principles of medicine, we propose that the estimation in the length of a medical consultation must be considered. Time is indispensable for an adequate interaction to account for the needs of patients and professionals in a dignified manner since both have rights and obligations to be respected.

Ideas clave

- El artículo invita a la reflexión sobre la duración de la consulta médica desde una perspectiva de la sociología del tiempo.
- Plantea la necesidad de democratizar el tiempo dedicado a la consulta médica con la finalidad de humanizar el acto de atención médica el cual ha sido subsumido a acciones técnicas y mecanizadas.
- Es necesario apelar por la dignificación de la consulta, tanto para el profesional de la medicina como para el paciente.

Introducción

“Al estudiar los problemas del tiempo, se aprenden algunas cosas sobre la humanidad y sobre uno mismo; cosas que antes no se comprendían: cuestiones de sociología y ciencias humanas en general, que el estado actual de los instrumentos teóricos no permitían plantear se hacen accesibles”¹.

Lo que para unos representa una unidad de medida para otros marca la etapa de evolución de la humanidad, sirve de comparación, optimización de recursos, acelera procesos, homogeneiza acciones, sirve como indicador de eficacia y eficiencia, y muchos más actos humanos y naturales. El tiempo siempre ha sido tema de reflexión y en el momento actual parece ser el actor principal en la mayoría de las acciones desde el nacer hasta el morir.

Para Mead, el tiempo sirve so pretexto para el sentido de la realidad de la que formamos parte, por lo que invita a concebir los objetos del mundo, no en sí mismos y aislados, sino en sus relaciones con los que coexisten o interactúan en su entorno². Para Marramao Giacomo se trata de una identidad histórica contrastando la concepción de los antiguos relacionada al cosmos, con la separación del tiempo y el espacio de los modernos. Lo identifica como un futuro abstracto, imparible e irreversible que carcome y acaba disolviendo toda experiencia temporal, al convertir el presente en puro altar sacrificial y al pasado en un museo lleno de trivialidad³.

Daniel Innerarity⁴ propone una teoría social del tiempo para afrontar el estudio y eventual solución de los problemas de fondo que afectan a nuestra sociedad. Su propuesta es una aproximación al tema de la sociología más interesada en el análisis de los problemas del tiempo (aceleración, urgencia, cronicidad), el riesgo (no sólo ambiental) y el síndrome complejidad-contingencia-incertidumbre que determina las acciones e interacciones de los sujetos. Asimismo, se suma la incapacidad estructural de las instituciones políticas para abordar el futuro, la falta de sincronización y su lentificación; lo cual debilita nuestras sociedades democráticas, estando por debajo de los requerimientos funcionales que recaen sobre ella. Para Esquirol se trata de la ética del día a día y la posibilidad de alcanzar una vida digna en contraposición a los rasgos dominantes actuales: la prisa, la urgencia, la aceleración, el agobio, entre otros. El ritmo de la vida se entrecruza con los ritmos cósmicos y los biológicos, así como con los sociales y los individuales, ejerciendo una administración neurótica del tiempo⁵.

El tiempo visto como proceso, fenómeno, función, acción, ha sido “objetivado” y “socializado”. Este tiempo social está sujeto al fenómeno de la aceleración, situación particular de la sociedad capitalista

contemporánea, que ha sido naturalizado con un sentido de progreso y modernidad. Además, este tiempo social es dominante de acuerdo a la lógica productiva y expansiva del sistema capitalista, con grandes efectos en cómo los individuos y las colectividades estructuran sus proyectos de vida, la vida cotidiana, sus tiempos biológicos, su ser⁶.

Para este momento la aceleración y tiranía del presente, como lo expresa Beriain⁷, incide en el *ethos* social, en los modos de comportamiento habituales de nuestra sociedad al modificar los ritmos de vida: producir más en menor tiempo. La aceleración del tiempo es un proceso de la fase de globalización del sistema capitalista volviéndose hegemónica o dominante, pasando de ser social a estar determinada por los sistemas y para los sistemas para el cual está justificado. Estos nuevos tiempos “gerencializados” y “burocratizados” se contraponen con los tiempos de los procesos sociales e incluso de los biológicos. Al acelerar estos últimos, se comprometen los tiempos de la vida y los ritmos internos de desarrollo.

En este sentido, la dinámica del incremento de velocidad del tiempo social está apoyada por la idea de progreso. Es esta racionalidad administrativa-económica la que penetra las conductas humanas al monetizar y burocratizar la interacción social, reduciendo la interacción a un rol funcional con afán de lucro y enriquecimiento desmedido, produciendo más y nuevas necesidades de las que la sociedad pueda consumir⁸. Se ha transitado de una sociedad industrial productora de bienes a una sociedad de servicios, tendientes al consumo, creando un círculo vicioso de producción y consumo, reorientando las acciones pues define el rendimiento por unidad de tiempo⁷: “el tiempo es oro”.

En el área de la salud el tiempo se ha convertido en una unidad de proceso, gerencia y administración de la propia salud, donde los actores principales del proceso salud-enfermedad-atención son dominados a través de la unidad de tiempo. Todo acto del área de la salud es cuantificable y el tiempo no es la excepción, éste guarda una preponderancia determinada y a su vez determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención, convirtiéndose en el gerente y administrador de los procesos sin considerar la esencia misma de los procesos sociales donde la alteridad y la otredad son significativas en la relación de estos actores minando aún más el campo de juego donde se desarrolla una consulta médica. Es así como este tiempo gerencial perpetúa las estructuras de control y dominación.

La consulta médica

La consulta médica es un proceso complejo y multidimensional, centrado en la relación médico-paciente, pero además es pieza clave para

brindar el apoyo en cuanto a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene un sujeto cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional. La consulta ha sido y es expresión del acto médico presente desde el *Corpus Hippocraticum*⁹. La consulta en el ámbito profesional médico, significa deliberación técnica y humana y, en este sentido, hace referencia a la autoridad en la consulta y al juicio experto de quien o quienes emiten juicios comunes. En el siglo XVIII estaba representado en España por la expresión “consulta” y “junta de médicos”, definidas en el diccionario de Pineda de 1740 como las reuniones que mantenían los médicos para deliberar acerca de la enfermedad de un paciente, o bien, a la respuesta de médicos o abogados a quienes les habían preguntado sobre algún caso. Para Castelli, la consulta significa aquello que en el trabajo de los médicos es la acción más ilustre, porque “sirve para distinguir a los médicos doctos de los ignorantes” y destaca la complicación de su realización: “en toda la medicina ninguna cosa es más dificultosa que la actividad de consulta”¹⁰.

La consulta puede ser individual o colectiva, puede darse en ambientes rural o urbano, en el domicilio de los enfermos o en instituciones especializadas de consulta externa u hospitalaria. En años recientes incluso se recurren a medios digitales y de comunicación (telefónicas y telemedicina). De acuerdo a la gravedad del daño son emergencias o urgencias (sentidas o reales), o bien pueden otorgarse por situaciones espontáneas o para seguimiento y control de enfermedades crónicas.

En general la consulta médica tiene un protocolo común en el cual el médico explora a nivel subjetivo y objetivo una necesidad (preocupación, malestar, dolor, sufrimiento, o daño) del paciente, haciendo uso de sus conocimientos, experticia, sensibilidad, intuición y conciencia para establecer un diagnóstico y establecer un plan de solución a un problema de falta de salud. Este protocolo puede tener un marco escolástico que durante siglos ha presidido la práctica de la consulta: anamnesis, exploración física, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Dicho protocolo no siempre se sigue en la práctica, aunque ha servido como eje para normalizar, generalizar y agilizar el objetivo de la consulta: la atención a la salud-enfermedad.

En la actualidad, la consulta médica ha sufrido cambios producto de la mayor participación e interlocución del paciente, del desarrollo tecnológico y la información; factores que condicionan discursos muy amplios, variados y en ocasiones controvertidos. La consulta médica ya no es un monólogo de un actor privilegiado, es un diálogo e intercambio cultural, generalmente asimétrico, activo y proactivo. Además, es normativizado y reglamentado institucionalmente y, en casi todas las ocasiones, legalmente enjuiciable. La consulta médica tiene instrumentos técnicos de registro de carácter legal: el expediente clínico o la nota médica, cuando se trata de datos mínimos. Ambos fungen como dictamen sobre el objeto de la consulta.

El tiempo en la consulta médica

El debate se inicia por una serie de quejas relacionadas al tiempo y la atención frente a un problema de salud. El tiempo en la sala de espera puede ser muy largo y el tiempo de atención muy breve e insuficiente; lo cual nos remite, además, a un tiempo objetivo y uno subjetivo¹¹. El tiempo objetivo es un indicador, gestor y evaluador

de los procesos de atención: cumplimiento de una agenda, número de pacientes atendidos por hora, tiempo de espera, número de incapacidades por día, número de recetas por día, número de medicamentos y procedimientos al día, en fin, un conjunto de datos e indicadores necesarios para la gestión. El segundo, es uno de los mayores atributos de la percepción de un “usuario” insatisfecho con una muy larga espera y un tiempo de escucha insuficiente para expresar su dolor o padecimiento. Paradójicamente es coincidente con la percepción del profesional de la medicina, cuya percepción del tiempo corresponde a la misma insatisfacción del paciente. Soslayando el tiempo de espera, atribuible a razones organizacionales y de procesos institucionales, el tiempo de interacción es objetiva y subjetivamente breve. El paciente tiene una necesidad y el médico una obligación. El primero tiene una preocupación y el segundo ansiedad. El tiempo que dura el encuentro interpersonal es un campo minado por necesidades, angustias, obligaciones, indicadores, metas, gestiones, entre otros, que contraponen a los individuos y originan un diálogo acartonado, fugaz, coaptado, impersonal y apático.

La brevedad de la consulta en una práctica médica general ha sido fuente de preocupación a lo largo del Siglo XX. De acuerdo a una descripción que realiza Andrew¹² desde 1912 en *The Times*, Sir Thomas Allbutt describió la práctica de la medicina general como “un trabajo superficial por hombres rutinarios”. Trabajos como Fry y Watts en 1952 develaban tiempos de consulta entre cinco y 7,2 minutos. Otros estudios como Mair y Mair en 1958, demostraron consultas más largas de 8,8 minutos. En los años 60 y 70 la duración de la consulta no se modificó según el trabajo de Buchan y Richardson, señalando un promedio de cinco minutos, declarando ya una necesidad de una consulta con mayor duración como prioridad para la práctica de la medicina general británica. Un estudio de los años ochenta en Mánchester, informó una mediana de longitud de consulta de 7,5 minutos. En la década de los noventa se encontró que la media de la consulta era de 8,25 minutos, es decir, la consulta era más larga que en la mayoría de los estudios realizados entre 1950 y 1980.

Deveugle y colaboradores¹³ señalan que los tiempos de consulta en Bélgica y Suiza fueron más largos comparados con Alemania y España, y todavía más cortos en Países Bajos y Reino Unido. Guanghui y colaboradores¹⁴, señalan que la duración de la consulta en China es de aproximadamente 2 minutos. Estos autores comentan que en 1992 se creó el Sistema de Salud Comunitario bajo una perspectiva integral de atención primaria. Ello implicó que en el lapso de 2005 a 2012 se incrementara el número de atenciones cuatro veces, con lo cual la calidad de las consultas de práctica general se vio comprometida por la gran cantidad de flujo de pacientes (principalmente para la renovación de medicamentos). En Eslovenia el tiempo medio de una consulta es de 6,9 minutos y al igual que en China, el 25% por ciento de las visitas se trataron de razones administrativas o para escribir una receta. Algo llamativo en la atención es que la duración de los problemas de salud mental necesita menos tiempo, esto lo atribuyen Petek y colaboradores a una orientación predominantemente biomédica más que psicosocial¹⁵. En contraste, Suecia muestra una duración de consulta general de 20 minutos, probablemente por diferencias más profundas en el Sistema de Cuidado de la Salud¹⁶. En Colombia, a partir de 1993 la Ley 100 determina 20 minutos de

duración por consulta. En Argentina el tiempo de consulta varía según el lugar de trabajo, pero el promedio es de 15 minutos¹⁷. En la encuesta de Determinantes de la Práctica de Médicos Generalistas en 2002 por la *Direction de la Recherche des Études de L'Évaluation et des Statistiques* (DREES) en Francia, reveló que el promedio de la sesión fue de 17 minutos en patologías crónicas¹⁸.

En Brasil, más que definir un tiempo de duración de la consulta, el Consejo Regional de Medicina del Estado de Pará, ha emitido un documento que según las resoluciones del *Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul*, CREMERS No. 007/2011, “la jornada de un médico en una unidad de salud debería ser de cuatro horas diarias y la cantidad de pacientes a atender en este lapso es máximo de 14, lo cual representa un promedio de 17,14 minutos por consulta”. Entre otras cosas, señala que con la entrada en vigor del Código de ética médica de 1988 y, más recientemente, con el Código de ética médica de 2009, la determinación de un lapso “ideal” determinado por la administración pública confronta los Principios Fundamentales de la Medicina insertada en los códigos mencionados, porque dispone que los médicos no pueden en ninguna circunstancia renunciar a su libertad profesional, ni permitir ninguna restricción o imposición que pueden perjudicar la eficiencia y la corrección de su trabajo¹⁹.

En la actualidad la duración de la consulta de atención primaria no podría ser homologada a todos los países, porque inicialmente los sistemas de salud tienen características estructurales diferentes. Además, el papel y la concepción de la atención primaria son diferentes, así como la participación de sus actores (médicos generales, familiares y enfermeras entre otros).

Bajo una consideración ideal, el contacto con el paciente en cada consulta es una oportunidad para mantener o mejorar la salud mental y física del o los individuos, así como promover el bienestar y modificar estilos de vida. Sin embargo, para lograrlo se tienen obstáculos que vencer como los problemas de comunicación y compartir la toma de decisiones. Todos estos procesos cognitivos, conductuales, de promoción y educación necesitan un tiempo que lo permita. El tiempo de consulta más largo mejora la comunicación, permite reconocer problemas psicosociales y puede promover la salud disminuyendo el estrés entre médico y paciente²⁰.

Existen aspectos técnicos administrativos que algunos estudios demuestran son determinantes de la duración de una consulta médica:

a) Variación entre médicos: varios estudios han demostrado que los médicos de más edad tienen consultas más largas. Las médicas tienen consultas más largas que sus pares varones. Profesionales con una orientación social y más hacia la práctica general y la salud mental también tienen consultas más largas^{12,13,21,22}.

b) Variaciones entre pacientes: las consultas de primera vez o de problemas nuevos son más largas que aquellas con problemas conocidos. Los problemas psicosomáticos y los conductuales requieren tiempos más largos que las enfermedades infecciosas o respiratorias. A mayor edad del paciente las consultas requieren control de problemas nuevos y existentes^{12,13,21,23}.

Llama la atención en estos estudios el señalamiento de hasta 20% del tiempo de la consulta médica está dedicada para resolver problemas burocráticos, el tiempo dedicado a la consejería y tratamiento es de dos minutos y el dedicado a la exposición del problema es de 18,3 segundos, mostrando breve tiempo de comunicación, lo que sugiere la necesidad de ampliar el tiempo de diálogo activo²¹.

La decisión acerca de cuánto tiempo el profesional de la salud estará cara a cara con el paciente resulta vital, no sólo para programar la agenda de turnos, sino también para garantizar la calidad de atención médica²⁴.

Una encuesta de la Asociación Médica Británica encontró que 92% de 15,560 médicos de cabecera percibieron que 10 minutos para las consultas de atención primaria era inadecuado²⁵. Una revisión en Cochrane de cambios en la duración de la consulta y beneficio para los pacientes, médicos y el sistema de salud, encontró que con más tiempo disponible, los médicos no emitieron más prescripciones, ni solicitaron más estudios de laboratorio, ni más referencias y podían realizar más promoción de la salud y detecciones de hipertensión. Sin embargo, los pacientes no estaban más satisfechos con su cuidado. Estos resultados no muestran los beneficios de las consultas más prolongadas y al parecer estas conclusiones se mantuvieron sin cambios después de una revisión en 2016^{26,27,28}.

La duración de la consulta ha sido medida como el tiempo entre el saludo y la despedida de un paciente en el consultorio, no obstante, este encuentro cara a cara puede verse obstaculizado por interacciones distintas a las propias de la consulta, encontrándose dentro de la secuencia de tareas durante una visita a la atención primaria que pueden denominarse flujos de trabajo. El análisis de estos flujos describe cómo las personas pasan de una tarea a otra, basadas en un objetivo, es decir, un patrón de trabajo basado en secuencias de tareas. Por lo tanto, los patrones de secuencia de tareas se pueden estudiar en función del objetivo y/o el resultado de las tareas. Existe una lista de tareas con impacto en el flujo de trabajo como son: el tipo de trabajo del médico, el papel del personal de apoyo, la duración de la consulta, las políticas de la clínica, el diseño de la sala de la clínica, la tecnología, el estatus social, la estructura de las relaciones entre los miembros. Todas ellas indican que el tiempo de consulta no está influido solo por la agenda²⁹.

Existen algunos pronunciamientos sobre la duración de las consultas médicas en general como la del *Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo* (CREMESP) donde llama la atención que “no hay determinación legal en ninguna esfera sobre la duración del tiempo de consulta médica y el profesional debe atenerse al cumplimiento de los principios éticos actuando con el máximo celo y lo mejor de su capacidad profesional”³⁰. El médico de atención primaria sirve como un filtro económico de contención de gastos, si bien son estos los que ofrecen continuidad y longitudinalidad si su acción se desarrolla adecuadamente, la atención supone ganancias de eficiencia con diagnósticos tempranos y derivaciones oportunas a otros niveles asistenciales. Lo cual, teóricamente, teniendo una buena conexión con los otros niveles, facilitaría el traspaso de información evitando duplicar pruebas y se iniciarían tratamientos a la brevedad³¹.

Hacia una sociología del tiempo de la consulta médica

La estandarización de un tiempo de consulta médica es un tema obligado y necesario para reflexionar, no sólo desde las expresiones cronológicas, filosóficas, económicas, administrativas, entre otras. Para Bourdieu, el tiempo permanece instalado en la lucha de posiciones del juego *enjeu*, de dominantes y dominados, de un proceso instalado tanto *classement*, *déclassement*, *reclassement*. El tiempo va más allá del “cronocentrismo”, refiriéndose con ello a un tiempo alrededor del cual se dispone la comunicación, el hacer ciencia e incluso como noción subyacente al *habitus* y al campo. De ese modo se concibe el tiempo como una reorientación sociológica, que desde un basamento ontológico dirige la práctica. Asimismo, está sujeto a las relaciones y apuestas en la lucha específica en la cual se inscribe, por lo que el tiempo como fenómeno y proceso no está exento de las dinámicas del mundo social^{32,33}.

El tiempo de una consulta está moldeado por el tiempo mecánico representado por el reloj. La hegemonía de este tiempo cronológico responde a la necesidad de progreso y consolidación de la ciencia y los modos de organización de los tiempos de trabajo. Algunos autores como Durán³⁴ mencionan que estos modelos de organización se basan en principios éticos singulares como la ética del esfuerzo y del trabajo, entendidos como formas de uniformidad y estandarización de las sociedades modernas fundamentadas por corrientes liberales sobre el progreso.

Para Marx³⁵ el tiempo comporta un valor de uso, pero también y esencialmente un valor de cambio, el cual depende de las condiciones de mercado (real y simbólico). A medida que la ciencia y la técnica han sido objeto de sofisticación, se han dotado cada vez más de mejores capacidades de penetración y de sustitución de lo humano y lo social. Así, el tiempo y el espacio pasaron a ser reflejados por su capacidad de adaptación, flexibilidad y sobre todo, de manipulación³⁶.

La consulta médica es expresión de todas estas categorías, con la idea de que esta temporalidad se instala como general y compartida por los diversos sistemas políticos, y que, a pesar de ser comúnmente compartida y hegemónica, no es homogénea³⁴. Cada país, de acuerdo con sus presupuestos ideológicos y de acuerdo con sus condiciones materiales y estados de industrialización, ha construido esquemas de temporalidad específicos para sí mismos. La legislación sobre el tiempo de trabajo ha sido muy distinta dentro de los diversos países e incluso en el interior de una misma sociedad. Cada grupo social produce sus especificidades que entran en conflicto entre sí, o pueden ser perfectamente simbióticas, según sea el propio entendimiento del sentido, significado y lugar de los modos de división del trabajo.

Hay, por lo tanto, diferentes tiempos y diferentes temporalidades a reportar y justificar en el marco de las clases sociales, de las organizaciones y de las regiones. El carácter social del tiempo se deriva de la forma en que se propicia a ser utilizado (instituciones públicas o en ámbitos privados), siendo cierto que cada sistema económico-ideológico construye sus propias valoraciones sobre los sistemas de

gestión del tiempo. Tal como escribe Grossin³⁷, ese tiempo dominante (interiorizado e institucionalizado) obliga y regula a cierta división de todos los otros tiempos sociales. Es por eso que hay un tiempo de espera y un tiempo de consulta, ambos con sus correspondientes valores. Este tiempo no es controlado por ninguno de sus actores sino responde a la organización de la vida laboral que está a su vez sujeto a mecanismos de evaluación de carácter más disciplinario, o más basado en la gestión por objetivos, generando situaciones cada vez más significativas de estrés individual y de despersonalización para ambos sujetos.

La consulta médica tiene una eficacia práctica y simbólica, basada en una adecuada relación médico-paciente. El tiempo es un recurso necesario para esta adecuada interacción, en la cual se gestan los principios éticos que en la actualidad se corrompen por los contextos de la situación económica de los servicios sanitarios, creando una cultura de producción y contención de gastos.

Siguiendo esta vertiente sociológica, pero además nutrida de los campos éticos que merece el ejercicio profesional de la medicina, la estimación de un tiempo de consulta inicialmente debería contemplar las opiniones tanto de los pacientes como de los médicos, en cuanto a sus necesidades de dignidad para la atención y para la prestación de un servicio profesional, ya que ambos tienen derechos y obligaciones a respetarse. Además, las instituciones deberán garantizarlas a fin de preservar una adecuada relación médico-paciente-institución. Se trata de una responsabilidad social corporativa. Desde esta perspectiva, los agentes solo pueden ser moralmente responsables si son íntimamente conscientes de las acciones que consuman, desde su gestación hasta su resultado³⁸.

Conclusión

La duración de la consulta médica es un tema polémico, implica aspectos sociales, técnicos, organizacionales y personales. Ninguno de ellos es por sí solo definitorio de la temporalidad requerida. Se requiere tomar conciencia de la necesidad de un orden para respetar ciertos tiempos y ciertos espacios, mantener el tiempo del sistema y el tiempo del mundo de la vida en sus respectivos fueros o límites.

No basta la organización en los horarios de las jornadas laborales. Es necesario realizar las asignaciones de consulta y tareas correlativas con los tiempos de dedicación acorde a los objetivos de cada nivel de atención.

Los tiempos del paciente, los del médico y los de las instituciones en salud, requieren de una democratización a fin de humanizar los procesos orientados a dignificar el trabajo de los profesionales y la atención de los pacientes.

Notas

Declaración de autoría

ART: conceptualización, fundamentación, investigación, preparación del manuscrito, revisiones y ediciones. ECJS: conceptualización, análisis formal, revisiones y ediciones. DCP: conceptualización, análisis formal, revisiones y ediciones.

Declaración de financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Norbert E. Sobre el Tiempo. México D.F: Fondo de Cultura Económica SA de CV; 1989.
2. Herbert MG. La filosofía del presente. Madrid, España: BOE; 2008.
3. Giacomo M. Mínima temporalia: tiempo, espacio, experiencia. Barcelona, España: GEDISA; 2009.
4. Daniel I. El futuro y sus enemigos: una defensa de la esperanza política. Barcelona, España: Paidós Iberica; 2009.
5. Esquirol J. M. El respirar de los días. Barcelona, España: Paidós Ibérica; 2009.
6. Koselleck R. ¿Existe una aceleración de la historia? En: Las contradicciones culturales de la modernidad. Barcelona, España: Anthropos; 2007: 319-345.
7. Beriaín J. Aceleración y tiranía del presente. La metamorfosis en las estructuras temporales de la modernidad. Barcelona, España: Anthropos; 2008.
8. Weber M. Economía y Sociedad. Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica; 1997.
9. Littré E. Oeuvres complètes d'Hippocrates (Vol. VI). Amsterdam: Hakkert; 1961.
10. Castelli B. Lexicom medicorum graeco-latinum, primum tribus editionibus a Jacobo Pancratio Brunone locupletatum; 1762.
11. Bellón JA. La gestión del tiempo en la consulta. En Curso de Actualización, Madrid, España: AEPap; 2008: 291-8.
12. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Pract. 1991 Mar;41(344):119-22. | PubMed |
13. Deveugele A, Derese A, van den Brin-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002 Aug 31;325(7362):472. | PubMed |
14. Jin G, Zhao Y, Chen C, Wang W, Du Juan, Lu X. The Length and Content of General Practice Consultation in Two Urban Districts of Beijing: A Preliminary Observation Study. PLoS One. 2015 Aug 10;10(8):e0135121. | CrossRef | PubMed |
15. Petek M, Svab I, Zivcec G. Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):29-34. | CrossRef | PubMed |
16. Sven-Olof A, Sven. F, Bengt M. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scand J Prim Health Care. 1993 Mar;11(1):61-7. | CrossRef | PubMed |
17. Urquiza R. Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. Rev Med La Paz. 2017;23(2):79-83. | Link |
18. Breuil-Genier, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Études et Résultats. 2006;481:1-8. | Link |
19. Conselho Federal de Medicina. Número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico Inexistência de normatização sobre o assunto. Belém. 2012. [on line]. | Link |
20. Silverman J. Calling time on the 10-minute. Br J Gen Pract. 2012 Mar;62(596):118-9. | CrossRef | PubMed |
21. Seguí MLP. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. Aten Primaria. 2004;33(9):496-502. | Link |
22. Orton P, Pereira D. Factors influencing consultation length in general/family practice. Fam Pract. 2016 Oct;33(5):529-34. | CrossRef | PubMed |
23. Stevens S, Bankhead C, Mukhtar T, Perera-Salazar R, Holt TA, Salisbury C, et al. Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations. BMJ Open. 2017 Nov 16;7(11):e018261. | CrossRef | PubMed |
24. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en la clínica médica. Rev Med Chil. 2013 Mar;141(3):361-6. | CrossRef | PubMed |
25. ICM Unlimited on behalf of the British Medical Association. British Medical Association national survey of GPs: the future of general practice 2015. Full report. London, BMA; 2015. [on line] | Link |
26. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2016 Dec;66(653):e896-e903. | CrossRef | PubMed |
27. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD003540. | CrossRef | PubMed |
28. Wilson AD, Childs S, Gonçalves-Bradley DC, Irving GJ. Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 25;(8):CD003540. | CrossRef | PubMed |
29. Holman GT, Beasley JW, Karsh BT, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. J Am Med Assoc. 2016 Jan;23(1):29-37. | CrossRef | PubMed |
30. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer número 85.150 referente à Consulta 85.150/10. [on line] | Link |
31. Ortún V. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Medicina Clínica (Barc). 1996;106:97-102. | Link |
32. Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid, España: Taurus Ediciones; 1991.
33. Bourdieu P. Argelia 60 (Estructuras económicas y estructuras temporales). Argentina: Siglo XXI Editores; 2006.
34. Durán J.R. La metamorfosis de la ética del trabajo. Constitución, crisis y reconfiguración de la ética del trabajo en la modernidad tardía. Santiago de Compostela, España: Andariva; 2011.
35. Marx K. El capital Cap 1. Crítica de la economía política. México, Fondo de Cultura Económica; 2014.
36. Agger B. iTime: Labor and life in a smartphone era. Time & Society. 2011;(1):119-136. | CrossRef |
37. Grossin W. Pour une science des temps. Paris: Octarés; 1996.
38. García L. Tiempos de Responsabilidad. Federación Española de Sociología. s.f. [on line]. | Link |

Correspondencia a
Carretera Amecameca Ayapango
Kilómetro 2,5, Amecameca
Estado de México, México
CP: 5690



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.