

ARTÍCULO ORIGINAL

Representaciones sociales sobre los tiempos en la consulta médica: la voz de los médicos y pacientes

Social representation about the medical consultation time: patients and physicians

Donovan Casas Patiño^{a,*}

Recibido: 12 de diciembre de 2018

Aceptado: 18 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE:

Percepción del tiempo;
Administración del
tiempo; Relaciones
médico-paciente;
Atención médica;
Sistemas de salud.

RESUMEN

Objetivo: Conocer los núcleos figurativos relacionados con los tiempos de la consulta médica: el tiempo de espera y la duración de la consulta desde la perspectiva de los profesionales y de los pacientes, a fin de contraponerlos y encontrar nudos críticos que obstaculicen la relación médico-paciente.

Métodos: Se abordan las representaciones sociales a partir del modelo de Abric, se trabaja con grupos focales de médicos y pacientes para encontrar el núcleo de la representación y posteriormente se realizan entrevistas semiestructuradas basadas en categorías emergentes del núcleo para finalmente analizar los discursos y contrastarlos.

Resultados: El sentido común relacionado al tiempo de espera de la consulta es percibido por los pacientes como muy largo, no así el tiempo de duración de la consulta que al igual que los médicos es percibido como breve e insuficiente. Estos tiempos, más que su cronometría, son la sumatoria de las acciones e interacciones interpersonales y la lectura subyacente en la percepción de los pacientes de un tiempo con exigencias sociales (escuela, trabajo y transporte) y del tiempo tecno burocrático de los médicos (indicadores, productividad y recetas).

Conclusión: El tiempo de espera y la duración de la consulta no sólo son indicadores de productividad o eficacia, más bien son espacios subjetivos y objetivos de interacción entre sujetos sociales con necesidades y tareas diferentes, por lo cual es necesario considerar estas lógicas sociales y económicas a fin de humanizar estos actos de lo contrario perpetuaremos una práctica mecanizada-homogeneizante-fugaz e insensible.

ABSTRACT

Objective: To know the figurative nuclei related to the times of the medical consultation: the waiting time and the duration of the consultation from the perspective of the professionals and the patients, in order to oppose them and find critical knots that hinder the physician-patient relation.

Methods: The social representations are approached from the Abric model working with focal groups of physicians and patients to find the nucleus of the representation and later making

^a Universidad Intercultural del Estado de México, México.

* Autor para contacto: capo730211@yahoo.es

KEY WORDS:

Time Perception;
Time Management;
Physician-Patient
Relations; Medical
Care; Health
Systems.

semi-structured interviews based on emerging categories of the nucleus to finally analyze the discourses and contrast them.

Results: The common sense related to the waiting time of the consultation is perceived by the patients as very long, but not the duration of the consultation which, like the doctors, is perceived as brief and insufficient. These times, more than their chronometry, are the sum of the interpersonal actions and interactions and the underlying reading in the patients' perception of a time with social demands (school, work, transport) and the techno bureaucratic time of the doctors (indicators, productivity, recipes).

Conclusion: The waiting time and the duration of the consultation are not only indicators of productivity or effectiveness, they are subjective and objective spaces of interaction between social subjects with different needs and tasks, for which it is necessary to consider these social and economic logics in order to humanize these acts otherwise we will perpetuate a mechanized-homogenizing-fleeting and insensitive practice.

INTRODUCCIÓN

La consulta médica representa un espacio de interacción personal y subjetividad entre el médico y el paciente para la exposición de un problema o necesidad en salud y su consecuente resolución basada en los conocimientos y experticia del profesional guiada bajo los principios éticos. Esta interacción tiene un lugar y momento determinado, a nivel institucional, acorde a las necesidades y características de la población. La consulta médica representa también un intercambio cultural y de comunicación en cuyos procesos de codificación y decodificación radica una adecuada relación médico-paciente.¹ La calidad de esta relación es determinante en la evaluación de la calidad de los servicios de salud, sin embargo, ésta muestra diferentes

vertientes, en este caso la evaluación desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios. Esta última ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud evaluados por la satisfacción del usuario desde una perspectiva general, sin considerar aspectos relevantes, pero complejos, como los técnicos y las interacciones sociales.² En el interés y la necesidad de conocer la calidad desde la subjetividad de los actores, fue necesario realizar estudios bajo el paradigma cualitativo a fin de develar las desigualdades, las percepciones, las necesidades reales, la satisfacción, etc.

Los estudios que han abordado el tema de la calidad de la atención en salud desde un paradigma cualitativo, tanto en los artículos nacionales como extranjeros, coinciden que hay una percepción insu-

ficiente del tiempo de duración de la consulta médica, tanto de los pacientes como de los médicos, no obstante, las diferencias de los sistemas públicos de salud.

Girón *et al.*, exploraron la relación entre la calidad de la relación médico paciente a partir de grupos focales.³ Los médicos por su parte percibieron una relación basada en restricciones de recursos sanitarios (escaso tiempo de consulta, exceso de carga asistencial, ausencia de recursos específicos y ausencia de formación, entre otros); los pacientes por su parte perciben la relación mediada por problemas de comunicación/exploración, consultas masificadas y de breve duración.

En un estudio comparativo entre Colombia y Brasil, valorando la calidad de los servicios desde los actores mediante un estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, se observan puntos de convergencia entre los que resalta la percepción de un tiempo insuficiente de consulta, tanto para los usuarios como para los líderes de ambos países, estos lo significan como un aspecto muy negativo para la calidad en el servicio, viendo a los médicos presionados por hacer consultas rápidas para realizar tantos actos médicos como sea posible, sobre todo en Colombia por la perspectiva de mercado predominante.²

La percepción de los usuarios en un hospital de Perú está relacionado con un tiempo de consulta y de visita médica breves, además de presentar inseguridad y ansiedad con médicos que le brindan atención por corto tiempo, en comparación a su médico de cabecera.⁴

Campos *et al.*, realizaron una exploración cualitativa en usuarios adultos mayores en una Unidad de Medicina Familiar en la Ciudad de México, ese estudio detectó una mala relación debido a las dificultades en los aspectos administrativos y técnicos. En relación al tiempo hacen mención al tiempo prolongado de espera, pese a que los pacientes se encontraban citados, ya que acostumbran llegar lo más temprano posible para salir lo más rápido, lo que conlleva en ocasiones a esperas prolongadas durante más de 30 minutos, situación que predispone molestia al encontrarse con la falta de un trato adecuado por el personal y/o problemas técnicos.⁵

La duración de una consulta es muy heterogénea a nivel mundial. En Bangladesh o China se describen tiempos tan breves de 60 segundos y 2 minutos respectivamente,^{6,7} hasta tiempos no menores a 20 minutos como en Suecia o Colombia.^{8,9} En este último país, el tiempo fue establecido en la Ley 100 de 1993, señalando al médico general como la base y el motor del engranaje de salud, quien además establece las pautas para la promoción y la prevención.

En México, Cuevas *et al.*, señalan que la duración de una consulta médica en unidades de primer nivel de atención en la ciudad fue de 11 minutos,¹⁰ mientras que otro estudio realizado en una provincia, el tiempo dedicado a la consulta fue identificado de 5 a 15 minutos;¹¹ en ambos la percepción de mala atención se incrementó en relación inversa con el tiempo de duración de la consulta. Los diferentes estudios que abordan las experiencias, satisfacciones o percepciones sobre la atención están ligadas al tiempo, por lo cual cabe la reflexión sobre evaluaciones subjetivas que ponen en juego factores cognitivos y su socialización.

Esta investigación indaga en el sentido común de los actores sobre los tiempos de la consulta médica, para explorar y comparar sus expresiones, frecuentemente nulificadas o ignoradas por la misma institución de salud, lo cual podría marcar pautas para una mejor relación médico-paciente. El objetivo es describir y comparar el núcleo figurativo y la organización de las representaciones sociales de los pacientes y profesionales de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) sobre el tiempo de espera y la duración de la consulta médica.

Para ello, el estudio se basa en la teoría de las representaciones sociales desde el modelo de Abric, porque es de interés conocer el sentido común de los actores sociales: médico y paciente, pero además conocer el núcleo representativo de ambos y contraponerlos, ya que son justamente estos núcleos, los cuales pueden potencializarse o neutralizarse al momento de la organización de los tiempos y duración de la consulta médica. Conocerlos permitirá organizar de forma más humanizada y apegada a las necesidades de ambos actores a fin de mejorar la relación médico-paciente y cumplir con los objetivos de educación, promoción de estilos de vida y prevención, pilares fundamentales del primer nivel de atención. En alusión a Abric, el núcleo central "está directamente relacionado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas; en ese sentido está fuertemente marcado por la memoria colectiva y por el sistema de normas al que dicho núcleo se refiere [...] es estable, coherente y resistente al cambio [...] y, es de cierta manera relativamente independiente en el contexto social y material inmediato en el que la representación es puesta en evidencia".¹²

Debido a la centralidad de la duración del tiempo de espera y de consulta, el tiempo es un elemento significativo, más allá de la forma de contabilizarlo o medirlo, es una construcción social que le dota de significados generales particulares, según la circunstancia histórica y los sujetos que lo dimensionan. Para Luhmann,¹³ el tiempo es siempre una interpretación

específica de la realidad con respecto a la diferencia entre pasado y futuro, tal pasado y futuro se entiende sólo en la medida que tengan sentido para el sistema que observa.

Según Elías, el tiempo empieza en la conciencia humana con la determinación de un orden de sentido, con la construcción de un orden de lo social, con la necesidad de considerar el tiempo como una dimensión real, como algo a retener y conservar, pero también manejar en la temporalidad cuando transcurre, así el tiempo puede transformarse en una herramienta de poder.^{14,15}

La espera y la consulta ocurren en una circunstancia institucional, este dinamismo, generado por la separación del tiempo y el espacio, como señala Giddens¹⁶, ha tenido un fuerte impacto en los sistemas psíquicos y sociales, que parecen tener cada vez menos capacidades de coordinar satisfactoriamente la expectativa con la experiencia, por lo cual, los sujetos ante un mismo hecho o circunstancia pueden tener valoraciones y sentidos distintos del tiempo.

MÉTODO

Población y muestra: pacientes y médicos(as) del IMSS del Estado de México Oriente, en tres unidades de primer nivel. Muestra por conveniencia.

Diseño:

1. Formación de dos grupos focales, uno de pacientes y uno de médicos, ambos mediante la técnica de lluvia de ideas sobre el tema “duración de la consulta médica y tiempo de espera”, se obtuvieron palabras o frases en cada grupo.
2. Procesamiento de frases o palabras obtenidas, se obtuvo la frecuencia y rango de asociación, lo cual es indicativo por sí solo de un núcleo de representación y elementos periféricos.
3. Clasificación por categorías analíticas [Tiempo de duración de la consulta, Tiempo de espera, Obstáculos en la consulta, Adminis-

tración del tiempo de consulta] de las representaciones sociales primordiales, y con ellas se conformó una entrevista semiestructurada. Este instrumento se validó en ronda de tres por cinco expertos del área disciplinar: Sociología de la Salud, Psicología, Salud Colectiva, Salud Pública.

4. Aplicación de la entrevista semiestructurada en los dos grupos focales.
5. Transcripción de las entrevistas realizadas a cada grupo, y realización de análisis del discurso, según cada categoría. Se seleccionaron partes de las narraciones para ilustrar con mayor fuerza situaciones particulares a modo de citas textuales.
6. Por último, se analizaron y compararon los discursos de ambos grupos a fin de obtener puntos de convergencia y de quiebre.

Cabe señalar que los grupos focales y las entrevistas se realizaron previa aceptación del comité de ética institucional, así como entrega y firma del consentimiento informado a cada uno de los participantes.

RESULTADOS

La caracterización de la muestra de profesionales de la medicina fue la siguiente: edad promedio 38 años, 12 mujeres y 5 hombres, antigüedad promedio 15 años, 88% médicos con especialidad en Medicina Familiar y 12% médicos generales.

En cuanto a los pacientes se trataron de 20 mujeres y 8 hombres, edad promedio 57 años, escolaridad primaria 22%, secundaria 38%, bachillerato 17%, licenciatura 18% y posgrado 5%, promedio de tiempo de uso de los servicios de salud 8.7 años. Derivado de las sesiones de grupo se obtuvieron los siguientes términos (tabla 1).

Tabla 1. Términos y frases de grupos focales de médicos y pacientes, frecuencia del ítem y rango de asociación

Médicos N=17	Frec. ítem	Rango Asoc	Pacientes N= 28	Frec. ítem	Rango Asoc.
Falta de tiempo	17	1.0	Consulta de tiempo breve	26	0.9
Trámites burocráticos, duplicación de documentos administrativos	17	1.0	Tiempo en lista de espera	25	0.89
Ausencia de recursos humanos y materiales	16	0.94	Oportunidad para aclarar dudas y escuchar	24	0.85
Omisión de acciones, falta de tiempo, errores, desgaste	15	0.88	Es indigno que te hagan esperar cuando te sientes mal	23	0.82
Pacientes crónicos y adultos mayores necesitan mucho tiempo	13	0.76	Respetar la hora de la cita	21	0.75
Falta de puntualidad, respetar horarios	12	0.70	Más tiempo para que me examine	20	0.71
Falla del sistema electrónico de expediente clínico	8	0.47	Se muestra ansioso por terminar la consulta	18	0.64
Información, educación, promoción a la salud	7	0.41	No respetar los tiempos	17	0.64
Si te atrasas la gente se queja	6	0.35	Tiempo para esperar no más de 30 min.	16	0.57
Cumplimiento de indicadores	3	0.17	Citas largas, falta de laboratorios y citas a especialidad	13	0.46
Estrés	3	0.17	No te deriva con el especialista	10	0.35
Ansiedad	2	0.11	No resolutivos	8	0.28
Frustración	1	0.05	Falta de tiempo para otras citas	6	0.21

Fuente: Elaboración propia.

De las frases obtenidas se puede observar que el núcleo figurativo de la representación social de los médicos está centrado en la falta de tiempo, los trámites burocráticos, la falta de materiales y personal, así como el tiempo necesario para pacientes crónicos y adultos mayores. Por su parte, los pacientes muestran un núcleo figurativo donde de igual manera expresan una falta de tiempo en la consulta y de manera contrastante un tiempo de espera largo, así como problemas con la comunicación y la revisión física.

Para la segunda fase, se realizó una entrevista semiestructurada en los grupos focales, esta parte muestra un acercamiento más amplio acerca de las características estructurales en acción respecto del tiempo de la consulta en el acto médico.

Tiempo de duración de la consulta

Los médicos afirman que la duración de la consulta médica es de 5 a 10 minutos, haciendo referencia al nuevo sistema de solicitud de cita por internet o por

aplicación de celular, generándose una cita justo a la mitad de horarios ya establecidos, por lo cual se establecen automáticamente citas de 5 minutos de duración. Por su parte, los pacientes comentan que la duración de la consulta médica es de aproximadamente 10 a 20 minutos y ambos grupos guardan una concepción breve, insuficiente o escasa sobre el tiempo de la consulta médica. Los profesionales lo relacionan con la realización de acciones burocráticas, duplicación de consultas con fines administrativos o por faltas de material y/o recursos humanos, así como trámites relacionados con salud en el trabajo. De igual manera hay un pronunciamiento sobre los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas frecuentemente son pacientes adultos mayores y que acuden sin acompañantes a la consulta, lo cual dificulta el desarrollo de la consulta e incrementa el tiempo de la misma. Por su parte, los pacientes demandan de la consulta médica el tiempo necesario para expresar y manifestar sus sentimientos, sus dolencias y temores.

Ambos grupos coinciden que la duración de la consulta debería de ser entre 20-30 minutos, de igual

manera manifiestan necesidad de mayor tiempo para comunicación e intercambio de mensajes (tabla 2).

Tabla 2. Categorías y preguntas consideradas para guía de entrevista

Categoría	Preguntas
Tiempo de duración de la consulta	¿Cuál es la duración de la consulta médica? ¿Cuánto tiempo debería durar una consulta médica? ¿Por qué el tiempo de la consulta es mayor (o menor) de lo que debería durar?
Tiempo de espera	¿Cuánto tiempo considera como adecuado esperar para acceder a una consulta médica? ¿Cuáles son los motivos que incrementan el tiempo de espera? ¿Qué sentimientos le genera un mayor tiempo de espera?
Obstáculos en la consulta	¿Qué problemas considera puedan obstaculizar (retrasar) la consulta médica? ¿De qué manera se podrían evitar estos obstáculos?
Administración del tiempo de consulta	¿Quién decide el tiempo de duración de la consulta médica y del tiempo de espera? ¿Qué recomendaciones haría para mejorar los tiempos en la consulta médica? ¿Qué causaría mayor insatisfacción un tiempo de espera largo o un tiempo breve de consulta?

Fuente: Elaboración propia.

Tiempo de espera

Los pacientes señalan que estarían dispuestos a un tiempo de espera no mayor a 30 minutos sin generar malestar, ya que están conscientes que hay ocasiones cuando se presentan situaciones entorpecedoras de la consulta. Por su parte, los médicos señalan tiempo de espera diferente para un paciente que acude con cita, a un paciente con solicitud de consulta espontánea, por contar con una agenda preestablecida, generando, en ocasiones, mayor tiempo de espera con el consecuente malestar del paciente, angustia-estrés para el médico y puede entorpecer el encuentro, cabe señalar que en caso de una urgencia real el paciente será atendido de manera inmediata. Los pacientes de igual manera conciben las urgencias como motivos justificados para incrementar el tiempo de espera, así como los provocados por desastres naturales (lluvia, temblores), los condicionados por problemas

de transporte público o bloqueos viales, y por último los relativos a falla de los sistemas electrónicos del expediente médico, ante estas situaciones reconocen la contingencia y lo único que solicitan es una aclaración de la situación de manera gentil e inmediata. Los médicos por su parte señalan que en la primera hora de su horario de trabajo deben atender a pacientes sin cita, pudiendo atender entre seis a ocho pacientes si las patologías no son complejas, con posterioridad a esa hora inicial se atienden pacientes con cita y los pacientes sin atención quedan en espera de un lugar disponible. Esto genera ansiedad al saber que uno o varios pacientes están en espera de ser atendidos y buscan agilizar la atención de otros pacientes para poder atender a estos espontáneos para no “tener problemas”, se hace referencia a una queja o llamada de atención por incumplir con el tiempo de espera estipulado en los “indicadores de salud” (tabla 3).

Tabla 3. Categoría: duración de la consulta médica. Discursos médicos (as)/pacientes

Médicos (as)	Pacientes
<p>“...no te da tiempo de educar al paciente, explicarle al diabético sobre su dieta, el ejercicio...”, “...entre referencias a especialidad, recetas, incapacidades, solicitudes de laboratorio...”, “...estamos peor que obreros, obreros de la medicina...”, “...los pacientes crónicos...los de oxígeno, los adultos mayores vienen solos...”, “...los que sacan citas por internet el sistema los mete entre horarios de cita ya establecidos dejando consultas de 5 min...”</p>	<p>“...tiempo de explicar lo que sentimos, lo que nos duele...”, “...me revisan adecuadamente y me satisface mucho los resultados...”, “...tiempo necesario de acuerdo con la enfermedad...”, “...te sientes mal y tienes miedo y vienes a que te curen...”, “...no tengo tiempo de venir...”, “...no me dan permiso en el trabajo...”</p>

Fuente: Elaboración propia.

Obstáculos en la consulta

Los médicos hacen referencia a los problemas técnicos que retrasan la consulta desde la falla del sistema electrónico del expediente clínico, las impresoras, energía eléctrica, así como los auxiliares de diagnóstico, los cuales también dependen de una adecuada conectividad. Hacen referencia a los problemas administrativos derivados del llenado de documentos, recetas, incapacidades, referencias a segundo nivel que son duplicados por extravío u olvido. El tercer factor es el relacionado a las condiciones de limitación física del paciente adulto mayor, el cual acude solo, cuyas limitaciones auditivas, motoras y cognitivas dificultan la fluidez de la consulta.

Por parte de los pacientes señalan de manera contundente faltas del médico desde iniciar tarde con la consulta, interrumpir la consulta con una salida abrupta, inasistencias, el constante cambio de médico, lo cual no únicamente genera necesidad de explicar nuevamente desde el principio el padecimiento sino que además genera falta de continuidad a los procesos. Por último, y no menos importante, reconocen atrasos condicionados por la falta de transporte o acompañamiento.

Ambos grupos reconocen que es necesario respetar los horarios estipulados y poder ser accesibles en casos de contingencia manteniendo siempre informado y en comunicación inmediata (tabla 4).

Tabla 4. Categoría. Tiempo de espera: Comparación discursos pacientes/médicos

Médicos (as)	Pacientes
<p>“...tienes que atender todo lo que llega...”, “...si no tiene cita tiene que esperar...”, “...tienes que estar pensando en las guías de práctica, anotar en el expediente...”, “...llenar formatos...”, “...no acabas...”</p>	<p>“...llego desde las cuatro de la mañana a sacar una ficha...”, “...dicen que solo hay seis fichas...”, “...si llegas tarde a tu cita tienes que esperar...”, “...siempre llego temprano y me pasan tarde y ahora que llego tarde no me quieren pasar...”, “...te tienen espere y espere hasta que quieren...”</p>

Fuente: Elaboración propia.

Administración del tiempo de consulta

Los médicos señalan que la consulta médica tiene una duración “normada” de 10-15 minutos, hacen referencia a las supervisiones y documentos institucionales y lo comparan con recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre una consulta inicial de 20 minutos y una subsecuente de 15 minutos,

sin embargo, no se conoce un documento legal que determine el tiempo de duración de una consulta.

Por su parte, los pacientes señalan al médico y al director como los responsables de la duración de la consulta médica y de los tiempos de espera, señalando manipulación de ellos a voluntad y beneficio propio. Como recomendaciones de mejora ambos grupos coinciden en un mayor tiempo de consulta a

fin de satisfacer ambas necesidades y respetar los horarios establecidos.

En relación al tiempo de espera y el tiempo de consulta, una tercera parte de los profesionales considera que ambos tiempos son importantes, y las otras dos terceras partes señala que es más importante la duración de la consulta sobre todo si se pretende realizar las acciones de promoción, educación y prevención. En cuanto a los pacientes, el discurso está dividido a la mitad, quienes señalan mejorar el tiempo de espera tienen una condición de ser trabajadores activos, contrario al otro grupo le toma mayor importancia a este tiempo y menor importancia al tiempo de la consulta, pues consideran con mayor valor su tiempo productivo.

DISCUSIÓN

Se han realizado estudios dirigidos a explorar la calidad de la atención, la relación médico-paciente, y otros procesos, así como del tiempo de espera como indicador de calidad y como objeto de mejora. En la gran mayoría de los estudios señalados en los antecedentes, llama la atención que el tiempo de la consulta médica se percibe insuficiente, tanto por los pacientes como por los médicos, el objetivo de esta investigación fue acercarse a este fenómeno y conocer el sentido común de los actores principales involucrados en el proceso y contrastarlas a fin de ubicar nudos críticos a considerar para futuras investigaciones.

Con relación a la duración de una consulta, la literatura muestra mucha heterogeneidad, depende de las características socioeconómicas de cada país y de su sistema de salud, entre otros. En México, los estudios relacionados con la duración de la consulta señalan un lapso entre 8 y 15 minutos, en el IMSS donde se llevó a cabo este estudio la duración de la consulta es de aproximadamente 12 minutos en las unidades de medicina familiar; esta duración está por debajo de las recomendaciones planteadas por organismos internacionales y, además, señalan como principales funciones del primer nivel de atención lo relacionado con la promoción, educación para la salud y prevención, lo cual requiere mayor duración en el tiempo de consulta. Se carece de suficiente evidencia para valorar el tiempo de la consulta con esas funciones del primer nivel y su efecto a corto o mediano plazo. Sin embargo, los estudios realizados en otros países muestran resultados heterogéneos y

cuestionados, lo cual implica la necesidad de indagar más sobre este tema en nuestro contexto nacional. Herrera y colaboradores¹⁷ estudiaron las representaciones sociales de la relación médico paciente en el contexto colombiano, dentro de sus hallazgos señalan el “tiempo” desde una connotación negativa, tanto para pacientes como para los médicos, a pesar del señalamiento en la Ley 100 para la organización y funcionamiento del sistema de salud, con el señalamiento de duración no menor de 20 minutos.⁹ En esta investigación, los testimonios de pacientes y profesionales de la medicina hacen referencia a una duración de 20-30 minutos como ideal y tiempo deseado para concebir la recepción de una adecuada consulta médica.

El tiempo de espera es más que la cronometría de las acciones e interacciones interpersonales previas a la consulta, la lectura subyacente en la percepción de los pacientes plantea la “necesidad de atención inmediata” en función de las mismas exigencias de la dinámica social (acudir por los niños a la escuela, ir a trabajar, cuidar a un familiar enfermo, contemplar el tiempo de trayecto en los desplazamientos de ida y regreso). El tiempo de espera es parte del tiempo del paciente, en tanto el tiempo de duración de la consulta es tiempo del profesional. Ambas temporalidades surgen de necesidades reales y subjetivas, las cuales deben considerarse en la organización de la consulta externa de las unidades de primer nivel de atención.

Estas dos premisas permiten cuestionar si la duración mayor a la percibida actualmente mejorará la percepción de satisfacción de ambos actores, o en su caso se trata de un espacio de conflicto de otras formas de poder subjetivas u objetivas, considerando el tiempo como un mecanismo de control social legitimado a su vez por un aparato institucional, institucionalizado e instituyente de poder. Por lo que, tanto profesionales de la atención médica como pacientes, en tanto actores son dominados por esta misma lógica con distintas expresiones y su participación es moldeada por relaciones de dominación y poder asimétricas, alienantes, disciplinares y normativas; alejando cada día más la práctica humanística, holística y de alteridad dominada hoy día por una práctica mecanizada homogeneizante fugaz e insensible.

Financiamiento:

Esta investigación no contó con financiamiento alguno.

Conflicto de intereses:

No existe conflicto de Interés con ninguna Institución o persona alguna.

REFERENCIAS

1. Castañeda MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. cuba. Inf. Cienc. Salud.* 2013; 23(3): 343-353. [Consultado el 10 de mayo de 2018]; 24. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v24n3/rci10313.pdf>.
2. Delgado-Gallego Ma. E, Vázquez-Navarrete Ma. L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública.* 2010; 12(4): 533-545. [Consultado el 8 de abril de 2018]; 12. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>.
3. Girón M, Beviá B, Medina E, et al. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2002; 76: 561-575. [Consultado el 7 de mayo de 2018]; 5. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original6.pdf>.
4. Ramos C. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina. *An Fac med.* 2008; 69(1): 12-6. [Consultado el 02 de mayo de 2018]; Disponible en <http://revista-investigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1173/979>.
5. Campos-Navarro R, Afganis-Juárez EN, Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. *Arch med fam.* 2006; 8(1): 131-136. [Consultado el 7 de mayo de 2018]; Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062j.pdf>.
6. Rojas R. (2017). Bangladesh, el país con las consultas médicas más cortas del mundo. México: *Saludiarario.* Junio 2017. [Consultado el 23 de marzo de 2019]; Disponible en <https://saludiarario.com/bangladesh-el-pais-con-las-consultas-medicas-mas-cortas-del-mundo/>.
7. Jin G, Zhao Y, Chen C, et al. The Length and Content of General Practice Consultation in Two Urban Districts of Beijing: A Preliminary Observation Study. *PLoS ONE.* 2015 [Consultado el 11 de mayo de 2018]; 10. Disponible en <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135121>.
8. 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; 11: 61-67. [Consultado el 9 de abril de 2018]; Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/02813439308994904?needAccess=t>.
9. Álvarez AD. Calidad de la atención médica de 20 minutos, en CEMEV IPS, Sedes Bello, Envigado y Villanueva [tesis doctoral]. Facultad de Medicina. Medellín; 2014: 5-38. [Consultado el 2 de mayo de 2018]; Disponible en http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3662/1/Calidad_Atencion_Medica.pdf.
10. Cuevas-Urióstegui ML, Avila-Martínez I, Oliver-Márquez J, et al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública de México.* 1991; 33(6): 576-584. [Consultado el 25 de abril de 2018]; Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>.
11. Ortiz RM, Muñoz S, Lechuga D, et al. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública.* 2003; 13 (4): 229-238. [Consultado el 17 de mayo de 2018]. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n4/a05v13n4.pdf>.
12. Abric J.C. Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Jean Claude Abric (coord.), *Prácticas sociales y representaciones*, México: Ediciones Coyoacán; 2001: 53-74.
13. Luhmann N. *La sociedad de la sociedad*. México: Editorial Herder-Universidad Iberoamericana; 2007.
14. Elias, N. *Sobre el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1989.
15. Elias, N. *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
16. Giddens, A. *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. 2ª. Ed. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores; 2011.
17. Herrera N, Gutiérrez ME, Ballesteros-Cabrera M, et al. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública.* 2010; 12(3): 343-355. [Consultado el 28 de mayo de 2018]; Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217801001.pdf>.