

# Tiempos durante la visita médica en atención primaria

M. Seguí Díaz<sup>a</sup>, L. Linares Pou<sup>b</sup>, W. Blanco López<sup>a</sup>, J. Ramos Aleixades<sup>a</sup> y M. Torrent Quetglas<sup>c</sup>

**Objetivo.** Determinar el tiempo medio por encuentro –visita– y por problema atendido en el despacho médico, y su distribución según el proceso de atención en dicho encuentro.

**Diseño.** Estudio prospectivo del encuentro directo en el despacho médico con un tercero como cronometrador.

**Emplazamiento.** Tres médicos en 2 consultas de medicina de familia (aproximadamente, 2.500 tarjetas individuales cada una).

**Participantes.** Un total de 316 problemas de salud atendidos en 289 encuentros directos en el despacho médico.

**Mediciones principales.** Tiempo total según el tipo de encuentro directo en el despacho médico y según el problema atendido. Determinación del tiempo invertido en las distintas fases del encuentro.

**Resultados.** El tiempo medio por encuentro directo en el despacho médico es de 9,1 min, y el tiempo medio por problema atendido es de 7,4, con un recorrido entre los 76 s y los 25 min. El 84% de los encuentros fue espontáneo, el 13,5% concertado y un 2,5% no demorable o urgente. Los problemas fueron predominantemente burocráticos en el 17% de los casos, orgánicos en el 77,4% y psicosocofamiliares en el 5,6%.

El tiempo medio dedicado a consejo y tratamiento fue de 2,4 min, y el dedicado a la exposición del problema, de 18,3 s. Los tiempos variaron según el tipo de problema, el médico, y el sexo y la edad del paciente.

**Conclusiones.** La distribución del tiempo durante el encuentro médico depende del tipo de problema atendido. También influyen el médico, así como el sexo y la edad del paciente. El breve tiempo consumido en la exposición del problema sugiere la necesidad de ampliar el tiempo de escucha activa.

**Palabras clave:** Tiempos. Encuentro directo. Visita médica. Médico. Atención primaria.

## DIVISION OF TIME IN THE CONSULTATION WITH THE PRIMARY CARE DOCTOR

**Objective.** To determine the mean time per meeting –visit– and per problem attended to in the doctor’s office and their distribution according to the care procedure during the visit.

**Design.** Prospective study of the direct encounter in the doctor’s office with a third person as timer.

**Setting.** Three doctors at 2 family medicine clinics (each with a list of about 2500 health cards).

**Participants.** 316 health problems attended to in 289 direct encounters in the doctor’s office.

**Main measurements.** Total time according to type of direct encounter in the doctor’s office and problem addressed. Determination of the time spent on each stage of the encounter.

**Results.** Mean time per direct encounter in the doctor’s office of 9.1 minutes, and mean time per problem attended of 7.4 minutes, with a range from 76 seconds to 25 minutes. 84% were spontaneous visits, 13.5% were scheduled and 2.5% could not be put off/were urgent. Problems were mainly bureaucratic in 17% of cases, organic in 77.4 and psycho-social-family in 5.6%. Mean time devoted to advice and treatment was 2.4 minutes; that devoted to explanation of the problem, 18.3 seconds. The times varied according to the kind of problem, the doctor and the sex and age of the patient.

**Conclusions.** Distribution of time during the medical visit depends on the kind of problem involved. The doctor and the age and sex of the patient also affect the question. The short time spent on the explanation of the problem suggests that the period for active listening should be extended.

**Key words:** Times. Direct encounter. Medical visit. Doctor. Primary care.

<sup>a</sup>Médico de Familia. Unidad Básica de Salud Es Castell. Menorca. España.

<sup>b</sup>Residente de tercer año de la especialidad de MFyC. Unidad Básica de Salud Es Castell. Menorca. España.

<sup>c</sup>Epidemiólogo del Área de Salud de Menorca. España.

Correspondencia:  
 Mateu Seguí Díaz.  
 Noria den Riera, 3. Es Castell.  
 07720 Menorca. Illes Balears.  
 España.  
 Correo electrónico:  
 mseguid@meditex.es

Manuscrito recibido el 6 de febrero de 2003.  
 Aceptado para su publicación el 9 de febrero de 2004.

## Introducción

La entrevista médica es el evento fundamental en la relación médico-paciente, donde se establece la relación terapéutica que facilitará la búsqueda de una mejor salud para el enfermo. Se considera claves, respecto a la salud y la satisfacción del paciente, el tiempo dedicado a la entrevista, la accesibilidad y las cualidades apropiadas del médico (humanidad, escucha, empatía, competencia clínica y capacidad de comunicación)<sup>1-3</sup>. Se sabe que las duraciones del encuentro –visita médica– y de cada fase de la entrevista varían según la especialidad del médico, el tipo de relación contractual con la empresa (pago por consulta, capitación, salario) y la organización de ésta<sup>4-6</sup>. Además, influyen factores culturales (región, religión, etnia, etc.), personales del paciente (formación, personalidad, estado mental, comunicabilidad, etc.), personales y de estilo de trabajo del médico (estado anímico y habilidades en entrevista clínica, entre otros), tipo de problema atendido, etc.<sup>2,3,7,8</sup>. También varía según los días y la presión asistencial, el tipo de encuentro y el tiempo total dedicado a la atención clínica (en atención primaria en España, 2,5 h en el modelo tradicional y 4-5 h en el modelo de la reforma). Son múltiples, pues, los factores que influyen en la duración del encuentro y en la distribución de los tiempos durante la entrevista clínica<sup>4-6</sup>. Disponemos de datos sobre tiempo medios por encuentro, que se obtienen al dividir el número de citas por el tiempo total de trabajo<sup>9,10</sup>. Sin embargo, son escasos los trabajos sobre la duración de cada una de las fases de las consultas en atención primaria en nuestro país<sup>11-13</sup>, lo que resulta chocante, pues es una cuestión que preocupa al médico de familia español, quien reclama con insistencia a la Administración que le asigne un mínimo de 10 min por encuentro<sup>14,15</sup>. Puesto que la mayoría de los trabajos<sup>16-19</sup> sobre el tiempo de consulta se ha realizado en el mundo anglosajón, con sistemas retributivos y de atención diferentes de los nuestros, es importante aportar un estudio «doméstico», por limitado que sea. Esto nos llevó a plantearnos el conocimiento de los tiempos de duración de los encuentros directos en el despacho médico, y su distribución según el proceso de la atención a los problemas planteados. Creemos que este objetivo es relevante y posible.

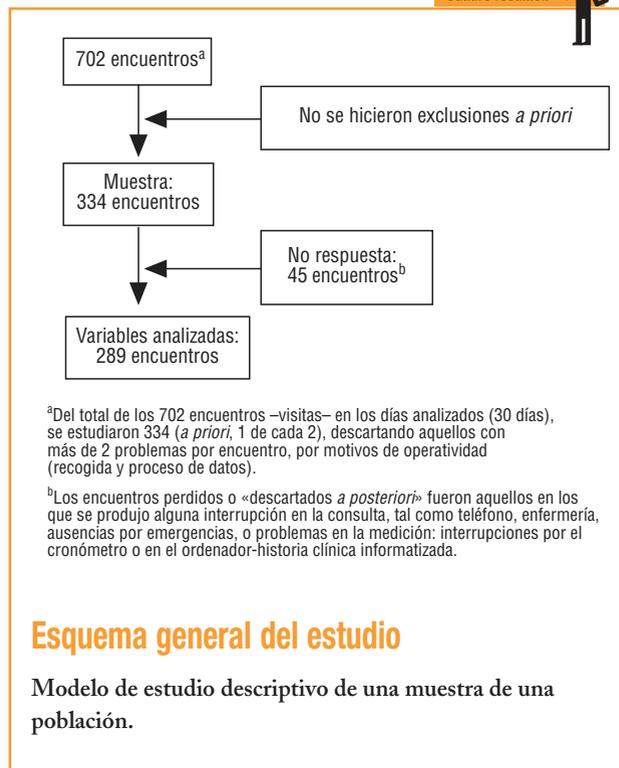
## Pacientes y método

Se trata de un estudio prospectivo observacional del encuentro directo en el despacho médico, con un tercero que actúa de cronometrador.

Se estudió a 3 médicos de familia en 2 consultas de medicina de familia (con aproximadamente 2.500 tarjetas sanitarias individuales cada una), de una unidad básica de salud semiurbana. Un médico actuó como observador ajeno y cronometró durante 30

Material y métodos

Cuadro resumen



días de mayo/junio de 2001 el curso de la atención médica, anotando en una ficha por encuentro los diversos tiempos. El tamaño de la muestra se calculó para una precisión de 30 s en la estimación de la media poblacional, y se asumió una desviación típica poblacional de 4 min para una duración media del encuentro de 7 min. El número de encuentros que se debía registrar se incrementó en un 25% para los casos que tuvieran que ser excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, con lo que el número mínimo de encuentros a observar fue de 308. Este tamaño muestral también permite detectar diferencias de 1,5 min entre 2 subgrupos, con una potencia del 80% para una prueba bilateral y un riesgo  $\alpha = 0,05$ . Se incluyó la mitad de todos los encuentros realizados en los días seleccionados (uno sí y uno no), a fin de garantizar el adecuado registro del evento de interés. Definimos como «caso objeto de estudio» a todos los «encuentros directos en el despacho médico» de cada jornada laboral con los médicos seleccionados en los días señalados. Definimos como «problema atendido» a cada uno de los problemas planteados en el curso de dichos encuentros. Se excluyeron: *a*) los encuentros directos realizados fuera del centro (espontáneos, programados, urgentes); *b*) los encuentros indirectos telefónicos, y *c*) los encuentros directos en el despacho médico cuando hubo más de 2 problemas atendidos (por dificultad de medición del tiempo). Los encuentros directos en el despacho médico se consideraron: *a*) espontáneos; *b*) concertados (tanto encuentros de seguimiento por una enfermedad previa aguda y crónica como de cribado); *c*) no demorables y urgentes, y *d*) encuentros burocráticos realizados directamente con el médico. Se incluyó a todos los pacientes con independencia de su edad, siempre que asistieran al centro de salud (la característica básica del encuentro directo es el cara a cara entre el paciente y el profesional).

Entre los encuentros directos en el despacho médico, se excluyeron aquellos en que: *a)* por algún motivo no se pudo poner en marcha el cronómetro o hubo problemas con el ordenador; *b)* hubo una interrupción que hizo salir al médico de la consulta (emergencias, teléfono, curas de enfermería, requerimiento del personal de admisión), y *c)* se produjo una mezcla de eventos del proceso de atención que hizo imposible su medición discreta (exploración con entrevista, exposición con exploración, tratamiento con exploración, etc.).

Se midieron las variables dependientes según el tipo de encuentro (espontáneo –primer episodio o sucesivo–; concertado –según programa o enfermedad crónica–, o no demorable/urgente) y el problema atendido (burocrático, orgánico, psicosociofamiliar). Se midió con discreción el tiempo invertido en llamar al paciente, la exposición del problema, la entrevista inicial, la exploración, los consejos y el diálogo al margen de lo consultado, y descontamos el tiempo dedicado exclusivamente al registro y cumplimentación de documentos.

La variables estudiadas fueron:

1. Médico (nominal).
2. Edad del paciente (años).
3. Sexo del paciente (varón o mujer).
4. Eventos en el proceso de atención; entre las variables objeto de estudio se encuentran:

– Tiempo empleado para llamar al paciente, recibirlo o buscarlo: tiempo dedicado a llamar al enfermo, saludarle, indicarle que se siente, buscar la historia clínica y darle opción a que se explique, y tiempo transcurrido hasta que empieza a hablar (s).

– Tiempo de exposición del problema por problema: tiempo que tarda el paciente en exponer su problema. Tiempo que transcurre hasta la primera palabra de la entrevista inicial del médico (s).

– Tiempo de la entrevista inicial del médico: tiempo desde que el médico empieza a preguntar hasta que se levanta y procede a la exploración del paciente (s).

– Tiempo de exploración: tiempo entre la finalización de la entrevista inicial y el comienzo de los consejos o recomendaciones sobre el tratamiento. Incluye la exploración física y la valoración de pruebas (analítica, radiología, etc.) (s).

– Tiempo de consejo y recomendaciones de tratamiento: tiempo desde la conclusión de la exploración física hasta la despedida, o planteamiento de otro problema. Incluye comentarios sobre el diagnóstico y la enunciación de éste (s).

– Diálogo al margen de los problemas atendidos: tiempo que se dedica al abordaje de aspectos no sanitarios, familiares, sociales o de carácter general (s).

5. Tipo de encuentro médico directo en el despacho médico:

– Espontáneo (por iniciativa del propio paciente): *a)* primer episodio del problema, y *b)* episodios sucesivos, por falta de resolución del problema.

– Concertada (encuentro a iniciativa del médico): *a)* según el programa de salud, y *b)* visitas sucesivas por un proceso previo agudo o crónico.

– No demorable y urgente (encuentro fuera de circuito de cita previa, espontánea o concertada).

– Emergencia (encuentro fuera del circuito de cita previa que exige su atención inmediata).

6. Número de problemas por encuentro: número de problemas planteados al médico (número).

7. Tipo de problema atendido: clase de problema que el paciente plantea al médico, independientemente de la causa subyacente:

– Burocrático (papeleo): problema que sólo exige rellenar un documento (receta, baja, volante, ambulancia, prueba, certificado, etc.).

– Psicológica y sociofamiliar o laboral: problema de salud referente a una alteración psíquica, de salud familiar, laboral o social.

– Orgánico (enfermedad de un/os órgano/s o sistema/s): síntomas o signos puramente físicos, aunque en el diagnóstico hubiera que considerar algún componente psicológico, sociofamiliar o laboral.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Stata versión 5.0. Se presentan los tiempos medios de las variables estudiadas con su intervalo de confianza del 95%; para la comparación de los grupos se utilizó el método de análisis de la varianza.

## Resultados

Se incluyeron inicialmente 334 encuentros (1 de cada 2) del total de 702 encuentros directos en el despacho médico, pero se pudo analizar 289 tras excluir los restantes por las causas que se recogen en el apartado Pacientes y método. El 44,6% eran varones (edad media de 35,6 años) y el 53,4% mujeres (edad media, 43 años). Hubo 316 problemas atendidos y estudiados (1,1 problemas por encuentro).

El tiempo medio del encuentro fue de 9,1 min (intervalo de confianza [IC] del 95%, 7,5-10,7). El tiempo medio por problema atendido fue de 7,14 min (IC del 95%, 6,6-7,6), con un recorrido entre los 76 s y los 25 min. El 84% de los encuentros fue espontáneo (un 44% de primeros episodios y un 40% de episodios sucesivos), el 13,5% concertado según el programa de salud o por seguimiento de una enfermedad crónica y el 2,5% no demorable o emergencia.

Se dedicó el 25,4% del tiempo del encuentro a anotaciones o cumplimentación de registros, volantes, recetas y otros documentos. Este tiempo se excluye de los resultados.

**TABLA 1** Tiempo medio (s) utilizado por problema planteado (n = 259), según cada una de las fases de la consulta médica

Tiempos por problema	Burocrático (n = 48)	Orgánico (n = 211)	p
De llamada <sup>a</sup>	23,4 (13,3-33,5)	22,6 (19,6-25,6)	NS
De exposición <sup>a</sup>	12,8 (9,6-16,0)	17,9 (15,5-20,2)	0,05
De interrogación <sup>a</sup>	46 (26,5-65,4)	48,9 (40,8-56,9)	NS
De exploración <sup>a</sup>	50,4 (10,4-90,4)	77 (66,6-87,4)	0,06
De consejos <sup>a</sup>	163 (126-201,5)	145,2 (131,6-158,9)	NS
De diálogo al margen <sup>a</sup>	18,6 (1,9-35,3)	8,3 (4,4-12,3)	0,07
De escritura <sup>b</sup>	95,8	109,1	
Total	410 (313,8-506,1)	429 (397-462,1)	NS

<sup>a</sup>Media (intervalo de confianza del 95%).

<sup>b</sup>Diferencia obtenida entre los tiempos de cada una de las fases y el total de la consulta.

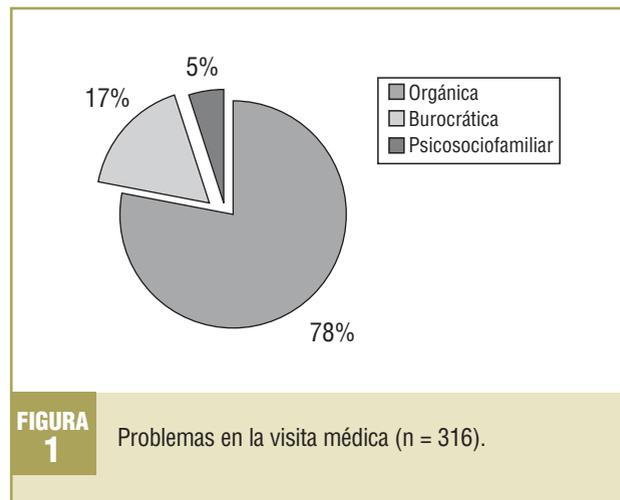
**TABLA 2** Tiempo medio (s) por problema en cada una de las fases de la consulta médica (n = 275), según género y sexo

Tiempos por problema	Varones (n = 126)	Mujeres (n = 149)	p
De llamada <sup>a</sup>	22,3 (18,2-26,4)	22,4 (18,3-26,6)	NS
De exposición <sup>a</sup>	15,5 (13-18)	20,7 (17,2-24,2)	0,02
De interrogación <sup>a</sup>	52,6 (39,6-65,5)	50,4 (40,2-60,5)	NS
De exploración <sup>a</sup>	81 (9,6-62)	58,4 (47-69,9)	0,03
De consejos <sup>a</sup>	140,9 (122,2-159,5)	154,7 (137,5-171,9)	NS
De diálogo al margen <sup>a</sup>	8 (2,4-13,5)	15,3 (7,2-23,4)	NS
De escritura <sup>b</sup>	99,7	113,1	
Total	420 (373,1-466,9)	435 (394,4-475,6)	NS

<sup>a</sup>Media (intervalo de confianza del 95%).

<sup>b</sup>Diferencia obtenida entre los tiempos de cada una de las fases y el total de la consulta.

Según el tipo de problema, el 17% fue burocrático, el 77,4 orgánico y el 5,6% psicofamiliar. El tiempo dedicado a cada uno de ellos fue de 8,6 min (IC del 95%, 6,1-11) para los problemas psicofamiliares, de 7,1 min (IC del 95%, 6,6-7,7) para los orgánicos y de 6,9



min (IC del 95%, 5,2-8,4) para los burocráticos (p < 0,05).

Según el sexo, el tiempo medio empleado con las mujeres fue de 7,2 min (IC del 95%, 6,5-7,9), similar al utilizado con los varones, de 7 min (IC del 95%, 6,2-7,7).

**TABLA 3** Tiempo medio (s) por problema en cada una de las fases de la consulta médica (n = 269), según estratos de edad

Tiempos por problema	< 15 años (n = 42)	15-64 años (n = 174)	> 64 años (n = 53)	p
De llamada <sup>a</sup>	27,4 (18,6-36,1)	22,8 (19-26,5)	18,1 (13,4-22,9)	NS
De exposición <sup>a</sup>	12,3 (8,8-15,8)	18,2 (15,4-20,9)	23,1 (16,6-29,5)	0,02
De interrogación <sup>a</sup>	44 (30,7-57,3)	50,5 (41,1-59,9)	61,4 (34,6-88,2)	NS
De exploración <sup>a</sup>	129,3 (96,6-162)	61,7 (48,1-75,4)	46,9 (32,6-61,2)	0,000
De consejos <sup>a</sup>	141,1 (114,1-168)	147,8 (132,2-163,4)	158,6 (123,2-194)	NS
De diálogo al margen <sup>a</sup>	13 (0,9-25,1)	10,2 (4,2-16,2)	18,2 (3,3-33,1)	NS
De escritura <sup>b</sup>	123,1	95,8	130,7	
Total	490,2 (423-567,4)	407 (369,8-444,6)	457 (376,5-537,6)	NS

<sup>a</sup>Media (intervalo de confianza del 95%).

<sup>b</sup>Diferencia obtenida entre los tiempos de cada una de las fases y el total de la consulta.

**TABLA 4** Tiempo medio (s) por problema utilizado por los médicos observados, según cada una de las fases de la consulta médica (n = 275)

Tiempos por problema	Médico 1 (n = 122)	Médico 2 (n = 70)	Médico 3 (n = 83)	p
De llamada <sup>a</sup>	20,6 (16,8-24,3)	25,5 (17,4-33,5)	22,4 (18,2-26,7)	NS
De exposición <sup>a</sup>	20 (16,4-23,5)	18 (14,6-21,3)	16,2 (11,8-20,7)	NS
De interrogación <sup>a</sup>	43,2 (35,3-51,2)	41,9 (27,6-56,2)	71,3 (50,7-91,9)	0,005
De exploración <sup>a</sup>	80 (64-96,1)	38 (29,5-46,5)	78,2 (53,1-103,3)	0,003
De consejos <sup>a</sup>	144,4 (128,5-160,2)	160,9 (132,5-189,4)	143,7 (117,9-169,4)	NS
De diálogo al margen <sup>a</sup>	14,2 (6,1-22,3)	17,3 (3,9-30,7)	4,2 (0,52-7,9)	NS
De escritura <sup>b</sup>	104,4	94,4	152	
Total	426,8 ( 286,8-466,7)	396 (346-446,1)	457 (384,9-529,5)	NS

<sup>a</sup>Media (intervalo de confianza del 95%).

<sup>b</sup>Diferencia obtenida entre los tiempos de cada una de las fases y el total de la consulta.

Los tiempos totales fueron también similares al compararlos según la edad del paciente; en los menores de 14 años (42 problemas), el tiempo medio fue de 8,1 min (IC del 95%, 6,8-9,4), en los de 15-65 años (174 problemas) de 6,7 min (IC del 95%, 6,1-7,4), y en los mayores de 65 años (53 problemas) de 7,6 min (IC del 95%, 6,2-8,9).

No hubo diferencias entre los médicos respecto al tiempo global de duración del problema atendido, con 7,1 min (IC del 95%, 6,4-7,7) de media para el médico A (122 problemas), 6,6 min (IC del 95%, 5,7-7,4) para el médico B (70 problemas), y 7,6 min (IC del 95%, 6,4-8,8) para el médico C (83 problemas).

Las causas de exclusión fueron: un 48% por interrupción por la enfermera, un 31% por interrupción telefónica, un 17% por fallos al cronometrar y un 2,4% por problemas con el ordenador. Los tiempos según el proceso de atención de los problemas se distribuyeron en 22,4 s (IC del 95%, 19,5-25,3) de media en la llamada, 18,3 s (IC del 95%, 16,1-20,5) en la exposición del problema, 51,4 s (IC del 95%, 43,3-59,4) en la entrevista inicial, 68,8 s (IC del 95%, 58,1-79,5) en la exploración, 148,4 s (135,8-161) en consejos y recomendaciones de tratamiento, y 12 (IC del 95%, 6,9-17) s en el diálogo

Discusión  
Cuadro resumen

## Lo conocido sobre el tema

- En España, el tiempo medio de visita en atención primaria en 1997 era de 6,7 min: 5,4 min en la consulta a demanda en el médico general/médico de familia y 7,1 min para pediatría<sup>9</sup>.
- El tiempo de visita médica en España está condicionado por la unidad de tiempo que la empresa dispone por paciente, por los enfermos visitados fuera de circuito y por los retrasos que va acumulando el médico.
- Con todo, son escasos los trabajos que estudian este tema en nuestro país, y sabemos poco sobre cuestiones como: ¿puede generalizarse un tiempo medio de consulta, o éste se encuentra influido por las diferentes clases de consultas, de pacientes e incluso de médicos? Y dentro de la consulta médica no sabemos, cuánto tiempo dedica el médico de nuestro nivel a escuchar, entrevistar, explorar, aconsejar, a hablar de temas no relacionados con la salud, etc.

## Qué aporta este estudio

- Que si bien no podemos asegurar que el distinto comportamiento médico influya en la duración de las consultas –problemas–, los datos sí que nos sugieren que existen diferencias significativas en el tiempo dedicado a algunas de sus fases.
- Nos confirma el escaso tiempo que dedican los médicos de atención primaria a sus pacientes para que se expresen.
- El tiempo por problema está condicionado por lo consultado, mayor en la problemática psicosociofamiliar y menor en las burocráticas.
- El médico, el sexo y la edad del paciente influyen en las distintas fases de la consulta.

al margen de lo consultado. Así, los consejos y las recomendaciones de tratamiento ocuparon el 34,6% de la consulta, cuando la exposición del problema no pasó en ningún caso de los 2 min. La entrevista inicial y la exploración ocuparon el 28% del tiempo dedicado al paciente. Hay pequeñas variaciones en el tiempo dedicado a cada una de las fases del proceso de atención, y tienen significación estadística ( $p < 0,05$ ):

1. En el tipo de problema (tabla 1), el tiempo de exposición del problema entre los orgánicos, 17,9 s (IC del

95%, 15,5-20,2), frente a los burocráticos, 12,8 s (IC del 95%, 9,6-16,0).

Los problemas psicológicos tienen mayor tiempo de exposición (34,7 s; IC del 95%, 12,8-56,6), entrevista inicial (120,2 s; IC del 95%, 26,3-214,1) y diálogo al margen (50 s; IC del 95%, 21-122), y menor tiempo de exploración (20,4 s; IC del 95%, 4-44,9).

2. Respecto al sexo (tabla 2), el mayor tiempo de exposición se observa en las mujeres (20,7 s; IC del 95%, 17,2-24,2) frente a los varones (15,5 s; IC del 95%, 13-18), a los que se dedica más tiempo a la exploración (81 s; IC del 95%, 9,6-62) frente a las mujeres (58,4 s; IC del 95%, 47-69,9).

3. Según la edad (tabla 3), se dedica más tiempo de exploración a los menores de 15 años (129,3 s; IC del 95%, 96,6-162) y más tiempo de entrevista inicial a los mayores de 65 años (62,4 s; IC del 95%, 34,6-88,2).

4. Según el médico, se observan diferencias respecto a los tiempos de entrevista inicial y de exploración (tabla 4).

## Discusión

Para la interpretación de los resultados de este trabajo se debe tener en cuenta el posible sesgo producido en el registro de los tiempos por la presencia de un tercero ajeno a la consulta –error sistemático por el método de medida– que pudo modificar el comportamiento del médico y del paciente. Se intentó paliar este efecto empleando un único observador (el mismo en todos los encuentros), entrenándolo en el manejo del cronómetro y del cuestionario antes del estudio, y con la utilización de un mismo cronómetro de precisión y un sencillo formulario *ad hoc*. También se intentó disminuir el impacto de la observación mediante el registro de un encuentro de cada 2, sin que el médico supiera cuál era el registrado hasta el final.

Debido a la dificultad para medir los tiempos, se registraron sólo los encuentros con un máximo de 2 problemas atendidos, pues en el proceso de atención siempre se produce una mezcla de actividades (exposición con la entrevista inicial, exploración con la entrevista, tratamiento con la exploración, etc.) e incluso varios problemas atendidos que se mezclan indisolublemente. También condiciona el resultado trabajar con médicos seleccionados (médicos más motivados, tutores de la especialidad), que atienden a una población más joven (al asumir éstos a los niños) y en un ambiente semirural. Por otro lado, también influyó la cita previa con tramos fijos de 7,5 min, atender a los enfermos sin cita al final del horario de la consulta y la estacionalidad (por la morbilidad asociada y el uso peculiar en cada estación del año).

No fue objetivo de este trabajo el estudio del tiempo dedicado a las anotaciones, por la dificultad de hacerlo a la vez que se medían las otras variables, de forma que se excluyó el tiempo dedicado al registro de información o a la cum-

plimentación de papeleo. Con esto paliamos el sesgo producido al registrar esta actividad dentro de cada uno de los componentes del proceso de la atención, e indirectamente calculamos el tiempo dedicado a este importante cometido de la consulta médica<sup>11</sup>.

Antes de entrar en la discusión de los resultados de este trabajo, cabe señalar que los estudios sobre el tiempo de consulta de mayor alcance se han realizado de manera retrospectiva y en el mundo anglosajón a partir de registros informatizados; éste es el caso del National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) y del Socioeconomic Monitoring System Survey (SMS) en Estados Unidos<sup>16-18</sup>. En España, el tiempo de consulta se calcula a partir de los registros institucionales de la actividad, dividiendo el número de pacientes atendidos por el tiempo invertido en atenderlos<sup>9,10</sup>, aunque también hay trabajos realizados mediante observadores directos (enfermera o médico, como en nuestro caso)<sup>12,13</sup> y grabación directa del encuentro<sup>20,21</sup>.

En cuanto a los resultados, en este trabajo se confirma que la unidad de tiempo con la que se cita a los pacientes (7,5 min) siempre es inferior al tiempo real destinado a ellos, que llega en nuestro caso hasta los 9,1 min a costa de aumentar el tiempo total asignado a la consulta médica, con los consiguientes retrasos y esperas. Hay que tener en cuenta que en España, el tiempo medio del encuentro a demanda en la atención primaria en 1997 fue de 6,7 min (5,4 min en la consulta a demanda de medicina general/medicina de familia y 7,1 min para pediatría), y el tiempo medio para el encuentro programado, de unos 22 min en ambos casos<sup>9,10</sup>.

El encuentro médico directo en el despacho médico es interrumpido con frecuencia, hasta el 12% en este trabajo. Muchas veces, el problema atendido es puramente burocrático, en el 17% de los casos en nuestro estudio (porcentaje menor al medio en nuestro país, pues parte de la burocracia se resuelve en un circuito no médico, con participación de enfermería y administración). Puesto que no hay grandes diferencias de tiempo en la atención a los encuentros predominantemente burocráticos, respecto a los referidos a enfermedades orgánicas (410 frente a 429 s en tiempo total; tabla 1) puede colegirse un proceso de «ya que estoy aquí», que sume otro problema al burocrático o que éste oculte una demanda por un problema orgánico, psicosocial, familiar o laboral. Este hecho puede utilizarse de manera pragmática para avalar la recomendación de independizar los encuentros burocráticos (resolverlos por circuitos distintos de los encuentros clínicos, para evitar el frecuente fenómeno del *by the way* ya nombrado) o, para lo contrario, más acorde con la filosofía de la atención integral para intentar descubrir el componente orgánico, psicosocial, familiar y laboral que oculta o acompaña a la demanda burocrática.

Nuestros datos una vez más confirman que más de la mitad (56%) de los encuentros médicos los genera el propio

galeno (encuentros de seguimiento o concertados), de manera que puede admitirse una responsabilidad compartida entre médicos, pacientes y Administración (por la organización global) en la génesis y perpetuación de una buena parte de la frecuentación asistencial.

Los encuentros con problemas psicosociales duran más tiempo (8,5 min) que los burocráticos (6,9 min) y los orgánicos (7,1 min). No se observan estas diferencias significativas si se estudia la duración total del encuentro según el sexo o la edad del paciente, lo que difiere de otros resultados<sup>12</sup> y sugiere que no se cumple en nuestro caso la «ley de los cuidados inversos» (dar más a quien menos lo necesita, y al revés<sup>22</sup>), al menos a este respecto.

El escaso número de médicos estudiados (como en otros estudios españoles) impide extraer conclusiones generales sobre la duración de los encuentros. Sin embargo, los resultados permiten afirmar que los médicos conceden escaso tiempo a sus pacientes para expresarse, y que el comportamiento de éstos difiere en lo que atañe al tiempo dedicado a la entrevista inicial y al de la exploración (tabla 4). Aunque se requieren estudios más amplios para confirmar estos resultados<sup>12,13</sup>, el escaso tiempo dedicado a la escucha (tiempo de exposición del problema de 18 s de media) demuestra la precipitación con la que se realizan las consultas en nuestro medio (o una cultura médica de escucha breve, pues los resultados coinciden con los de otros en países diferentes<sup>23-26</sup>).

Respecto al proceso de la atención, cabe señalar el distinto tiempo según la edad y el sexo dedicado a la exposición del problema (mayor en la mujer y en ancianos) y a la exploración (mayor en el varón y en el niño), atribuibles con gran probabilidad: *a*) a la distinta manera de conducir la entrevista clínica y a la imbricación de aspectos psicosociales en ésta según la edad y el sexo, y *b*) a las distintas enfermedades según los sexos y a la influencia del examen del lactante<sup>20,21</sup>.

En cuanto a la entrevista, se ha sugerido un tiempo de unos 7 min sólo para la anamnesis, sin incluir la exploración física<sup>2</sup>. Esta recomendación no tiene nada que ver con el tiempo registrado en nuestro estudio, de apenas minuto y medio.

«Si el médico utiliza más del 60% del tiempo total en hablar (en detrimento del tiempo de escucha), obtendrá poca información o la que se obtenga estará influida por sus propios prejuicios para llegar a un diagnóstico u otro»<sup>2</sup>. En nuestro caso, el médico dedica a hablar el 47% del tiempo del encuentro (tiempos de entrevista inicial, consejos y diálogo al margen) frente al 4% del tiempo que dedica a escuchar.

Aunque el tiempo que se dedica a la consulta preocupa al médico<sup>14,15</sup>, son escasos los trabajos que estudian esta cuestión en nuestro país. Dos de los trabajos consultados<sup>12,13</sup> se realizaron, como el nuestro, con pocos médicos (4 y 1, respectivamente) y con un número escaso de encuentros. La duración del encuentro fue inferior en ambos

casos al nuestro, de 6,7 y 7,7 frente a los 9,1 min. Puesto que hubo diferencias en el tamaño del cupo asignado, se deduce que manteniendo la total accesibilidad del propio médico (la no existencia de rebosaderos en el centro), el tamaño de la lista de pacientes no condiciona el tiempo dedicado a cada uno de ellos<sup>17,18</sup>.

Hay que señalar que se dispone de trabajos que estiman el tiempo de registro en un 48%, lo que contrasta con el 25,4% que dedican los médicos de nuestro trabajo<sup>13</sup>.

Se ha apuntado, por otra parte, que disponer de tiempo suficiente para charlar informalmente sobre aspectos no médicos dentro la consulta se asocia con una mayor satisfacción por parte del paciente<sup>2,3</sup>. Los pacientes interpretan que el médico les dedica tanto tiempo que incluso pueden hablar de temas diferentes de los que les habían llevado a la visita. La realidad es que, en nuestro medio, este tiempo es mínimo (4-56 s) o no existe<sup>19</sup>.

El grado de insatisfacción creciente del médico de atención primaria se atribuye en buena medida a la falta de tiempo para atender a los pacientes correctamente<sup>27</sup>, lo que podría ser una impresión subjetiva del profesional<sup>16</sup>. En cualquier caso, creemos, con otros, que debería ser de unos 10 min por encuentro<sup>28</sup>. Éste sería el referente para poder alcanzar un nivel mínimo de calidad en la atención al paciente<sup>2,3</sup>. Y más en España, donde los datos de Eurostat<sup>29</sup> contradicen las encuestas realizadas por la Administración<sup>30</sup>, pues nuestro país se incluye entre los que tienen un mayor porcentaje de población que se queja del escaso tiempo de visita en atención primaria: del 78 frente al 52% como promedio de la Unión Europea<sup>29</sup>.

En conclusión, pese a las limitaciones de nuestro estudio, los resultados deberían suponer un acicate para aumentar el tiempo de escucha al paciente y para realizar más estudios al respecto. Sabemos poco sobre el uso del tiempo clínico del médico, y la cuestión es importante para profesionales, pacientes y gerentes.

### Agradecimiento

A Juan Gervas (equipo CESCA) por su ayuda y consejo en la redacción final de este trabajo

## Bibliografía

1. Monparier Martínez C. Tiempo idóneo de la duración de una visita. Cuadernos de Gestión 2002;8:61-70.
2. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. 1.ª ed. Barcelona: Doyma, 1989.
3. Myerscough PR, Ford M, Doyle CD, Hewitt ANM, Laing IA, Speirs AL, et al. Obstáculos a la comunicación. En: Myerscough PR, Ford M, editor. Hablando con pacientes. Claves para una buena comunicación. 3.ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1996; p. 61-72.
4. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002;8:115-32.
5. Guijarro Eguskizaga A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual. Cuadernos de Gestión 2002;8:71-84.
6. Ruiz Tellez A. La organización de un equipo de atención primaria. Centro de Salud 1999;5:592-606.
7. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Anderson RJ. Is patient' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med 2001;161:1437-42.
8. Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión 1997;3:90-101.
9. Anuario de la Sanidad y del medicamento en España [editorial]. El Médico 1998;675(Supl):124.
10. Anuario de la Sanidad y del medicamento en España 2002 [editorial]. El Médico 2002;830(Supl):118.
11. Gervás JJ, Pérez-Fernández MM. El tiempo del registro médico. Aten Primaria 1987;4:330-2.
12. Ogando B, Giménez A, De Andrés ME, García LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. Aten Primaria 1995; 15:290-6.
13. Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas en atención primaria. Aten Primaria 1995;15:439-44.
14. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! Aten Primaria 2001; 28:297-8.
15. De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de Salud. SEMERGEN 2003;29:14-6.
16. Mechanic D, McAlpine D, Rosenthal M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? N Engl J Med 2001;344: 198-203.
17. Blumenthal D, Causino N, Chang Y, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. J Fam Pract 1999;48:264-71.
18. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the «Black Box». A description of 4454 patients visits to 138 Family Physicians. J Fam Pract 1998;46:377-89.
19. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stage KC. Patient satisfaction with time spent with their hysician. J Fam Pract 1998;47:133-7.
20. Hernández Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervas J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. Aten Primaria 1992;10:719-24.
21. Gervas J, Hernández LM, Martí A, García-Sagredo P, Elvira P, Estévez A, et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. Aten Primaria 1991;8:202-5.
22. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;1:405-12.
23. Rhoades Dr, McFarland KF, Finch WH, Jonson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. Fam Med 2001;33:528-32.
24. Sbau J, Katic M, Cuk V. El tiempo del paciente cuando habla sin interrupciones. Aten Primaria 1993;11:175-7.
25. Wilkinson C. Time to let the patient speak. BMJ 1989;298:389.
26. Olsburgh B, Jelly DM. Time to let the patient speak. BMJ 1989;298:458.
27. Champion EW. A symptom of discontent. N Engl J Med 2001;344:223-5.
28. Morell DC, Roland MO. How can good general practitioners care achieved? Br Med J 1987;294:161-2.
29. European Commission. European Communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Luxemburgo: Eurostat, 2000.
30. INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Encuesta de satisfacción con los servicios de Atención Primaria 1997. Madrid: INSALUD, 1998.