Tiempo de consulta y calidad de atención en consultas de médicos de familia y comunidad. Canelones, Uruguay, 2024

Consultation time and perceptions of health care by family and community physicians. Canelones, Uruguay, 2024

Autores/as: Sofía Bergeret[a], Adán Gonzalez[b]

[a] *Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de la República, Uruguay.*
[b] *Médico especialista en Medicina General Integral (Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba). Unidad académica de Medicina Preventiva y Social, Universidad de la República, Uruguay. Mail: adangonzalezenuy2013@gmail.com*

Resumen

El presente estudio, realizado en el primer nivel de atención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en Canelones Oeste, Uruguay, tuvo el objetivo de estimar el tiempo de consulta promedio y describir algunas características de la atención brindada por médicos de familia y comunidad. Consiste en un estudio observacional de tipo descriptivo mediante una encuesta anónima, de participación voluntaria, a través de un formulario impreso que fue completado por los pacientes luego de retirarse de la consulta. A su vez, se realizó una encuesta a los médicos posterior a cada consulta. Se obtuvo una muestra de 210 pacientes y 11 médicos. La duración de la consulta tuvo una mediana de 13 minutos. 84,2% de los pacientes refirieron que el tiempo fue adecuado. En cambio, solo a 52,5% de los médicos les pareció que el mismo fue suficiente. Las respuestas a las preguntas sobre satisfacción del paciente con la consulta dieron resultados muy positivos. Las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con tiempos de consultas más extensos fueron: haber concurrido con su médico de referencia, haberse agendado hace más de 48 horas y haber abordado temas emocionales en la consulta. Los resultados evidenciaron una buena percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención recibida. Se observó una discordancia entre la percepción del médico y del paciente respecto a si el tiempo de consulta había sido suficiente.

Palabras clave: agenda médica, presión del tiempo, satisfacción del paciente, primer nivel de atención, calidad de la atención de salud.

Abstract

This study, conducted at the primary care level of Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) in Canelones Oeste, Uruguay, aimed to estimate the average consultation time and describe some characteristics of the care provided by family and community physicians. It consisted of a descriptive observational study using an anonymous, voluntary survey completed by patients after their appointment. Physicians were also surveyed after each consultation. The sample

Autora para correspondencia: Sofía Bergeret, sofiabergeret@gmail.com
Recibido: 09/11/2025 Aceptado: 14/07/2026.

Cómo citar: Bergeret S, Gonzalez A. Tiempo de consulta y calidad de atención en consultas de médicos de familia y comunidad. Canelones, Uruguay, 2024. Arch Med Fam Gen. 2026 Oct;24(3):6-16.

comprised 210 patients and 11 physicians. The median consultation duration was 13 minutes. 84,2% of patients reported that the consultation time was adequate. However, only 52,5% of physicians felt it was sufficient. Responses to questions regarding patient satisfaction with the consultation yielded very positive results. The variables that showed a statistically significant association with longer consultation times were: having visited their usual primary care physician, having scheduled the appointment more than 48 hours in advance, and having discussed emotional issues during the consultation. The results indicated a positive patient perception of the quality of care received. A discrepancy was observed between the physician's and the patient's perceptions regarding whether the consultation time was sufficient.

Key words: Appointments and schedules, time pressure, patient satisfaction, Primary Health Care, Quality of Health Care.

Introducción

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) es una especialidad clínica fundamental encargada del seguimiento y la resolución de problemas de salud de individuos, familias y comunidades (1). Es la especialidad responsable de proveer atención integral y continua en el primer nivel de atención (PNA). La existencia de médicos que provean estos cuidados se asocia con mejores resultados de salud, incluyendo una menor mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y bajo peso al nacer (2-6). Los profesionales de MFYC logran esto al integrar la atención de problemas agudos y crónicos con actividades preventivas y de salud mental, adaptadas a las necesidades de cada persona (5).

Para llevar a cabo este trabajo de manera efectiva, se requiere un tiempo de consulta adecuado (7, 8, 10, 11,17,19). Este tiempo es esencial no solo para el diagnóstico y el tratamiento, sino también para la educación, el consejo, la motivación de cambios de conducta y el trabajo administrativo (como el registro en la historia clínica). Un elemento crucial es la construcción de una relación personal y a largo plazo entre el paciente y el médico, considerada fundamental para una atención centrada en el paciente (2, 14). La ausencia de tiempo suficiente en la consulta limita la empatía, la negociación de la agenda y la toma de decisiones compartida con el paciente, además de causar estrés y burn-out en los médicos (7,8).

La duración de las consultas del PNA varía significativamente en el mundo. Una revisión sistemática de 2017 que analizó más de 28 millones de consultas en 67 países mostró una duración media que oscilaba desde 48 segundos en Bangladesh hasta 22,5 minutos en Suecia (9).

Algunos estudios sugieren que las consultas más extensas se asocian con menos prescripciones, más consejo sobre prevención y hábitos saludables, y mayor satisfacción del paciente (8, 13, 16, 20-22). Sin embargo, otros estudios matizan esta relación. Una revisión de 2023 concluyó que la satisfacción del paciente es un concepto complejo influenciado por múltiples factores como la comunicación, el tiempo de espera, la edad y la educación del paciente, y no encontró una asociación directa y consistente entre la satisfacción y la duración de la consulta (18).

En resumen, la evidencia sugiere que un tiempo de consulta más extenso parecería relacionarse con una atención más integral y segura, aunque su duración óptima y el impacto directo en la satisfacción del paciente son temas de debate en la literatura.

En la zona de Canelones Oeste, la Red de Atención Primaria del primer nivel de atención (PNA) de ASSE cuenta con 23 médicos de familia y comunidad además de médicos generales. Los mismos tienen una zona asignada y realizan consultas programadas, espontáneas y visitas domiciliarias de la zona

que tienen asignada. Respecto a las consultas, aproximadamente el 90% son programadas y 10% son espontáneas, siendo estas últimas otorgadas por la policlínica el mismo día de la consulta, reservadas para situaciones de pacientes que acuden sin número y por distintos motivos no pueden aguardar a una próxima consulta.

Si bien los médicos de familia y comunidad de la zona contaban previamente con una duración de consulta de 20 minutos, este tiempo se redujo en el año previo al estudio a 15 minutos por paciente. El presente estudio, realizado por un grupo de 6 estudiantes del curso de Metodología Científica 2 de Facultad de Medicina, Udelar, busca contribuir al conocimiento de los aspectos abordados en consultas de médicos de familia de la zona, el tiempo de duración de las mismas y la satisfacción de los usuarios.

El presente trabajo es el primero en abordar este tema en Uruguay, y puede representar un aporte significativo que permita caracterizar mejor la calidad de atención. También puede ser material útil para los tomadores de decisiones e impactar positivamente en la calidad de vida y cuidado de los pacientes y de los médicos.

Los objetivos generales fueron: por un lado, medir el tiempo de consulta promedio de las consultas de médicos de familia y comunidad de ASSE, Canelones oeste, año 2024. Por otro lado, describir algunas características de la atención brindada en dichas consultas.

Los objetivos específicos fueron: caracterizar demográficamente la población que concurrió a las consultas en donde se realizó el estudio; contabilizar los pacientes que concurrían con su médico de referencia; conocer el tipo de consulta según los pacientes y cuánto tiempo antes solicitó esta consulta; calcular si existe asociación estadística de estos datos con la duración de la consulta; detallar algunas acciones realizadas durante la consulta según el relato de los pacientes al finalizar las mismas y si existe asociación estadística con el tiempo de consulta; conocer la satisfacción de los usuarios con el tiempo de consulta y con la atención brindada por el médico y si existe asociación estadística con la duración de la consulta y conocer la percepción del médico en relación al tiempo de las consultas que realizó, y la razón por la que el tiempo no fue suficiente en los casos en que no lo fue.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fueron usuarios adultos y médicos de familia y comunidad del PNA de ASSE de la zona Canelones Oeste. La muestra fueron los médicos de familia y comunidad de las policlínicas Antelo, Progreso, Tiscornia, Obelisco, 18 de Mayo, Mario Pareja, Herten y Sauce y los pacientes que concurrieron a sus consultas y desearon participar. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio se realizó entre julio y setiembre de 2024. En la selección de las consultas se buscó incluir la mayor cantidad de médicos y policlínicas en las que los investigadores (6 estudiantes de 6to año de Facultad de Medicina) pudieran concurrir a realizar el trabajo, según sus horarios disponibles.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, haber concurrido a las consultas los días que se realizó la investigación y acceder a participar, además de los médicos de familia y comunidad de las policlínicas en las que se concurrió a realizar el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: médicos de familia y comunidad que tenían estudiantes a cargo (debido a que el tiempo de consulta con estudiantes a cargo es mayor) y médicos de familia que participaron como colaboradores en el estudio (para evitar conflictos de interés).

Se realizó una encuesta anónima, de participación voluntaria, a través de un formulario impreso que fue autoadministrado por los pacientes en la sala de espera de las policlínicas de Canelones Oeste.

La encuesta fue elaborada por el equipo investigador en base a otros estudios similares

encontrados en la revisión bibliográfica (Figuras 1 y 2).

Las variables que incluía la encuesta fueron: género, edad, escolaridad, tipo de consulta (repetición de medicación, problema de salud puntual, varios motivos de consulta o control en salud), si consultó con su médico habitual, qué le pareció el tiempo de consulta, cuánto tiempo hace que pidió la consulta de ese día.

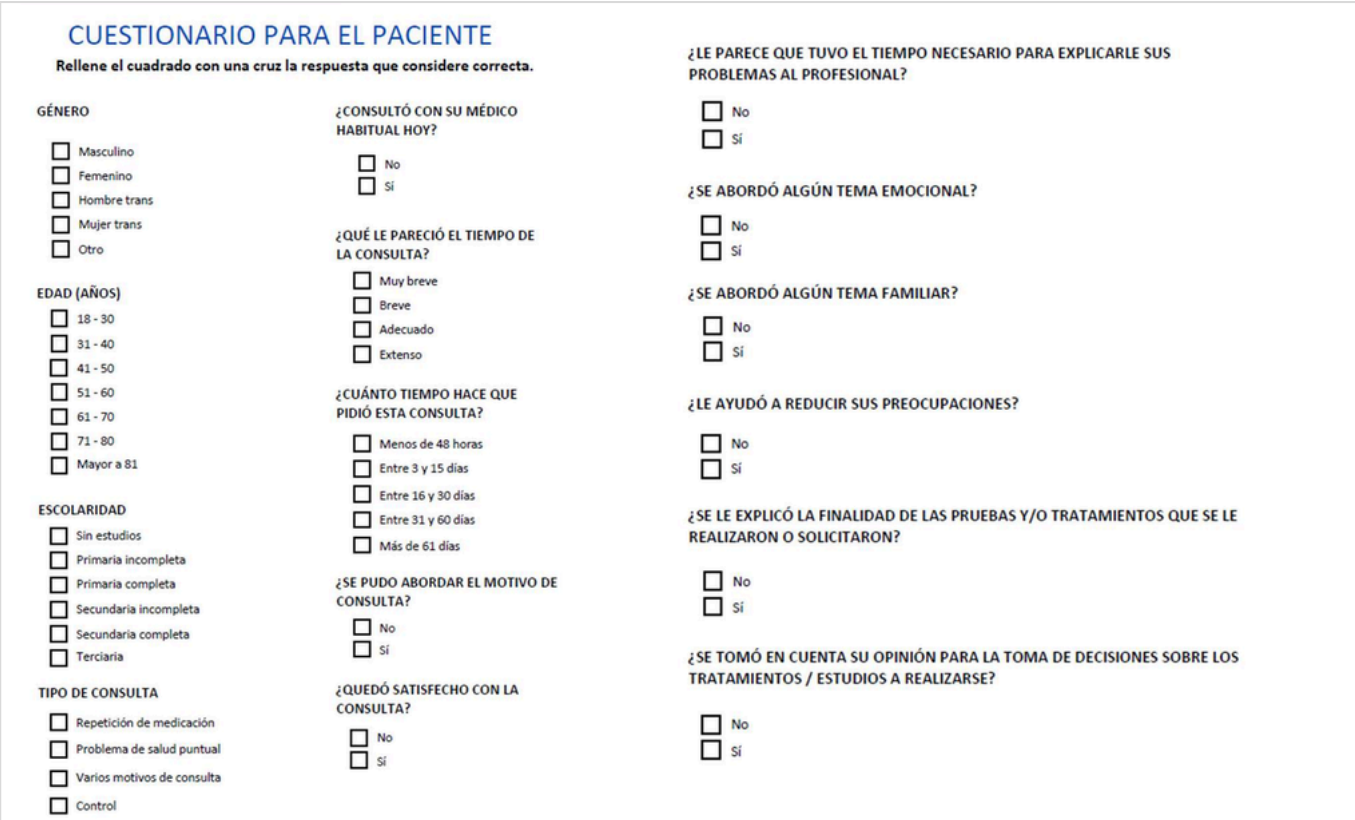
Para valorar la satisfacción de los pacientes con la consulta se les preguntó: si se pudo abordar el motivo de consulta, si quedaron satisfechos con la consulta, si habían tenido el tiempo necesario para explicarle los problemas al profesional, si le había ayudado a reducir sus preocupaciones.

Las acciones realizadas durante la consulta que se incluyeron en el cuestionario de los pacientes fueron: si se había abordado algún tema familiar, algún tema emocional, si se le había explicado la finalidad de las pruebas o tratamientos solicitados, si se había tomado en cuenta su opinión para la toma de decisiones de tratamientos o estudios a realizarse.

Al médico se le preguntó si el tiempo de consulta fue suficiente, y en caso de responder que no, cuáles fueron los motivos.

Se comenzó a contabilizar el tiempo con un cronómetro una vez que el paciente entró a la consulta y se finalizó de contabilizar en el momento que se retiró. Posterior a la consulta se entregó la encuesta a los pacientes y otra breve encuesta al médico. Los médicos desconocían las preguntas incluidas en la encuesta a los pacientes. Ambas encuestas fueron autoadministradas y tenían un número con el fin de correlacionar los resultados al analizar los datos. A su vez, el tiempo cronometrado de la duración de la consulta fue asociado con ambas encuestas.

Los instrumentos de recolección fueron el cronómetro del dispositivo móvil y la encuesta realizada por los investigadores.



CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Rellene el cuadrado con una cruz la respuesta que considere correcta.

GÉNERO
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Hombre trans
- ☐ Mujer trans
- ☐ Otro

EDAD (AÑOS)
- ☐ 18 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 - 50
- ☐ 51 - 60
- ☐ 61 - 70
- ☐ 71 - 80
- ☐ Mayor a 81

ESCOLARIDAD
- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Terciaria

TIPO DE CONSULTA
- ☐ Repetición de medicación
- ☐ Problema de salud puntual
- ☐ Varios motivos de consulta
- ☐ Control

¿CONSULTÓ CON SU MÉDICO HABITUAL HOY?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿QUÉ LE PARECIÓ EL TIEMPO DE LA CONSULTA?
- ☐ Muy breve
- ☐ Breve
- ☐ Adecuado
- ☐ Extenso

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE PIDIÓ ESTA CONSULTA?
- ☐ Menos de 48 horas
- ☐ Entre 3 y 15 días
- ☐ Entre 16 y 30 días
- ☐ Entre 31 y 60 días
- ☐ Más de 61 días

¿SE PUDO ABORDAR EL MOTIVO DE CONSULTA?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿QUEDÓ SATISFECHO CON LA CONSULTA?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿LE PARECE QUE TUVO EL TIEMPO NECESARIO PARA EXPLICARLE SUS PROBLEMAS AL PROFESIONAL?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE ABORDÓ ALGÚN TEMA EMOCIONAL?
- ☐ No
- ☐ Sí

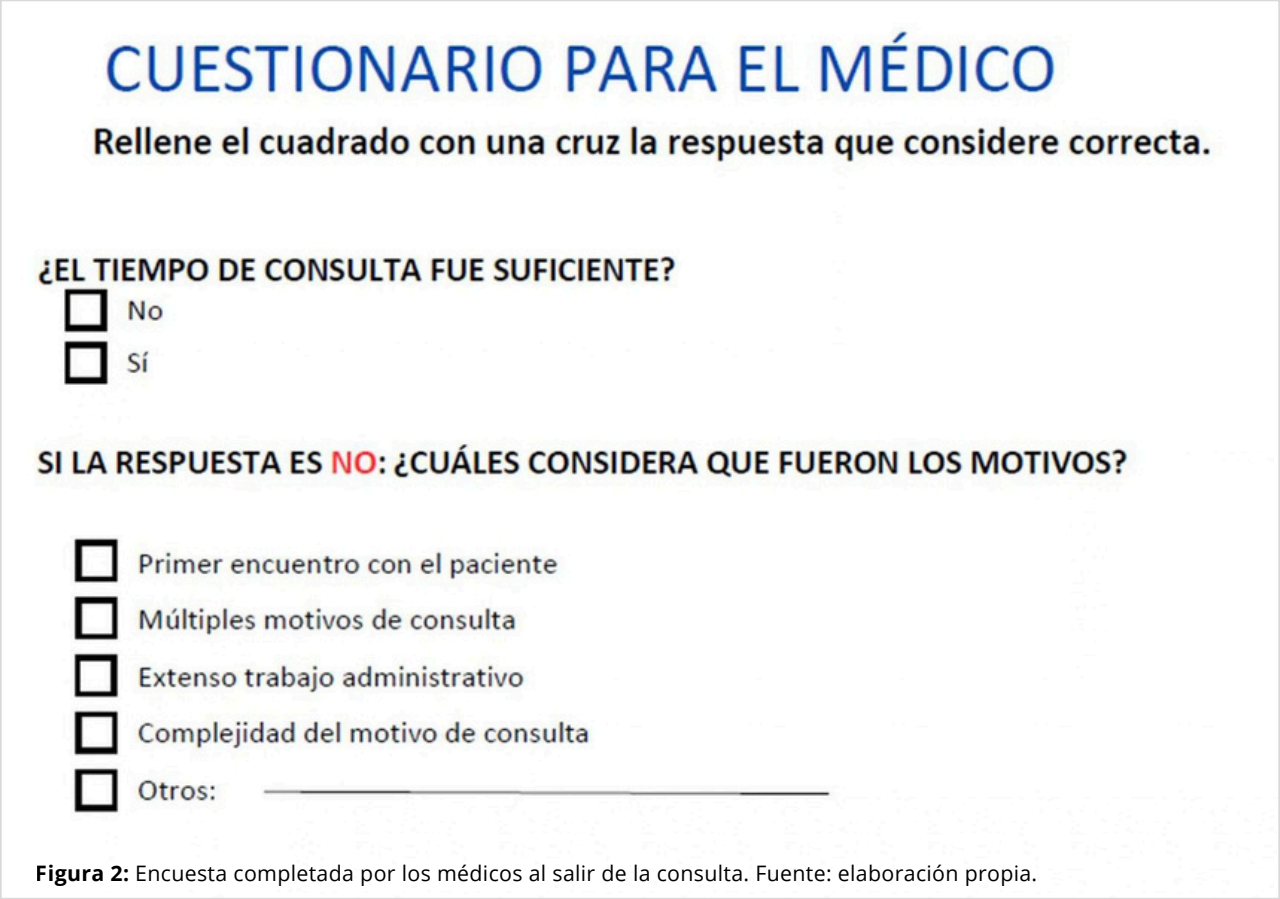
¿SE ABORDÓ ALGÚN TEMA FAMILIAR?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿LE AYUDÓ A REDUCIR SUS PREOCUPACIONES?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE LE EXPLICÓ LA FINALIDAD DE LAS PRUEBAS Y/O TRATAMIENTOS QUE SE LE REALIZARON O SOLICITARON?
- ☐ No
- ☐ Sí

¿SE TOMÓ EN CUENTA SU OPINIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS / ESTUDIOS A REALIZARSE?
- ☐ No
- ☐ Sí

Figura 1: Encuesta completada por los pacientes al salir de la consulta. Fuente: elaboración propia.


CUESTIONARIO PARA EL MÉDICO

Rellene el cuadrado con una cruz la respuesta que considere correcta.

¿EL TIEMPO DE CONSULTA FUE SUFICIENTE?

☐ No

☐ Sí

SI LA RESPUESTA ES NO: ¿CUÁLES CONSIDERA QUE FUERON LOS MOTIVOS?

☐ Primer encuentro con el paciente

☐ Múltiples motivos de consulta

☐ Extenso trabajo administrativo

☐ Complejidad del motivo de consulta

☐ Otros: _____

Figura 2: Encuesta completada por los médicos al salir de la consulta. Fuente: elaboración propia.

Se recolectaron las respuestas a las distintas variables encuestadas en una tabla de Excel de forma anónima. Se hizo una gráfica con la distribución de las consultas según el tiempo, obteniéndose la mediana para dar respuesta al primer objetivo general.

Se confeccionaron tablas expresadas en frecuencia absoluta y relativa de las variables del otro objetivo general (describir algunas características de la atención brindada): el tiempo de espera hasta la consulta, si concurría con su médico de referencia, el motivo por el cual el paciente refería haber concurrido a la consulta, la percepción de los pacientes y de los médicos sobre si el tiempo había sido suficiente, breve o extenso, las razones por las que los médicos consideraban que el tiempo de consulta había sido breve. También se presentaron los porcentajes de pacientes que refirieron haber quedado satisfechos con la consulta, si se pudo abordar el motivo de consulta, si tuvo tiempo para explicar sus problemas al profesional, si la consulta le ayudó a reducir sus preocupaciones, si se le había informado sobre la finalidad de los tratamientos indicados, si la toma de decisiones había sido compartida, si se había abordado algún tema emociona y algún tema familiar.

Se realizaron tablas para visualizar la correlación entre distintas variables por contraste de hipótesis utilizando el método chi cuadrado y aceptando un margen de error de 0.05. Las variables en que se buscó una correlación fueron: la respuesta de los pacientes y los médicos a si el tiempo de consulta había sido adecuado; el tiempo de consulta y el motivo por el cual el paciente había concurrido, el tiempo de consulta y haber concurrido con el médico de referencia, el tiempo de consulta y el género, el tiempo de consulta y el tiempo de espera desde que se agendó, el tiempo

de consulta y haber abordado temas emocionales o familiares. En los casos en que los médicos respondían que el tiempo no había sido suficiente para la consulta porque el paciente traía múltiples motivos de consulta, se correlacionó cuál había sido el motivo de consulta según los pacientes.

Resultados

Este estudio analizó la duración de las consultas en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en la zona de Canelones Oeste, Uruguay, entre julio y setiembre de 2024. Se encuestó a 210 pacientes de 8 policlínicas y a 11 médicos de familia. De los 23 MFYC que trabajan en la zona, 2 fueron excluidos porque tenían estudiantes en su consulta, una fue excluida porque participó del proyecto de investigación y 2 no respondieron los mensajes enviados para coordinar su participación. Las consultas en las que se realizó la investigación fueron las que los investigadores podían concurrir, según sus horarios disponibles. Hubo un porcentaje bajo de pacientes que no accedieron a participar, ya sea porque no querían firmar el consentimiento para participar de la investigación, por razones de tiempo (ya que la encuesta debían completarla al salir de la consulta) u otras razones. No se llevó el registro de estos, pero los investigadores reportaron que fueron algo menos del 10% de los usuarios invitados a participar.

La muestra de pacientes fue mayoritariamente femenina (65,2%), y la edad más frecuente se ubicó entre los 61 y 70 años (Tabla 1). La mayoría de los encuestados (174 pacientes) concurrió con su médico de referencia, representando el 82,9% del total.

La mediana de la duración de la consulta fue de 13 minutos, con un rango que varió de 2 a 38 minutos (Gráfico 1).

La duración promedio de la consulta fue mayor para los pacientes que consultaron por varios motivos (15 minutos) que para aquellos que lo hicieron por un único motivo o para repetir medicación (11-12 minutos). 15,9% de los se agendaron 48 horas previo a la consulta (Tabla 2), y los tipos de consulta mencionados en los pacientes se muestran en la Tabla 3.

Tabla 1: Características de la muestra de estudio.

Edad (años)	FA	FR (%)
18-30	29	13,8
31-40	14	6,7
41-50	42	20
51-60	37	17,6
61-70	47	22,4
71-80	31	14,8
Mayor de 80	10	4,8
Total	210	100
Género	**FA**	**FR (%)**
Femenino	137	65,2
Masculino	73	34,8
Total	210	100
Escolaridad	**FA**	**FR (%)**
Sin estudios	1	0,5
Primaria incompleta	50	23,8
Primaria completa	58	27,6
Secundaria incompleta	59	28,1
Secundaria completa	27	12,9
Terciaria	15	7,1
Total	210	100

La mayoría de los pacientes (84,2%) percibió el tiempo como adecuado, mientras que solo el 52,5% de los médicos consideró que el tiempo fue suficiente. Cuando los médicos reportaron que el tiempo no fue suficiente, la razón más común fue la presencia de múltiples motivos de consulta (48,3%). La frecuencia de las otras respuestas fue: complejidad del motivo de consulta: 27,9%, primer encuentro con el paciente: 15,3%, trabajo administrativo: 8,5%.

En las consultas en que el médico respondió que el tiempo no había sido suficiente porque el paciente traía múltiples motivos de consulta, 19,3% de los pacientes respondieron que habían concurrido solamente a repetir medicación, 15,8% respondieron que habían concurrido por un motivo de consulta puntual, 12,3% que habían concurrido a control y solo algo más de la mitad de los pacientes (52,6%) reconocieron haber concurrido por múltiples motivos de consulta.

La totalidad de los pacientes respondió haber quedado satisfecho con la consulta. 97,6% refirió que se pudo abordar el motivo de consulta. 97,1% de los encuestados percibió que tuvo el tiempo necesario para explicarle sus problemas al profesional. 92,3% refirió que la consulta le ayudó al paciente a reducir sus preocupaciones. El 96,5% afirmó haber sido informado por el profesional sobre la finalidad de pruebas o tratamientos indicados. El 98% refirió que la toma de decisiones fue compartida.

Acerca del abordaje de algún tema emocional durante la consulta, 26,3 % de los pacientes respondió positivamente y el porcentaje de consultas en que se abordó algún tema familiar fue de 22,4%.

El análisis de las asociaciones estadísticas reveló lo siguiente:

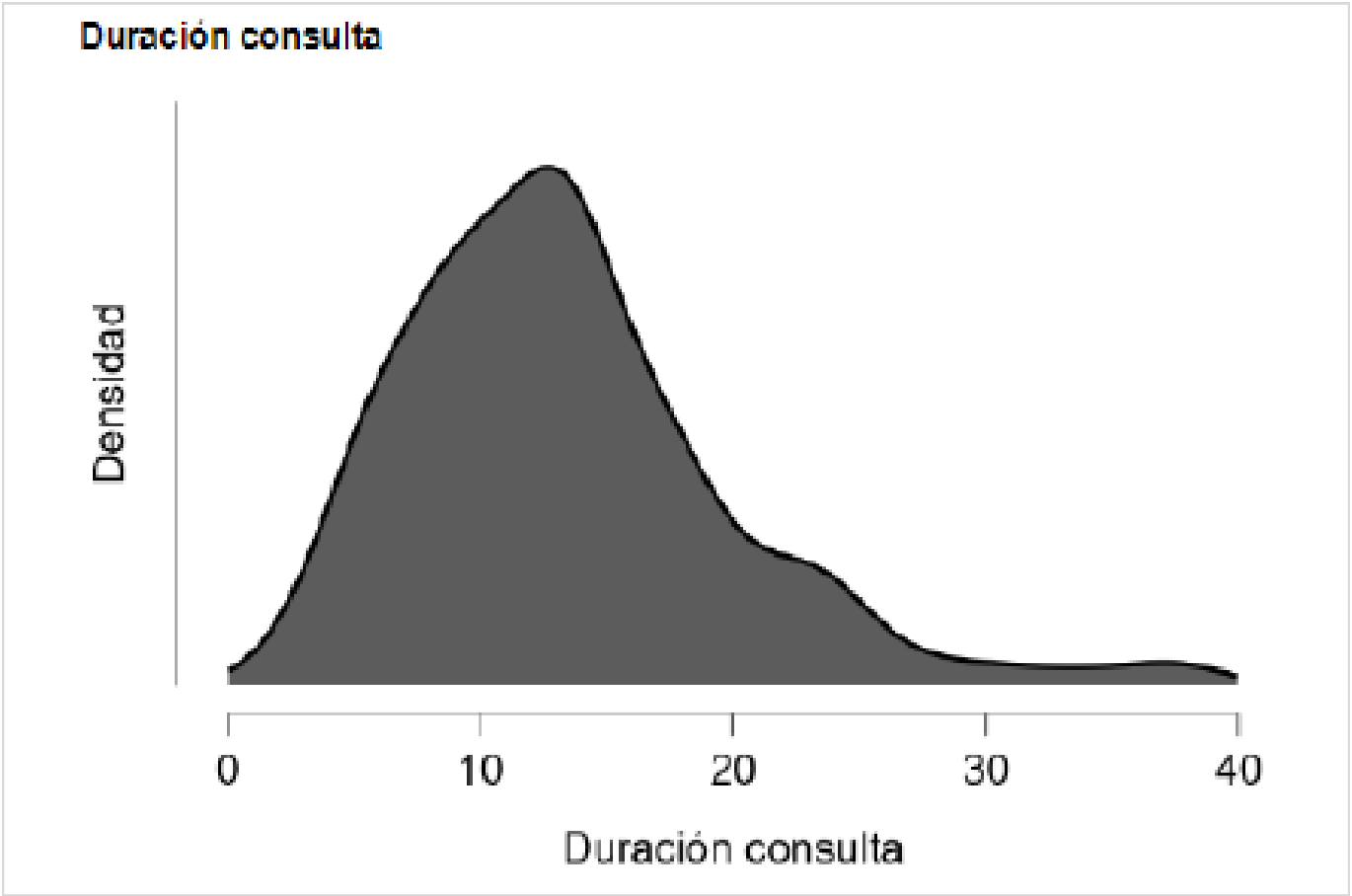


Gráfico 1: Distribución de la muestra según duración de las consultas. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: Frecuencia de las respuestas según tiempo de espera hasta la consulta.

Agenda	FA	FR (%)
< 48 horas	33	15,9
Entre 3 y 15 días	44	21,2
Entre 16 y 30 días	66	31,7
Entre 31 y 60 días	46	22,1
> 60 días	19	9,1
Total	208	100

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa. Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: Frecuencia de las respuestas según motivo de consulta referido por el paciente.

Tipo de consulta	FA	FR (%)
Repetición de medicación	33	15,7
Problema de salud puntual	45	21,4
Varios motivos de consulta	86	41
Control	46	21,9
Total	210	100

FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa. Fuente: elaboración propia.

- Tiempo de consulta vs. Médico de referencia: Hubo una asociación estadísticamente significativa (p=0.034). El 30,6% de las consultas con el médico de referencia duraron más de 15 minutos, en comparación con solo el 13,8% de las consultas que no eran con el médico de referencia.
- Tiempo de consulta vs. tiempo de espera: Se encontró una asociación significativa (p=0.026). El 69,7% de las consultas que se agendaron con más de 48 horas de antelación duraron más de 15 minutos, mientras que el 87,9% de las que se agendaron con menos de 48 horas duraron 15 minutos o menos.
- Tiempo de consulta vs. Abordaje emocional: Se observó una asociación significativa (p=0.027). El 36,2% de las consultas que duraron más de 15 minutos abordaron temas emocionales, y 63,8% no. En las consultas más cortas, 23% refirieron abordar temas emocionales mientras que 77% no lo hicieron.

No se encontró asociación estadística entre las otras variables analizadas y el tiempo de consulta.

Discusión

El presente estudio constituye el primer acercamiento en Uruguay a la medición del tiempo de consulta en el Primer Nivel de Atención (PNA) para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. La mediana de duración de 13 minutos hallada en Canelones sitúa a la práctica local en un rango intermedio en comparación con la variabilidad internacional, que oscila entre pocos minutos en algunos países y más de 20 minutos en sistemas europeos como el de Suecia. Un hallazgo relevante es el amplio rango de duración (2 a 38 minutos), lo que sugiere una capacidad de adaptación del profesional a la complejidad del motivo de consulta, a pesar de la reducción administrativa del tiempo de agenda de 20 a 15 minutos.

Uno de los puntos más llamativos es el 100% de satisfacción reportado por los pacientes. Si bien este resultado es sumamente positivo, debe interpretarse con cautela debido a la probable influencia de un "sesgo de cortesía", donde los usuarios tienden a calificar favorable-

mente la atención recibida en encuestas presenciales realizadas inmediatamente después de la consulta.

En cuanto a la percepción de si el tiempo de consulta había sido suficiente, se observó una discordancia significativa entre médicos y pacientes. Mientras que el 84,2% de los pacientes percibió el tiempo como adecuado, entre los médicos se evidenció una opinión dividida, donde solo el 52,5% consideró que el tiempo fue suficiente. Es fundamental notar que, aunque este 52% no permite afirmar categóricamente que el tiempo es insuficiente para la mayoría de los profesionales, sí marca un contraste evidente con la percepción casi unánime de los usuarios. Esta brecha puede explicarse porque el paciente suele centrarse en la resolución de un síntoma o problema puntual, mientras que el médico de MFyC, con una visión integral, experimenta lo que se denomina "estrés temporal" al no poder abordar siempre metas de prevención o promoción de la salud en el mismo encuentro (7).

Esta discrepancia se profundiza al analizar los múltiples motivos de consulta. Casi la mitad de los médicos (48,3%) identificó la multiplicidad de temas como la razón principal de la falta de tiempo. Sin embargo, se detectó una falta de coincidencia en la percepción del paciente: poco más de la mitad de quienes presentaron múltiples temas según el médico reconocieron haberlo hecho, y un 19,3% de los casos que el médico sintió como sobrecargados fueron reportados por el usuario como simples repeticiones de medicación.

Los resultados confirmaron algunas asociaciones estadísticas: las consultas con el médico de referencia y aquellas que abordaron temas emocionales fueron significativamente más extensas. Esto reafirma que la continuidad asistencial y el enfoque biopsicosocial requieren de una inversión de tiempo superior para desplegarse plenamente, hallazgo que guarda coherencia con estudios internacionales que vinculan las consultas más largas con una mayor exploración de problemas psicosociales y una reducción de prescripciones innecesarias (8,13,15,16).

En cuanto a la asociación de consultas de pacientes que se agendaron con más de 48 horas de antelación con una mayor duración de la consulta, esto puede deberse a que las consultas agendadas de forma espontánea (con menos de 48 horas) suelen ser por motivos más urgentes y puntuales, lo que limita su duración.

Finalmente, es necesario reconocer las limitaciones del estudio. El tiempo cronometrado no incluyó la labor administrativa previa y posterior a la consulta, lo que subestima la carga horaria real del profesional. Además, existe la posibilidad de un efecto Hawthorne, donde los médicos, al saberse observados, podrían haber dedicado más tiempo a sus pacientes. En futuras investigaciones, sería valioso explorar las expectativas previas de los médicos y de los pacientes, para comprender mejor cómo estas moldean su conformidad con el tiempo asignado.

Reflexiones finales

Se destaca de este estudio la alta satisfacción de los pacientes con la atención de los médicos de familia y comunitarios de la zona de Canelones oeste, Uruguay. También la discordancia entre la percepción del médico y del paciente respecto a si el tiempo de consulta había sido suficiente o no, siendo suficiente para el paciente, pero no para casi la mitad de los médicos. Esto puede estar asociado a las expectativas del médico y el paciente de lo que se debía abordar en la consulta. En futuras investigaciones se podría buscar conocer dichas expectativas y su influencia en la conformidad con la consulta.

Los hallazgos también sugieren una asociación entre tiempos de consulta más extensos y factores clave de la especialidad, como la longitudinalidad de la atención con el médico de referencia y el abordaje de aspectos emocionales en la consulta.

Consideraciones éticas

Se solicitó autorización a la Dirección de la Red de Atención Primaria (RAP), el aval al Departamento de MFYC, y el aval del decano de la Facultad de Medicina. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina. Se les solicitó el consentimiento informado antes de completar las encuestas tanto a pacientes como a médicos que participaron del proyecto.

Para resumir algunas partes del trabajo original se utilizó la herramienta de inteligencia artificial Notebook LM.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés y que no se contó con financiación.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los estudiantes que realizaron esta investigación como parte del ciclo de Metodología Científica II, en el 6to año de la carrera de Doctor en Medicina, Universidad de la República, Uruguay. Ellos son: Shanara Dell`Oca Sardeña, Lucía Grillo, Sebastián Hernandez Gimenez, Antonela Lambache Micco, Eliana Migues Chiminelli y María Yleana Stancati García.

Referencias bibliográficas

1. Kopitowski K. Bases y fundamentos de la práctica de la medicina familiar. En: Mutchinik M, editor. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2025. p. 3-17.

2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract.2022;72(715):e84–90.

3. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med. 2019;179(4):506-514. 10.1001/jamainternmed.2018.7624

4. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? J Public Health Med. 2002;24(4):252–4.

5. Stange KC, Jaén CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. J Fam Pract. 1998 May;46(5):363-8.

6. Mukhinindi R, Ross AJ. Perceptions of specialists in the public sector, on the role and value of family medicine. S Afr Fam Pract. 2022;64(1):e1–7.

7. Von dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. BMC Fam Pract. 2019 Oct 22;20(1):142.

8. Satterwhite S, Nguyen MT, Honcharov V, McDermott AM, Sarkar U. Good care is slow enough to be able to pay attention: primary care time scarcity and patient safety. J Gen Intern Med. 2024 Jul;39(9):1575-1582.

9. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7(10):e017902.

10. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. Scand J Prim Health Care. 2008;26(1):29–34.

11. Braddock CH, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. J Gen Intern Med. 2005;20(11):1057–62.

12. Commonwealth Fund. International Survey of Primary Care Doctors TOPLINE [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2015.

13. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract.2002;52(485):1012–20.

14. World Health Organization. Primary health care: Now more than ever. The world health report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.

15. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. BMJ.1986;292(6524):870–3.

16.Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. Br J Gen Pract. 1991;41(343):48–54.

17. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. I want more time with my doctor: a quantitative study of time and the consultation. Fam Pract.2004;21(5):479–83

18. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(5).

19. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chil. 2013;141(3):361–6.

20. Torres-Reyes ED, Carranza-Guzmán FJ, Tamez-Rodríguez AR, Álvarez-Villalobos NA. Correlation between consultation time and patient´s satisfaction in primary care. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(6):759–66.

21. Alarcon-Ruiz CA, Heredia P, Taype-Rondan A. Association of waiting and consultation time with patient satisfaction: secondary-data analysis of a national survey in Peruvian ambulatory care facilities. BMC Health Serv Res. 2019;19(1).

22. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med. 2001;161(11):1437–42