

**“ EL TIEMPO DE CONSULTA ESTABLECIDO CON EL MÉDICO FAMILIAR
COMO UN FACTOR NEGATIVO PARA LA RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

SANDI GÓMEZ PACHECO

2023



Universidad Autónoma de Querétaro



**“EL TIEMPO DE CONSULTA ESTABLECIDO CON EL
MÉDICO FAMILIAR COMO UN FACTOR NEGATIVO
PARA LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9 DEL
IMSS.”**

Tesis

Para obtener el Diploma de la
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Sandi Gómez Pacheco

Dirigida por:

MEDICO FAMILIAR DRA. ELENA RENTERÍA RÍOS



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS

por

Sandi Gómez Pacheco

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-302671



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar



“EL TIEMPO DE CONSULTA ESTABLECIDO CON EL MÉDICO FAMILIAR COMO UN FACTOR NEGATIVO PARA LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9 DEL IMSS.”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Sandi Gomez Pacheco

Dirigido por:

M.F Dra. Elena Rentería Ríos

M.F Dra. Elena Rentería Ríos
Presidente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario

México

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”. El médico, en su práctica diaria, aporta al individuo los medios para lograr este estado de bienestar y lo logra a través de la relación estrecha que construye con sus pacientes durante el tiempo que dura su consulta. La relación médico-paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el ser humano. Ésta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes. **Objetivo:** Determinar la relación médico paciente con el tiempo de consulta establecida con el médico familiar, como un elemento negativo para la relación médico paciente en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS. **Material y métodos:** Se lleva a cabo un estudio de carácter Observacional Transversal Descriptivo, en pacientes derechohabientes que acudan a la consulta externa UMF 9 Querétaro. El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula de una proporción, se utilizó la fórmula de porcentajes para población infinita, con el nivel de confianza del 95%, margen de error de 5%, con el tamaño estimado $n=280$. Las variables para considerar fueron: (relación médico paciente, tiempo de consulta, edad y sexo). Instrumento que se utilizó fue un cuestionario de Relaciones Medico Paciente (PDRQ-9). Se utilizó estadística descriptiva, con porcentajes, desviación estándar y frecuencia. **Resultados:** Se estudiaron 280 pacientes, de 18 años en adelante, con máxima edad de 87 años, con el promedio de edad de 64 años con un 76%. En cuanto a género predominó el femenino con un 86.5 % con un intervalo de confianza del 95%, y el masculino con un 13.5% intervalo de confianza del 95%. En cuanto a la relación médico paciente en desacuerdo concluye con un 15.4 % IC 95%, y de acuerdo con un 86.6% con un IC 95%. **Conclusiones:** Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluimos que el tiempo establecido en la consulta de medicina familiar no es relevante para la relación médico paciente.

Palabras clave: relación médico paciente, tiempo de consulta, consulta de medicina familiar.

Summary

Introduction: The World Health Organization (WHO) states that health is "a state of complete physical, mental and social well-being, and not simply the absence of disease or condition". The doctor, in his daily practice, provides the individual with the means to achieve this state of well-being and achieves it through the close relationship that he builds with his patients during the time that his consultation lasts. The doctor-patient relationship is a modality of the multiple interpersonal relationships that human beings carry out. This allows the patient to satisfy his desire and need for health, and the doctor to fulfill one of his most important social functions.

Objective: To determine the doctor-patient relationship with the consultation time established in the Family Medicine Unit number 9 of the IMSS.

Material and methods: A Descriptive Cross-Sectional Observational study was carried out in eligible patients who attend the outpatient clinic UMF 9 Querétaro. The calculation of the sample size was obtained with the formula of a proportion, the formula of percentages for infinite population was used, with a confidence level of 95%, margin of error of 5%, with the estimated size $n=280$. The variables to consider were:

(physician-patient relationship, consultation time, age and sex). The instrument used was a Physician-Patient Relations Questionnaire (PDRQ-9). Descriptive statistics were used, with percentages, standard deviation and frequency. **Results:** 280 patients, 18 years and older, with a maximum age of 87 years, with an average age of 64 years with 76% were studied. Regarding gender, the female predominated with 86.5% with a confidence interval of 95%, and the male with a 13.5% confidence interval of 95%. Regarding the doctor-patient relationship in disagreement, it concludes with a 15.4% CI 95%, and in agreement with 86.6% with a CI 95%.

Conclusions: The alternate hypothesis is accepted, and the null hypothesis is rejected, we conclude that the time established in the family medicine consultation is not relevant to the doctor-patient relationship.

Keywords: doctor-patient relationship, consultation time, family medicine consultation.

Dedicatorias

Dedico esta tesis a lo más valioso que tengo en la vida, a mi familia, quien siempre me brinda su apoyo incondicional, aunque esas decisiones impliquen estar lejos de ellos, agradezco su guía y no soltarme en el camino, gracias por todas esas palabras de aliento, esas llamadas telefónicas apoyándome y dándome ánimos para seguir adelante, los amo infinitamente y les doy mi más sincero agradecimiento y respeto.

Dedico este trabajo a mi madre la cual durante estos últimos años a sido mi apoyo, mi guía que con sus consejos y orientación me han permitido llegar hasta este momento de mi vida.

A mi esposo que me da en todo momento su apoyo y preocupación por mi bienestar y aunque a la distancia nunca me has soltado de la mano, además de impulsarme a cada momento que puedo lograr todo lo que me propongo y que no hay obstáculo por más inmenso que parezca que no se pueda superar.

A mi padre quien, siempre me ayuda y acompaña en cada etapa de este camino tan largo y difícil.

A mis hermanos, que siempre están en cada paso que doy con su cariño y animo sin ellos mi vida no tendría sentido.

Agradecimientos

Quisiera agradecer enormemente la ayuda y observaciones de la doctora Elena Rentería Ríos quien estuvo desde el inicio en este largo camino quien siempre me dirigió, ayudo y guio sin rendirse en este camino lleno de tropezones y baches, persona que admiro y respeto y a la doctora Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez por ser parte de este proyecto al brindarme de su conocimiento, experiencia y apoyo en este proceso para la realización de la tesis.

A mi esposo, Josué Javier Avilés Reséndiz, quien siempre estuvo impulsándome de manera positiva y se interesó en el tema y en sus alcances.

A mi mamá, Norma Esther Pacheco Pech, que en todo momento confió en mí, brindado su amor incondicional y apoyo en cada paso de esta etapa.

A mi papa, Roberto Gomez Ramírez, siempre me acompaña en cada etapa de este camino tan largo y difícil.

A mis hermanos, Eduardo Alberto Gómez Pacheco y Mariana Guadalupe Gómez Pacheco, quienes nunca dudaron de mi y de mis objetivos a lograr.

A la UAQ y al IMSS por abrirme las puertas desde el momento en el que decidí cursar la especialidad y darme la oportunidad de formarme como el profesionista que soy y haberme proporcionado los medios necesarios para concluir esta época de mi vida.

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VII
Abreviaturas y siglas	VIII
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1. Relación médico-paciente.	5
III.1.1 Definición	5
III.2Tiempo de consulta.	8
III.3. La relación médico paciente y el tiempo de consulta	13
III.4. ¿Cómo se mide la relación médico paciente?	17
IV. Hipótesis	20
V. Objetivos	21
V.1. General	21
VI. Material y métodos	22
VI.1. Tipo de investigación	22
VI.2. Población o unidad de análisis	22
VI.3. Muestra y tipo de muestra	22
VI.4. Criterios de selección	23
VI.5. Variables estudiadas	24
VI.6. Técnicas e instrumentos	24
VI.7. Procedimientos	25
VI.8. Análisis estadístico	26

VI.9. Consideraciones éticas	26
VII. Resultados	28
VIII. Discusión	41
IX. Conclusiones	45
X. Propuestas	46
XI. Bibliografía	47
XII. Anexos	54

Índice de cuadros y figuras

Cuadro	Página
VII.1 Características sociodemográficas respecto al sexo.	28
VII.2 Características sociodemográficas respecto a la edad.	29
VII.3 Prevalencia con base al resultado de la encuesta (PDRQ-9) que mide la relación médico paciente en cuanto al género.	30
VII.4 Prevalencia con base al resultado de la encuesta (PDRQ-9) que mide la relación médico paciente	31
VII.5 Tablas de pregunta núm. 1 de relación médico paciente.	32
VII.6 Tablas de pregunta núm. 2 de relación médico paciente.	33
VII.7 Tablas de pregunta núm. 3 de relación médico paciente.	34
VII.8 Tablas de pregunta núm. 4 de relación médico paciente.	35
VII.9 Tablas de pregunta núm. 5 de relación médico paciente.	36
VII.10 Tablas de pregunta núm. 6 de relación médico paciente.	37
VII.11 Tablas de pregunta núm. 7 de relación médico paciente.	38
VII.12 Tablas de pregunta núm. 8 de relación médico paciente.	39
VII.13 Tablas de pregunta núm. 9 de relación médico paciente.	40

Abreviaturas y siglas

OMS	La Organización Mundial de la Salud
RMP	Relación médico-paciente
RMPF	Relación-médico-paciente-familia
QRO	Querétaro
UMF	Unidad de Medicina Familiar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
DIABETIMSS	Modelo de atención grupal al paciente con diabetes
MIN	Minutos
NÚM.	Número

I. Introducción

La duración de la consulta médica es heterogénea a nivel mundial. Por el contrario, si hay algo en común es la percepción tanto de los profesionales como de los pacientes en cuanto a que el tiempo de interacción es breve, lo cual permea en la relación médico-paciente, perpetuando un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en ambos actores.

“La relación médico-paciente está involucrada con este problema. No solo porque es el ámbito central donde se evalúa y se trata al paciente, sino porque es el lugar donde se establecen la regla, la confianza y la forma de ver tanto la enfermedad, como el tratamiento”. (Rodríguez Torres et al., 2018)

El tiempo establecido en la consulta en las unidades Medicina Familiar del IMSS, se convierte en una cuestión relevante toda vez que se entiende que si el tiempo es una cuestión que impacta negativamente en la relación médico-paciente, es necesario analizar esta situación para poder evaluar si sería conveniente que los tiempos de consulta, en las Unidades de Medicina Familiar sean mayores o si los 15 minutos que se le da al médico familiar son insuficientes para que se pueda desarrollar una correcta relación médico-paciente.

En la Unidad de Medicina Familiar número 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como en las demás Unidades de Medicina Familiar de ese Instituto, el tiempo de duración de una consulta de medicina familiar es de 15 minutos; éste tiempo resulta insuficiente para desempeñar en su totalidad las acciones necesarias para brindarle al paciente una atención completa de acuerdo a sus necesidades y, por consecuencia, limita la posibilidad de establecer una relación cordial médico-paciente. La relación médico-paciente es la punta de entrada para la vinculación, la conexión y la oportunidad más importante que tiene el médico familiar para conocer el padecimiento de su paciente.

La relación que lleva el médico familiar con el paciente se basa en sentimientos, emociones y problemas socioculturales. Al tener una buena comunicación se lleva a cabo una adecuada relación médico-paciente, por consecuencia, el paciente puede expresar sentimientos y pensamientos, y no solo problemas orgánicos. Por consiguiente, una mejor relación médico-paciente puede conllevar a dar solución a sus problemas de forma integral.

La falta de tiempo para la atención médica de cada paciente puede provocar una inadecuada relación médico-paciente y por consecuencia que el médico actúe de manera imprudente, negligente o errónea. El tiempo de consulta que se da al médico familiar no es igual al de otros médicos especialistas. En los hechos, no existe una justificación por parte de las autoridades del IMSS para que el tiempo de consulta del médico familiar sea tan reducido.

Cabe mencionar que el médico familiar es un médico especialista, razón por la que en el desarrollo de su consulta trata múltiples patologías con diferente nivel de complejidad.

La especialidad de medicina familiar busca dotar al médico de los conocimientos suficientes para llevar a cabo un estudio integral de la familia y al mismo tiempo tener una correcta relación médico-paciente, que en específico en este proyecto impacte sobre los efectos del tiempo de consulta y las impresiones negativas en la práctica médica que se presentan.

II. Antecedentes

La relación médico-paciente (RMP) es una relación que se da entre al menos dos personas; dos historias de vida; dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción, en el que tanto uno como otro se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la relación médico-paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. (Rodríguez Arce.,2008)

La relación médico-paciente ha ido cambiando, de ser un vínculo estrecho, nacido del conocimiento personal y de la confianza prolongada a través de los años entre ambas partes, a tal grado que, con frecuencia, el médico llegaba a ser considerado un integrante más de la familia “médico de familia”. En la actualidad, se ha modificado la manera de ver al médico antes como “prestación de un servicio” y recepción de un servicio convirtiéndose el médico ahora en un “prestador de servicio” y el paciente en un “usuario” circunscrito a veces a un momento único. Esta ruptura y deterioro de la relación médico-paciente se ha convertido en principal factor generador de queja y demanda sumándose otros factores. (Rodríguez Arce., 2008)

Es por esto por lo que la escuela hipocrática, con su insistencia de que el hombre no es solo un ser físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico, y su énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina. La comunicación es la manifestación más compleja de las relaciones del ser humano y el profesional de la medicina tiene que ser capaz de desarrollar la habilidad de comunicarse, de usar con efectividad métodos y procedimientos de interacción sociopsicológicos que le garanticen poder cumplimentar sus funciones. (Martínez et al., 2010)

La brevedad de la consulta en una práctica médica familiar que ha sido fuente de preocupación a lo largo del Siglo XX. Trabajos como Fry y Watts en 1952 revelaban tiempos de consulta entre cinco y 7,2 minutos. Otros estudios como Mair y Mair en 1958 demostraron consultas más largas de 8,8 minutos. En los años 60 y 70 la duración de la consulta no se modificó, según el trabajo de Buchan y Richardson, señalando un promedio de cinco minutos, declarando ya una necesidad de una consulta con mayor duración como prioridad para la práctica de la medicina general británica. Un estudio de los años ochenta en Mánchester, informó una mediana de longitud de consulta de 7,5 minutos. En la década de los noventa se encontró que la media de la consulta era de 8,25 minutos, es decir, la consulta era más larga que en la mayoría de los estudios realizados entre 1950 y 1980. (Torres et al., 2018)

Durante la década de 1990-1999 pasaron de tener una consulta de 7,5 minutos a 10 minutos, estudios demuestran que hubo mejora en la toma de presión arterial de los pacientes y con eso se demostró que el tiempo aumentado de la consulta hizo que se realizara una toma de presión más efectiva, así como detecciones de tabaquismo y alcoholismo, indicando que una mayor duración de consulta mejora la calidad de vida de los pacientes, detectando factores de riesgo para su salud. Se realiza la comparación de diferentes países del mundo respecto al tiempo de consulta que otorgan a sus pacientes como España con 20 min, Madrid 10 min, Rusia 10 min, el salvador 10 min, Perú 12 min, Estados Unidos 20 min, Japón 6 min, Egipto 14,5 min, Etiopía 6 min y Argentina 10 a 15 min y en Canadá manejan dos sistemas de tiempo donde el médico cobra honorarios el tiempo es de 10 a 15 min y donde tienen un salario mensual es de 20 a 45 min; en Argentina se realizó un estudio de la sociedad argentina de cardiología donde los resultados demostraron que el 70% de los profesionales médicos consideran un tiempo considerado de consulta es de 20 a 30 min. (Outomuro & Actis., 2013)

III. Fundamentación teórica

III.1. Relación médico-paciente

III.1.1 Definición

La relación médico-paciente es una actividad moral que surge de la obligación del médico de aliviar el sufrimiento y respetar las creencias y la autonomía del paciente. Por lo general es iniciada por consentimiento mutuo, expresado o implicado, para prestar atención médica de calidad. (Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente, s/f)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”. El médico, en su práctica diaria, aporta al individuo los medios para lograr este estado de bienestar y lo logra a través de la relación estrecha que construye con sus pacientes durante el tiempo que dura su consulta. La relación médico-paciente (RMP) es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el ser humano. Ésta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes. (Arce, M. A. R.,2008)

La historia de la relación médico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando ésta última se encontraba aún en sus albores, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento de la salud del que se enfermaba (chamán, sacerdote u otros). Es posible descubrir referencias sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las concepciones místicas dominantes que veían al médico como un representante de los dioses. La relación médico-paciente es una relación interpersonal que se ha puesto de manifiesto desde hace mucho tiempo, pero solo en la etapa actual se ha interiorizado en el

estudio científico de los factores y características que la constituyen. (Arce, M. A. R.,2008)

El médico y el paciente son los factores indispensables que la provocan y cada uno de ellos aporta a la misma sus características de personalidad, vinculadas con la enfermedad y propiciando que cada relación tenga características generales y, a la vez, muy particulares, ya que existen personas y no enfermedades. (Baró & González, s/f)

La relación médico-paciente (RMP) es una relación que se da entre al menos dos personas; dos historias de vida; dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción, en el que tanto uno como otro se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la relación médico-paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. (Baró & González, s/f)

La relación médico-paciente ha ido cambiando, de ser un vínculo estrecho, nacido del conocimiento personal y de la confianza prolongada a través de los años entre ambas partes, a tal grado que, con frecuencia, el médico llegaba a ser considerado un integrante más de la familia “médico de familia”. En la actualidad, se ha modificado la manera de ver al médico antes como “prestación de un servicio” y recepción de un servicio convirtiéndose el médico ahora en un “prestador de servicio” y el paciente en un “usuario” circunscrito a veces a un momento único. Esta ruptura y deterioro de la relación médico-paciente se ha convertido en principal factor generador de queja y demanda sumándose otros factores. (Baró & González, s/f)

La competencia comunicacional es común en muchas profesiones, es decir, constituye una competencia genérica. Sin embargo, cuando se trata de las ciencias de la salud adquiere características particulares no solo porque la relación médico-paciente-familia (RMPF) es diferente a otras relaciones profesionales, sino

porque además de esto se agrega que es una competencia básica para la tarea multi e interdisciplinaria, y la medicina de hoy requiere de la integración de saberes y deberes y del trabajo en equipo. (Martínez et al., 2010)

La relación médico-paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. En ella, intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas, (transferencia, contratransferencia, empatía) y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve. (Martínez et al., 2010)

El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y de su momento psicológico, está unido gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por esto que la escuela hipocrática, con su insistencia de que el hombre no es solo un ser físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico, y su énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina. La comunicación es la manifestación más compleja de las relaciones del ser humano y el profesional de la medicina tiene que ser capaz de desarrollar la habilidad de comunicarse, de usar con efectividad métodos y procedimientos de interacción sociopsicológicos que le garanticen poder cumplimentar sus funciones. (Herrera Medina et al., 2010)

En la actualidad, la relación médico-paciente (RMP) es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, ya que antes era una relación de tipo paternalista, ha evolucionado a la actual posición superior del paciente y el médico en relación con el equipo de salud, es decir, las decisiones que se toman ya son en conjunto. (Herrera Medina et al., 2010)

“La relación médico paciente está involucrada con estos problemas. No solo porque es el ámbito central donde se evalúa y se trata al paciente, sino porque es el lugar donde se establecen las reglas, la confianza y la forma de ver tanto la enfermedad, como el tratamiento. Varios modelos han explicado esta relación: el modelo funcionalista, el modelo normativo de Szasz y Hollender y el modelo de Hayes-Bautista. El primer modelo, de Parson, tiene como fundamento la importancia de los roles sociales y el estatus que el médico y el paciente asumen en su interacción en el ámbito terapéutico. El segundo modelo, diferencia los tipos de relación en tres niveles de interacción: actividad-pasividad, guía cooperación, mutua cooperación. El tercer modelo, propone la relación médico paciente mediada por los sistemas de conocimiento del paciente y del médico”. (Sánchez Arrastia & Olivé., 2014)

La entrevista médica es la herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. La habilidad para conducirla debe aprenderse y debe perfeccionarse mediante el estudio, la práctica y la autoobservación. Una entrevista tiene valor terapéutico cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad y conexión. Los pacientes aprecian que el médico se muestre interesado y empático, y que transmita confianza al evaluar su estado. Asimismo, se predisponen cuando el médico no los mira durante la entrevista, se comunica poco o muestra falta de competencias en su desempeño. La comunicación médica no es solo información, debe incluir la comprensión para calmar la ansiedad que origina una situación grave o riesgosa. (Sánchez Arrastia & Olivé., 2014)

III.2. Tiempo de consulta

El tiempo de consulta es la praxis de atención primaria elevado a la dimensión innegable de herramienta capital de trabajo para el profesional médico, a través de todo el proceso de diagnosis-terapéutica y curación-cuidado, en un determinado tiempo establecido. (Oyarbide., 1994)

La duración de la consulta médica es heterogénea a nivel mundial. Por el contrario, si hay algo en común es la percepción tanto de los profesionales como de los pacientes en cuanto a que el tiempo de interacción es breve, lo cual permea en la relación médico-paciente, perpetuando un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en ambos actores. (Estrada y Zepeda, 2017)

La brevedad de la consulta en una práctica médica familiar ha sido fuente de preocupación a lo largo del Siglo XX. Trabajos como Fry y Watts en 1952 develaban tiempos de consulta entre cinco y 7,2 minutos. Otros estudios como Mair y Mair en 1958 demostraron consultas más largas de 8,8 minutos. En los años 60 y 70 la duración de la consulta no se modificó, según el trabajo de Buchan y Richardson, señalando un promedio de cinco minutos, declarando ya una necesidad de una consulta con mayor duración como prioridad para la práctica de la medicina general británica. Un estudio de los años ochenta en Mánchester, informó una mediana de longitud de consulta de 7,5 minutos. En la década de los noventa se encontró que la media de la consulta era de 8,25 minutos, es decir, la consulta era más larga que en la mayoría de los estudios realizados entre 1950 y 1980. (Torres et al., 2018)

Durante la década de 1990-1999 pasaron de tener una consulta de 7,5 minutos a 10 minutos, estudios demuestran que hubo mejora en la toma de presión arterial de los pacientes y con eso se demostró que el tiempo aumentado de la consulta hizo que se realizara una toma de presión más efectiva, así como detecciones de tabaquismo y alcoholismo, indicando que una mayor duración de consulta mejora la calidad de vida de los pacientes, detectando factores de riesgo para su salud. Se realiza la comparación de diferentes países del mundo respecto al tiempo de consulta que otorgan a sus pacientes como España con 20 min, Madrid 10 min, Rusia 10 min, el salvador 10 min, Perú 12 min, Estados Unidos 20 min, Japón 6 min, Egipto 14,5 min, Etiopía 6 min y Argentina 10 a 15 min y en Canadá manejan dos sistemas de tiempo donde el médico cobra honorarios el tiempo es de 10 a 15 min y donde tienen un salario mensual es de 20 a 45 min; en Argentina se

realizó un estudio de la sociedad argentina de cardiología donde los resultados demostraron que el 70% de los profesionales médicos consideran un tiempo considerado de consulta es de 20 a 30 min. (Outomuro & Actis, 2013)

Un estudio realizado en seis países de Europa nos dice que la duración de consulta está determinada por con el médico y el país, así como por las relacionadas con los pacientes, la carga de trabajo del médico y el tipo de visita. (Deveugele et al., 2002)

En 1992 se creó el Sistema de Salud Comunitario bajo una perspectiva integral de atención primaria. Ello implicó que en el lapso de 2005 a 2012 se incrementara el número de atenciones cuatro veces, con lo cual la calidad de las consultas de práctica general se vio comprometida por la gran cantidad de flujo de pacientes (principalmente para la renovación de medicamentos). (Hernández-Torres & Ma, 2006)

En Eslovenia el tiempo medio de una consulta es de 6,9 minutos y al igual que en China, el 25% de las visitas se trataron de razones administrativas o para escribir una receta. Algo que llamó nuestra atención, es que la duración de los problemas de salud mental necesita menos tiempo, esto lo atribuyen Petek y colaboradores a una orientación predominantemente biomédica más que psicosocial. En contraste, Suecia muestra una duración de consulta general de 20 minutos, probablemente por diferencias más profundas en el Sistema de Cuidado de la Salud. (Petek Ster et al., 2008)

En Colombia, a partir de 1993 la Ley 100 determina 20 minutos de duración por consulta. En Argentina el tiempo de consulta varía según el lugar de trabajo, pero el promedio es de 15 minutos, en Francia, se reveló que el promedio de la sesión fue de 17 minutos en patologías crónicas. (Urquiza,.s/f)

Bajo una consideración ideal, el contacto con el paciente en cada consulta es una oportunidad para mantener la relación médico-paciente o mejorar la salud mental y física del o los individuos, así como promover el bienestar, y modificar estilos de vida. (Torres et al., 2018)

Un turno demasiado corto ha sido descrito como uno de los factores que impide la realización de una buena promoción de la salud. La importancia de la promoción de la salud ha sido enfatizada a nivel internacional desde la OMS y esto incluye todos los aspectos relacionados con aquellas actividades que buscan mejorar el nivel de salud de los individuos y de la comunidad. Discutir estilos de vida y solicitar estudios complementarios es lo que más hace un médico clínico en sus consultas de rutina, fundamentalmente en consultas de primera vez. Podríamos decir que, en términos generales, la bibliografía mundial respalda la asignación de pacientes entre 10 y 15 min, tal como ocurre en nuestro medio. (Outomuro & Actis, 2013)

En cada país los horarios de consulta son diferentes; las diferencias entre los países europeos desarrollados y los países subdesarrollados son amplias. Se entiende que no puede ser igual, pero los estudios demuestran que el tiempo sigue siendo insuficiente para llevar a cabo una consulta de calidad, el alto nivel de demanda en algunos países como México y Argentina, el tiempo promedio de consulta es de 15 minutos. Por tanto, se plantean preguntas como: ¿Es este tiempo suficiente? ¿Nos garantiza una buena calidad de atención médica?, cada vez la población está en constante cambio y el estimado de vida es mucho más grande que antes, eso significa pacientes añosos y con múltiples enfermedades, donde el médico tiene que buscar estrategias y alternativas de atención médica para garantizar la calidad en la atención y recuperación del paciente con el objetivo de reducir el número de pacientes asistidos. (Outomuro & Actis, 2013)

El tiempo de consulta en la práctica familiar es muy corto, la gran carga de trabajo, especialmente con las tareas administrativas, reduce el tiempo de consulta

y la continuidad de la atención reduce el tiempo de consulta.¹² El trabajo de los médicos familiares es cada vez más complejo; los pacientes envejecen y la incidencia de multi morbilidad está aumentando. Todas estas tendencias en la práctica general aumentan la carga de trabajo de los médicos familiares. Una de las posibles consecuencias de un aumento de la carga de trabajo es la reducción del tiempo de consulta, lo que repercute en el trabajo de los médicos de cabecera y en la satisfacción de los pacientes. Las consultas más largas están vinculadas a una mejor atención; los médicos que tienen consultas más prolongadas prescriben menos medicamentos, identifican a más pacientes con enfermedades crónicas, tratan con mayor frecuencia los problemas psicosociales y promueven un estilo de vida más saludable, por eso la importancia de la comunicación médico-paciente en la medicina familiar. (Rodríguez Torres et al., 2018)

El tiempo de consulta tiene un impacto importante en el trabajo de los médicos y en la satisfacción del paciente.¹² El tiempo de duración de la consulta es muy variable en los diferentes países. La Organización Mundial de la Salud considera que el tiempo promedio a nivel mundial se encuentra entre los 10 y los 11 minutos por persona, esta cifra es descriptiva y no de carácter valorativo. (Urquiza,.s/f)

La consulta médica familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social puede desglosarse en varias fases, motivo el cual el tiempo de consulta puede ser insuficiente para poder realizar todas las actividades de una consulta completa, por ejemplo:

1. Llamar al paciente, saludarlo, indicarle que se siente, es el tiempo hasta que comienza a narrar el motivo de consulta.
2. Tiempo de exposición del problema hasta que el médico inicia el interrogatorio.
3. Tiempo de exploración física y valoración de exámenes complementarios.

4. Tiempo de recomendaciones, consejos, indicaciones, hasta la despedida.
5. Escritura en la historia clínica.
6. Incapacidades.
7. Derivación a servicios como DiabetIMSS, medicina preventiva, rehabilitación.
8. Envío de laboratorios y gabinete.
9. Llenado de documentos institucionales, ST-7, ST-2.
10. Cuando amerita el caso, envío con formatos especiales a segundo nivel.

El tiempo de consulta más largo mejora la comunicación, permite reconocer problemas psicosociales, puede promover la salud disminuyendo el estrés entre médico y paciente, y mejora la relación médico-paciente. (Rodríguez Torres et al.,2018)

III.3. La relación médico paciente y el tiempo de consulta

La Secretaría de Salud que tradicionalmente cumplía con una actividad asistencial se ha reducido actualmente en cumplir con funciones de carácter normativo. Debido a que las Unidades Médicas que integran el Sector Salud son responsables de atender al más elevado porcentaje de la población, por consiguiente, este sector representa al mayor número de quejas relacionadas con el servicio médico. (Ricardo & Navarrete, s/f)

El médico necesita tiempo para escuchar atentamente al paciente, examinarlo minuciosamente, redactar una historia clínica completa y explicarle a él y a sus familiares su enfermedad, la evolución del cuadro clínico, los exámenes complementarios y el tratamiento. Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas de corta duración; esto daña a ambas partes. El médico sabe que está

perjudicando su profesión y se expone a cometer errores y el paciente no se siente satisfecho y tiene, muchas veces, la certeza de no haber sido correctamente evaluado. (Sánchez Arrastia & Olivé, 2014)

El escaso tiempo de consulta puede deteriorar la relación médico-paciente, y como se sabe es uno de los factores más importantes para la recuperación del estado de salud de los pacientes. La atención primaria en el primer nivel es en la mayoría de los países el lugar en donde las personas expresan sus sentimientos, sus enfermedades y sus necesidades, es el espacio en donde el médico cumple su responsabilidad de ayudar a prevenir y curar enfermedades, siendo un pilar que contribuye a mantener el estado de la población en su mejor nivel de atención. (Outomuro & Actis, 2013)

Se realizó un estudio sobre la relación médico-paciente en la consulta externa en una unidad de primer nivel en secretaria de salud a 76 pacientes en Ciudad de México en la delegación de Gustavo A. Madero, donde el tiempo de consulta promedio fue de 11 min, donde el 15% tuvo una duración igual o menos de 5 minutos, otro 15% entre 16 y 20 min, y el 70% entre 6 y 15 min, arrojando como conclusión que la relación de médicos con los pacientes tiende a ser baja, siendo complicado para el médico que pueda predecir la conducta o las opiniones de los pacientes y produciendo que el médico tenga poca comunicación con los pacientes. (Cuevas-Urióstegui., s/f)

Se realizó un estudio de las variaciones del tiempo de consulta y la calidad de ella, con médicos de atención primaria, revisión a 67 países, desarrollados y de ingresos bajos, todos con resultados diferentes, con resultados de la duración media de las consultas oscilando entre 48 s y 22,5 min, 18 países a nivel mundial pasando 5 min o menos con su médico, respecto a la evolución de la calidad los estudios se consideró buena en el 40% de los estudios, regular en el 36% y deficiente en el 24%.¹⁹ Se realizó otro estudio en relación médico-paciente en consultorios externos de Lima, Perú donde se determinó los factores asociados a una buena, regular y

mala relación médico-paciente, basados en cuanto a la percepción del paciente con una relación médico paciente buena, el 52% (93) regular y el 25% (45) mala. (Mendoza et al., 2016)

Se realizó un estudio sobre la duración de la consulta en donde el 30% de pacientes se quejó por no tener suficiente tiempo con su médico de cabecera, justificando que las prácticas médicas se han vuelto más complejas que antes y es necesarios hacer más cosas durante la consulta y se ha demostrado las limitaciones de las consultas breves y se den cuenta de que no se trata de una buena atención médica. (Heaney et al., 2002)

Por otro lado, existe un estudio en Gran Bretaña relacionado al tiempo de consulta, donde las revisiones mostraron que los médicos, con el tiempo de consulta más largo prescriben menos medicamentos y ofrecen más consejos sobre estilo de vida y otras actividades que pueden promover la salud, mientras las consulta sean más largas se da un mejor reconocimiento, manejo de los problemas psicosociales, algunas enfermedades crónicas. Actualmente el Consejo Médico General, está consciente de la falta de comunicación entre pacientes y médicos, ha enfatizado en la importancia de involucrar a los pacientes con la consulta y que una mayor participación del paciente debería dar un mejor resultado, pero este estilo participativo generalmente alarga las consultas. (Freeman et al., 2002)

Se necesita más tiempo para consultas de alta calidad con pacientes con problemas importantes y complejos de todo tipo. Para los médicos, la mayor calidad asociada con consultas más largas puede conducir a una mayor satisfacción profesional ese debe ser el futuro. (Freeman et al., 2002)

Existe un estudio en donde se evalúa el efecto de aumentar la duración de la consulta: se evaluaron a 300 pacientes con consultas más largas. La satisfacción del paciente, las percepciones de la empatía de los médicos de cabecera, el estrés del médico de cabecera y la habilitación del paciente se recopilaron mediante una

entrevista cara a cara. Se obtuvieron datos cualitativos adicionales mediante entrevistas individuales con los médicos de cabecera, en relación con sus percepciones del impacto de las consultas más largas. Obtuvieron como resultados que el 53% de las consultas fueron complejas. El estrés del médico de familia fue mayor en consultas complejas. La satisfacción del paciente y la percepción de la empatía de los médicos de familia fueron consistentemente altas. En Reino Unido las consultas son más costosas que en otros países de Europa, y en lugares con menos desfavorables los tiempos de consulta son aún más cortos esto quiere decir que mientras las zonas son más pobres el tiempo de consulta y la calidad son peores, como en otro estudio también se demostró que mientras más tiempo de consulta mejora la precisión de los diagnósticos tanto psicológicos, psicosociales y de medicina general. (Mercer et al., 2007)

La gestión del tiempo de los médicos de cabecera se ha convertido en un tema crucial. Cada vez hay más pruebas que vinculan consultas más prolongadas con una mejor calidad de la atención. (Meerceer et al., s/f)

Por supuesto, que toda la evidencia investigada y disponible sobre los beneficios de consultas más prolongadas debe sopesarse con la prestación de servicios agudos a la comunidad y las necesidades y expectativas de los pacientes. El tiempo del médico es un recurso importante para nuestra comunidad. Los médicos pasan el tiempo en el contacto cara a cara con los pacientes, haciendo el trabajo administrativo relacionado con las visitas, y el mantenimiento de una base de conocimientos más importante, el tiempo es siempre finita. (Hutton & Gunn, 2007)

La duración de las consultas para los médicos de cabecera varía de una media de 4,4 minutos a 11 minutos. Las mujeres de mediana edad tardía (55-64 años) reciben las consultas más largas, seguidas de las personas mayores, y los niños reciben las consultas más breves. El número de temas planteados afecta la duración de la consulta en aproximadamente 1 minuto por tema adicional. Cuando

las pacientes consultan a las mujeres médicas, se agrega aproximadamente 1 minuto a la consulta promedio. (Carr-Hill et al., 1998)

Varios estudios publicados en el mundo tanto desarrollado como subdesarrollado, se ha demostrado que la mayoría de los médicos familiares, como los médicos generales no están lo suficientemente capacitados para llevar a cabo consulta de 4,5 a 11 minutos promedio de tiempo de las consultas y mucho menos practican esos tiempos y más las médicas mujeres que de promedio con los hombres su consulta dura mucho más. (Britt et al., 2002)

La relación médico-paciente y la calidad de la consulta, están relacionadas con el tiempo de consulta que se da a los pacientes, que, aunque en diferentes países del mundo, la enfermedad, las edades y las patologías tienden a ser diferentes; en muchos de los estudios consultados se llega a la misma conclusión: Que el tiempo de consulta es insuficiente para lograr abarcar las necesidades de los médicos familiares por las múltiples actividades que tienen que realizar a lo largo de la consulta. (Howie et al., 1991)

Existen múltiples factores asociados a la duración de consulta, tanto que sean largas como que sean cortas, esos factores son desde el sexo del médico, la edad del médico, características del médico, como características de los pacientes, como padecimiento, su edad, y también si son hombres o mujeres, demostrando que no solo es el padecimiento, sino que es un tema más complejo. (Andersson et al., 1993)

III.4. ¿Cómo se mide la relación médico paciente?

Existe un cuestionario de la relación médico-paciente (PDRQ-9) en atención primaria realizado por Christina M. Van, Patricia Van Oppen, Richard Van Dyck, en el 2004. El PDRQ-9 se desarrolló a partir del Cuestionario Helping Alliance de

Luborsky, una escala que mide la alianza terapéutica en psicoterapia. Se evaluaron sus cualidades psicométricas y su validez en la práctica general, con la colaboración de 110 pacientes de la práctica general y 55 pacientes en una clínica de epilepsia. El PDRQ-9 proporcionó a los investigadores una breve medida de los aspectos terapéuticos de la relación médico-paciente en el ámbito de la atención primaria y el tiempo de consulta. Es una herramienta valiosa para fines científicos y prácticos que implican el seguimiento de la relación médico-paciente. (Farías et al., 2017)

Existe otra característica a evaluar en la consulta que es el aspecto comunicativo de la relación médico-paciente, que se estudia mediante diseños cualitativos que describen el papel positivo de la conducta afectiva de los médicos y modelos de comunicación. Se encontró que los pacientes buscan un Médico de Atención Primaria (PCP) que coincida con su propia representación de un ideal y valide su elección en un proceso comunicativo dinámico. Esto se evalúa en un diseño cualitativo por el Sistema de Análisis de Interacción de Roter (RIAS). Este método se ha utilizado principalmente en el ámbito de la atención primaria. Para las medidas cuantitativas, existen escalas de satisfacción para medir la satisfacción de los pacientes con respecto a la atención. Se ha desarrollado además un cuestionario breve y orientado a la cuantificación, para ser utilizado en la investigación en atención primaria y salud pública, así como en estrategias de promoción de la salud. (Farías et al., 2017)

El PDRQ se desarrolló con la versión holandesa validada del HAQ como punto de partida. El cuestionario inicial es de 15 ítems lo cual surgió como prueba piloto y se redujo a 9 ítems como resultado final. La evidencia de confiabilidad y validez del cuestionario PDRQ-9 compuesto por nueve variables, tuvo un alfa de Cronbach de 0.94, lo que delinea una buena consistencia interna de esta subescala. (Feltz-Cornelis & Van Oppen, 2004)

La relación como un derivado de la alianza terapéutica puede ser monitoreada con el nuevo cuestionario, representando así una valiosa herramienta para propósitos científicos y prácticos. (Farías et al., 2017)

Por la utilidad práctica y metodología del instrumento, se tomó la decisión de utilizarlo como modelo para la presente investigación. El instrumento consta de evaluar la calidad de la Relación Médico Paciente con 9 ítems, diseñado para permitir la evaluación de aspectos terapéuticos de la relación médico-paciente en el entorno de atención primaria. El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 6 puntos donde 1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 levemente en desacuerdo, 4 levemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Las puntuaciones implican que a mayor puntaje mayor acuerdo, en tanto que a menor puntaje mayor desacuerdo por lo que el puntaje total va en un rango de 9 a 54, de 9-27 desacuerdo, 28-54 de acuerdo. (Feltz-Cornelis & Van Oppen, 2004)

IV. Hipótesis

Ho: La relación médico paciente con el tiempo de consulta establecida con el médico familiar, como un elemento negativo para la relación médico paciente en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS es igual o menor que 24%.

Ha: La relación médico paciente con el tiempo de consulta establecido con el médico familiar, como un elemento negativo para la relación médico paciente en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS es mayor que 24%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo General

Determinar la relación médico paciente con el tiempo de consulta establecida con el médico familiar, como un elemento negativo para la relación médico paciente en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Encuesta observacional, transversal, descriptivo.

VI.2 Población

Pacientes derechohabientes subsecuentes de la consulta externa, del servicio de medicina familiar adscritos en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

VI.3.1 Tamaño de muestra.

Con un nivel de confianza de 95%, con margen de error de 5% y poder de prueba del 24% y se calculó la muestra a partir de una fórmula de una proporción.

Fórmula para variables para población **INFINITA**

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$$

Donde:

N= Tamaño de muestra

Za= Nivel de confianza que asignemos 95% (1.64)

P= Proporción establecida en la hipótesis (0.24)

q= No ocurrencia del evento (0.76)

d= Margen de error (0.05)

$$N = \frac{(1.64)^2 (0.24) (0.76)}{(0.05)^2} = 196$$

La muestra seleccionada fue de 196 sin embargo se incrementa a 280 pacientes ya que la literatura menciona que una muestra en estudios transversales descriptivos el tamaño mínimo de muestra es más aceptable es a partir de 260 a 300.

VI.3.2 El tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia, usado como marco de muestra el listado de pacientes que acudieron a la unidad de salud a solicitar atención médica.

VI.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes derechohabientes subsecuentes, de la Unidad de Medicina Familiar número 9 que acepten participar en el estudio.
2. Mayores de 18 años.
3. Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con patologías psiquiátricas o con algún tipo de deterioro cognitivo que no puedan responder a la encuesta.

Criterios de eliminación

1. pacientes que no contesten completamente la encuesta.
2. pacientes que no firme el consentimiento informado.

VI.5 Variables estudiadas

Las variables se consideraron fueron sociodemográficas (sexo y edad) y variables descriptivas (relación médico paciente y tiempo de consulta).

VI.6 Técnicas e instrumentos.

Por la utilidad práctica y metodología del instrumento, se tomó la decisión de utilizarlo como modelo para la presente investigación. El instrumento utilizado para evaluar la relación médico-paciente (PDRQ-9) en atención primaria realizado por Christina M. Van, Patricia Van Oppen, Richard Van Dyck, validado en el 2004. La evidencia de confiabilidad y validez del cuestionario PDRQ-9 compuesto por nueve variables, tuvo un alfa de Cronbach de 0.94, lo que delinea una buena consistencia interna de esta subescala. El instrumento que consta de 9 ítems, que son ¿Mi médico me ayuda?, ¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?, ¿Confío en mi médico?, ¿Mi médico me entiende?, ¿Mi médico está dedicado a ayudarme?, ¿Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas médicos?, ¿Puedo hablar con mi médico?, ¿Me siento satisfecho con el tratamiento de mi médico?, ¿Encuentro a mi médico de fácil acceso?

Se realizó la evaluación de la relación médico paciente con el instrumento que tiene 9 preguntas, se calificara con una escala de tipo Likert de 6 puntos donde 1 significa totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 levemente en desacuerdo,

4 levemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Las puntuaciones implican que a mayor puntaje mayor acuerdo, en tanto que a menor puntaje mayor desacuerdo por lo que el puntaje total va en un rango de 9 a 54, de 9-27 desacuerdo, 28-54 de acuerdo.

VI.7. Procedimientos

El presente trabajo fue sometido a revisión por el comité de investigación para su autorización, posteriormente se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la Unidad de Medicina Familiar número 9 de la Delegación de Carrillo Puerto de Querétaro.

Se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se les invito a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán al decidir participar en el mismo.

Posteriormente se entregó el consentimiento informado en donde se contaba con esta información por escrito y se precedió a la firma de autorización. Una vez que se contó con la autorización, se realizó la encuesta donde se le realizaron múltiples preguntas relacionadas con la relación con su médico familiar, se agradecido su participación en el estudio y el tiempo destinado para realizar la encuesta.

Se realizó cada día hasta completar todos los participantes y reunir la muestra de pacientes calculada.

Se integraron todos los datos en la base de datos SPSS, en donde se realizó el análisis de datos para posteriormente reportar los resultados.

VI.8 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, por medio de promedios y desviación estándar para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

VI.9 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempla la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentará para su revisión, evaluación y aceptación, con el número de registro institucional: **R-2022-2201-067.**

Asimismo, tuvo como principio la Declaración de Helsinki, se resalta la presencia de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, de acuerdo con el artículo 9 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes en la investigación”. Así como el artículo 24 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Con base al reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud; publicada y vigente en México desde 1984 en su título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículo 17 en el apartado I; este trabajo de investigación se considera sin riesgo ya que refiere “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada

en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. Se trata de una encuesta descriptiva, donde solo se recabarán datos tanto del paciente, y no se llevará a cabo ninguna maniobra invasiva o que pudiera lesionar el cuerpo de los sujetos de estudio.

Se tuvo apego a la Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012 que regula la investigación científica en México, de acuerdo con el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para regular la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir el mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Se respetará y resguardarán los datos por el investigador principal con los más altos índices de confidencialidad, y en estricto apego a las leyes y normatividad legal y ética de investigación en seres humanos. Se cambiará el Número de Seguro Social por un folio a fin de resguardar la confidencialidad. Se respetarán los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, respeto y autonomía. Los datos serán resguardados por el investigador principal.

Por las características del estudio se considera que no causa ningún daño para el paciente, dado que no se realizó ninguna intervención, se realizaron encuestas previo a consentimiento informado, posteriormente se hizo uso de información en documental de hojas de registro de Excel, procurando promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y proteger su salud y derechos individuales. Se mantuvo la confidencialidad del paciente en todo momento al proteger la base de datos.

VII. Resultado

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas respecto al sexo.

n=280

IC 95 %

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Mujer	193	68.9	63.5	74.3
Hombre	87	31.1	25.7	36.5
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

Se estudiaron un total de 280 pacientes, en cuanto a genero predomino el femenino con 68.9 % (IC 95% 63.5-74.3).

Cuadro VII.2 Características sociodemográficas respecto a la edad.

n=280

IC 95 %

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
18 a 30	47	16.8	12.4	21.2
31 a 50	82	29.3	24.0	34.6
51 a 87	151	53.9	48.1	59.7
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

Se estudiaron 280 pacientes, de 18 años en adelante, con máxima edad de 87 años, con el promedio de edad fue de 51 a 87 años con un porcentaje de 53% de participación y con menos participación el promedio de edad fue de 18 a 30 años con un porcentaje de 16.8%.

Cuadro VII.3 Prevalencia con base al resultado de la encuesta (PDRQ-9) que mide la relación médico paciente en cuanto al género.

n=280

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Mujer	193	68.9	63.5	74.3
De acuerdo	161	83.41	73.8	93.1
Desacuerdo	32	16.5	6.9	26.1
Hombre	87	31.1	27.5	36.5
De acuerdo	76	87.3	78.7	95.9
Desacuerdo	11	12.6	4.0	21.2
Total	280	100	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

Del total de pacientes estudiados con respecto a la relación médico paciente se demostró que 83.4% (IC 95% 73.8-93.1) estuvo “De acuerdo en el género femenino”, pero el 12.6% (IC95% 4.0-21.2) en “Desacuerdo en el género masculino”.

Cuadro VII.4 Prevalencia con base al resultado de la encuesta (PDRQ-9) que mide la relación médico paciente

n=280

IC 95 %

	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
DESACUERDO	43	15.3	11.1	19.5
DE ACUERDO	237	84.7	80.5	88.9
TOTAL	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

Con respecto a la relación médico paciente, se concluyó que la opción “De acuerdo” obtuvo el mayor porcentaje con 84.7%, (IC 95% 80.5-99.9) y paciente con la opción “Desacuerdo” obtuvo el menor porcentaje con 15.3 % (IC 95% 11.1-19.5).

Cuadro VII.5 Tablas de pregunta núm. 1 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Mi médico me ayuda?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	19	6.8	3.9	9.7
En desacuerdo	9	3.2	1.1	5.3
Levemente en desacuerdo	18	6.4	3.5	9.3
Levemente de acuerdo	33	11.8	8.0	15.6
De acuerdo	86	30.7	25.3	36.1
Totalmente de acuerdo	115	41.1	35.3	46.9
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

El instrumento referente a la relación médico-paciente está conformado por nueve reactivos; el primero de éstos señala "¿Mi médico me ayuda?", 41.1% (IC. contestó que está "Totalmente de acuerdo" y 3.2% contestó que esta "¿En desacuerdo?" (IC 95% 1.1-5.3).

Cuadro VII.6 Tablas de pregunta núm. 2 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Mi médico tiene el suficiente tiempo para mí?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	14	5.0	2.4	7.6
En desacuerdo	14	5.0	2.4	7.6
Levemente en desacuerdo	21	7.5	4.4	10.6
Levemente de acuerdo	33	11.8	8.0	15.6
De acuerdo	88	31.4	26.0	36.1
Totalmente de acuerdo	110	39.3	33.6	45.0
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

En lo que respecta a la pregunta "¿Mi médico tiene el suficiente tiempo para mí?", 39.3% contestó que está "Totalmente de acuerdo", seguido con "De acuerdo" 31.4 %, caso contrario para "totalmente en desacuerdo" y "En desacuerdo" las cuales ambas respuestas obtuvieron 5%. (IC 95% 2.4-7.6).

Cuadro VII.7 Tablas de pregunta núm. 3 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Confirió en mi medico?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	22	7.9	4.7	11.1
En desacuerdo	12	4.3	1.9	6.7
Levemente en desacuerdo	20	7.1	4.1	10.1
Levemente de acuerdo	29	10.4	6.8	14.0
De acuerdo	85	30.4	25.0	35.8
Totalmente de acuerdo	112	40.0	34.3	45.7
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

El instrumento utilizado con respecto a la pregunta "¿Confirió en mi medico?", 80.8% contestó que está "de acuerdo" y, pero 19.3% contestó que esta "¿En desacuerdo?".

Cuadro VII.8 Tablas de pregunta núm. 4 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Mi médico me entiende?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	19	6.8	3.9	9.7
En desacuerdo	11	3.9	1.6	6.2
Levemente en desacuerdo	18	6.4	3.5	9.3
Levemente de acuerdo	32	11.4	7.7	15.1
De acuerdo	87	31.1	25.7	36.5
Totalmente de acuerdo	113	40.4	34.7	46.1
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

El instrumento referente a la relación médico-paciente en la pregunta que dice "¿Mi médico me entiende?", 71.5.4% contestó que está "de acuerdo" y "Totalmente de acuerdo" y 3.9% (IC 95% 1.6-6.2) contestó que esta "¿En desacuerdo?".

Cuadro VII.9 Tablas de pregunta núm. 5 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Mi médico está dedicado a ayudarme?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	22	7.9	4.7	11.1
En desacuerdo	10	3.6	1.4	5.8
Levemente en desacuerdo	25	8.9	5.6	12.2
Levemente de acuerdo	24	8.6	5.3	11.9
De acuerdo	85	30.4	25.0	35.8
Totalmente de acuerdo	114	40.7	34.9	46.5
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

Referente a la pregunta, "¿Mi médico está dedicado a ayudarme?" 20.4 % contestó que esta "En desacuerdo", sin embargo 40.7% (IC 95% 34.9-46.5) contestó que está "Totalmente de acuerdo".

Cuadro VII.10 Tablas de pregunta núm. 6 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	22	7.9	4.7	11.1
En desacuerdo	13	4.6	2.1	7.1
Levemente en desacuerdo	17	6.1	3.3	8.9
Levemente de acuerdo	28	10.0	6.4	13.5
De acuerdo	92	32.9	27.4	38.4
Totalmente de acuerdo	108	38.6	32.9	44.3
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

La pregunta "¿Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas?", 10.0% (IC 95% 6.4-13.5) contestó que está "levemente de acuerdo" y 6.1% (IC 95% 3.3-8.9) contestó que está "¿Levemente en desacuerdo?".

Cuadro VII.11 Tablas de pregunta núm. 7 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Puedo hablar con mi médico?	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	21	7.5	4.4	10.6
En desacuerdo	12	4.3	1.9	6.7
Levemente en desacuerdo	14	5.0	2.4	7.6
Levemente de acuerdo	39	13.9	9.8	18.0
De acuerdo	80	28.6	23.3	33.9
Totalmente de acuerdo	114	40.7	34.9	46.5
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

El instrumento aplicado a 280 pacientes la pregunta "¿Puedo hablar con mi médico?", 233 participantes contestó que esta “de acuerdo” y 47 participantes contestaron en “¿En desacuerdo?”.

Cuadro VII.12 Tablas de pregunta núm. 8 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Me siento satisfecho con el tratamiento de mi médico?	Frecuencia	Porcentaje	Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	24	8.6	5.3	11.9
En desacuerdo	17	6.1	3.3	8.9
Levemente en desacuerdo	16	5.7	3.0	8.4
Levemente de acuerdo	34	12.1	8.3	15.9
De acuerdo	75	26.8	21.6	32.0
Totalmente de acuerdo	114	40.7	34.9	46.5
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo “El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS.”

En cuento a la pregunta "¿Me siento satisfecho con el tratamiento de mi médico?", 114 participantes contestaron "Totalmente de acuerdo" y 16 participantes contestó que esta "¿Levemente en desacuerdo?".

Cuadro VII.13 Tablas de pregunta núm. 9 de relación médico paciente.

n=280

IC 95 %

¿Encuentro a mi médico de fácil acceso?	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 %	
			Inferior	Superior
Totalmente en desacuerdo	32	11.4	7.7	15.1
En desacuerdo	18	6.4	3.5	9.3
Levemente en desacuerdo	24	8.6	5.3	11.9
Levemente de acuerdo	38	13.6	9.6	17.6
De acuerdo	68	24.3	19.3	29.3
Totalmente de acuerdo	100	35.7	30.1	41.3
Total	280	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes que participaron en el protocolo "El tiempo de consulta establecido con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS."

Por otra parte, la pregunta "¿Encuentro a mi médico de fácil acceso?", de los 280 participantes 100 pacientes contestaron "Totalmente de acuerdo" pero 32 respondieron "Totalmente en desacuerdo"

VIII. Discusión

La relación médico-paciente ha ido cambiando, de ser un vínculo estrecho, nacido del conocimiento personal y de la confianza prolongada a través de los años entre ambas partes, a tal grado que, con223 frecuencia, el médico llegaba a ser considerado un integrante más de la familia. En la actualidad, se ha modificado la manera de ver al médico como prestación de un servicio y recepción de un servicio, convirtiéndose el médico ahora en un prestador de servicio y el paciente en un “usuario”. Se habla de una RMP a la interacción interpersonal por parte de los involucrados, en una situación médica, estas últimas demandan siempre que la atención y la predisposición por parte de los médicos siempre sea la mejor, ya que de esto deriva la iniciativa de las personas para mostrar un verdadero interés en su pronta y oportuna recuperación.

Autores como Herrera en el 2010 refieren que la relación médico-paciente (RMP) es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, ya que antes era una relación de tipo paternalista, ha evolucionado a la actual posición superior del paciente y el médico en relación con el equipo de salud, es decir, las decisiones que se toman ya son en conjunto, Martínez desde el 2010 refiere que la relación médico-paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. En ella, intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas, (transferencia, contratransferencia, empatía) y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve.

En la consulta de medicina familiar con duración establecida de 15 minutos en la unidad de medicina familiar, el tiempo no fue un elemento representativo para la relación médico paciente ya que de los 280 pacientes que se les realiza la encuesta (PDRQ-9) que mide la relación médico paciente 84.7% consideraron que tienen una adecuada relación con su médico paciente, a diferencia de lo que se presenta, Torres (2018) quien refiere que durante la década de 1990-1999 pasaron de tener una consulta de 7,5 minutos a 10 minutos, estudios demuestran que hubo mejora en la toma de presión arterial de los pacientes y con eso se demostró que el tiempo aumentado de la consulta hizo que se realizara una toma de presión más efectiva, así como detecciones de tabaquismo y alcoholismo, indicando que una mayor duración de consulta mejora la calidad de vida de los pacientes, detectando factores de riesgo para su salud.

Se realiza la comparación de diferentes países del mundo respecto al tiempo de consulta que otorgan a sus pacientes Outomuro (2013) menciona que España con 20 min, Madrid 10 min, Rusia 10 min, el salvador 10 min, Perú 12 min, Estados Unidos 20 min, Japón 6 min, Egipto 14,5 min, Etiopia 6 min y Argentina 10 a 15 min y en Canadá manejan dos sistemas de tiempo donde el médico cobra honorarios el tiempo es de 10 a 15 min y donde tienen un salario mensual es de 20 a 45 min; en Argentina se realizó un estudio de la sociedad argentina de cardiología donde los resultados demostraron que el 70% de los profesionales médicos consideran un tiempo considerado de consulta es de 20 a 30 min.

En varios estudios publicados en el mundo, tanto desarrollado como subdesarrollado, Britt (2002) se ha demostrado que la mayoría de los médicos familiares, del mismo modo que los médicos generales, no están lo suficientemente capacitados para llevar a cabo su consulta de 4,5 a 11 minutos promedio de tiempo de las consultas, no respetan los tiempos mencionados.

En cuanto a género predominó el femenino en 68.9 %. Una situación similar se presenta en el estudio de Carr-Hill (1998), quien afirma que las mujeres de mediana edad tardía (55-64 años) reciben las consultas más largas, seguidas de las personas mayores y los niños reciben las consultas más breves. El número de temas planteados afecta la duración de la consulta en aproximadamente 1 minuto por tema adicional. Cuando las pacientes consultan a las mujeres médicas, se agrega aproximadamente 1 minuto a la consulta promedio.

Con respecto a la edad los pacientes con mayor participación en el estudio dominó la edad entre 51 a 87 años con un porcentaje de 53%, lo que se atribuye a la etapa adulta y adulto mayor donde nos dice Patiño-Restrepo (2016) que en la edad adulta es donde el médico se puede permitir proveer la información de la mejor manera posible, ya que las personas tratadas presentan un nivel de atención y de indagación más favorable para que la relación con el médico se evidencie de manera más productiva, acorde a lo establecido en una buena relación médico paciente. Conforme a la prudencia y relatividad de los cuestionamientos que pueden ser formulados por parte de los pacientes adultos, para el médico es más fácil crear un ambiente profesional que trate y manifieste tecnicismos médicos en favor de la condición médica del paciente, haciendo de la presencia del médico algo realmente productivo en menor tiempo, y que puede utilizar este tiempo en personas que requieran de mayor tiempo de consulta.

Respecto a la relación médico paciente en el género femenino y masculino, se reporta que predominó “De acuerdo” en el género masculino con un 87.3% y en “Desacuerdo” un 16.5%, a diferencia de distintos análisis que documentaron que no hay estudios concluyentes sobre la satisfacción del paciente y su relación con el género de éste. Sin embargo, Martin (2017) afirma que hay características relacionadas con el género femenino que se asocian con mejores resultados para la relación médico paciente.

Una parte poco solida del estudio es que el instrumento carece de información respecto a un factor negativo sobre el tiempo de consulta, limitando la posibilidad de alcanzar un enfoque más amplio relacionado con éste.

IX. Conclusiones

En el presente estudio se demuestra que 84.7% de las personas encuestadas tienen una buena relación médico paciente, se puede concretar que la relación médico paciente se muestra de una forma favorable, en la que tanto médicos como pacientes llevan a cabo las relaciones interpersonales dentro de un consultorio y durante el tiempo establecido que dure la consulta médica de así ser la situación.

Por lo tanto, el tiempo establecido en la consulta de medicina familiar no es determinante o relevante para la relación médico paciente, ya que al ser una consulta subsecuente la mayoría de las pacientes cuentas ya con una relación establecida con su médico familiar.

El género femenino es el que predomina en el estudio realizado con respecto a la relación médico paciente en la consulta de medicina familiar con una frecuencia de 193 participantes a comparación con el masculino que fue de 87 participantes de 280 participantes.

Sin embargo, se puede afirmar que existe una mejor relación médico paciente, con el género masculino a diferencia del femenino.

X. Propuestas

En la parte asistencial se sugiere que el Jefe de Departamento Clínico otorgue una pequeña inducción al puesto, a fin de mantener capacitado al personal médico de nuevo ingreso, para fomentar un mismo lenguaje bidireccional que facilite la comprensión con el paciente, así como dedicar tiempo en la consulta para preguntar directa o indirectamente sobre otros ámbitos de la vida del paciente.

Se le sugerirá a la coordinación de educación e investigación en salud de la unidad implementar sesiones a los médicos familiares en relación con mejorar un ambiente acogedor en la consulta, lenguaje claro, contacto visual, reír, respeto, tolerancia independientemente de sus problemas de salud, calidad y empatía con los pacientes.

En lo que respecta al área de la investigación, se puede realizar un estudio cualitativo con preguntas abiertas dirigidas al paciente y a los médicos, para que se evalúe un enfoque más completo sobre la relación-médico paciente y el tiempo de consulta y así identificar de una forma más amplia sobre el tema.

Siguiendo la misma línea de investigación, se propone la creación y validación de un instrumento que mida específicamente sobre los factores que intervienen en la relación médico-paciente.

XI. Bibliografía

Andersson, S. O., Ferry, S., & Mattsson, B. (1993). Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(1), 61–67. <https://doi.org/10.3109/02813439308994904>

Arce, M. A. R. (2008). Relación médico-paciente. *Ene*, 29(30), 31.

Baró, A. O. A., & González, A. T. (s/f). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link. *Medigraphic.com*. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf>

Britt, H., Valenti, L., & Miller, G. (2002). Time for care. Length of general practice consultations in Australia. *Aust Fam Physician*, 31(9), 876–880.

Carr-Hill, R., Jenkins-Clarke, S., Dixon, P., & Pringle, M. (1998). Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *Journal of Health Services Research & Policy*, 3(4), 207–213. <https://doi.org/10.1177/135581969800300405>

Cuevas-Urióstegui, M.C.D, et al., (s.f.). Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5455/5775>

(Deveugele et al., 2002)

Deveugele, M., Derese, A., Van Den Brink-Muinen, A., Bensing, J., & Maeseneer, D. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362).

Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente. (s/f).

Wma.net. Recuperado el 26 de mayo de 2023, de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>

Dormont, B. S. (s/f). La prohibición de las tarifas adicionales para los beneficiarios de la cobertura de salud CMU-C: ¿Qué consecuencias para los médicos y dentistas en la práctica privada? En *Economie et Statistique / Economía y estadística*. Instituto National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (pp. 31–47).

Estrada, M., & Zepeda, R. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Rev médica electrón*, 39, 832–842.

Hernández-Torres, I., & Ma, F.-O. (2006). Irigoyen Coria A, Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137–144.

Farías, P., Tifner, S., & Tapia, M. L. (2017). Evaluación de la relación médico paciente (RMP) en una población de San Juan. *Rev salud pública*, 21(3).

- Feltz-Cornelis, V., & Van Oppen, P. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation (Vol. 26). ELSEVIER.
- Freeman, G. K., Horder, J. P., Howie, J., Hungin, A. P., Hill, A. P., & Shah, N. C. (2002). Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ*, 324(7342), 880–882.
- Hernández-Torres, I., & Ma, F.-O. (2006). Irigoyen Coria A, Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(2), 137–144.
- Herrera Medina, N. E., Gutiérrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., & Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogotá)*, 12, 343–355.
- Herrera Medina, Nelson E., Gutierrez-Malaver, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. P., Lilián, Y., & Sánchez-Martínez, M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en. *Org.co*. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n3/v12n3a01.pdf>
- Howie, J. G., Porter, A. M., Heaney, D. J., & Hopton, J. L. (1991). Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *The*

British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 41(343), 48–54.

Hutton, C., & Gunn, J. (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 7(1), 71. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-71>

Martínez, O. C., Marchante, M., Morales, I. G., & Martínez, D. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Medisur*, 8(5), 110–120.

Mendoza, C., Ramos-Rodríguez, C., & Gutiérrez, E. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz méd*, 16, 14–19.

Martín, R. S. (s/f). Diferencias de género: ¿relaciones médico-paciente diferentes? <https://doi.org/10.26322/2013.7923.1505400436.03>

Meerceer, S. E. W., Zpatrick, B. F., Gourlay, G., Mc Connachiee, A. x., & Cm, G. ha m. (s/f). More time for complex consultations i a high-deprivation practice is associate with increased patient enablement. *Bjgp.org*. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://bjgp.org/content/bjgp/57/545/960.full.pdf>

Mejía Estrada, A., & Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista médica electrónica*, 39,

832–842. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016

Mendoza, C., Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú, Ramos-Rodríguez, C., Gutierrez, E., Hospital General Universitario de Ciudad Real, Servicio de Anatomía Patológica. España, & Instituto Nacional de Salud, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública. Lima, Perú; Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte médico*, 16(1), 14–19. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2016.v16n1.03>

Mercer, S. W., Fitzpatrick, B., Gourlay, G., Vojt, G., McConnachie, A., & Watt, G. C. M. (2007). More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(545), 960–966. <https://doi.org/10.3399/096016407782604910>

Outomuro, D., & Actis, M. (2013). Analysis of ambulatory consultation length in medical clinics. *Rev med Chile*, 141, 361–366.

Oyarbide, J. M. U. (1994). Tiempo y espacio en atención primaria de salud. *Reis*, 67, 133. <https://doi.org/10.2307/40183738>

Patricia Farías Sonia Tifne María Lourdes Tapia. (2017). EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (RMP) EN UNA POBLACIÓN DE SAN JUAN. *Revista de Salud Pública*, 21 3:45-53.

Petek Ster, M., Svab, I., & Zivcec Kalan, G. (2008). Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 29–34. <https://doi.org/10.1080/02813430701760789>

Ricardo, G., & Navarrete, Z. (s/f). Estado actual de las demandas. *Medigraphic.com*. Recuperado el 19 de abril de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112i.pdf>

Rodríguez Arce, M. A. (2008). Relación médico paciente. *La Habana: Ciencias médicas*, 6–15.

Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018). Medical consultation, time and duration. *Medwave*, 18(5), e7266. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>

Sánchez Arrastia, D., & Olivé, C. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Mil*, 43(4).

Ster, P., Svab, M., & Kalan, Z. (2008). Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care*, 26(1), 29–34.

Torres, R., Soto, J., Patiño, C., & Consulta Médica, D. (2018). Consulta médica, tiempo y duración. *Medwave*, 18.

Urquiza, R. O. (s/f). TIEMPO DE CONSULTA, GESTIÓN CLÍNICA Y TRABAJO
DIARIO DE UN MEDICO DE FAMILIA. Org.bo. Recuperado el 20 de abril de
2023, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v23n2/v23n2_a18.pdf



XII. Anexos

XII. 1. Hoja de recolección de datos.

EVALUACIÓN PARA CONOCER EL IMPACTO DEL TIEMPO DE CONSULTA ESTABLECIDO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 9 DEL IMSS.

Evaluación de servicio de consulta externa de medicina familiar por el paciente

Fecha de la encuesta: _____. Edad: _____

Nombre: _____.

Edad: _____ Sexo: _____. Tiempo de consulta _____.

Por favor, coloque en el rectángulo de la derecha la valoración que mejor describa la experiencia en el servicio de consulta externa de medicina familiar de acuerdo con su opinión.

Cuestionario de Relaciones Médico - Paciente (PDRQ-9)

	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Levemente en desacuerdo	4 Levemente de acuerdo	5 De acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
1. ¿Mi médico me ayuda?						
2. ¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?						
3. ¿Confío en mi médico?						
4. ¿Mi médico me entiende?						
5. ¿Mi médico está dedicado a ayudarme?						
6. ¿Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas médicos?						
7. ¿Puedo hablar con mi médico?						
8. ¿Me siento satisfecho con el tratamiento de mi médico?						
9. ¿Encuentro a mi médico de fácil acceso?						

Puntuación	Resultado
9-27	Desacuerdo
28-54	De acuerdo

XII.2. Carta del consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Paciente)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Tiempo de consulta establecida con el médico familiar como un factor negativo para la relación médico paciente, en la Unidad de Medicina Familiar número 9 del IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF 9, Delegación Querétaro
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realizará para conocer si el tiempo de consulta establecido en la Unidad de Medicina Familiar número 9, es suficiente para que usted como paciente tenga una adecuada relación con su médico familiar.
Procedimientos:	Una vez que se cuente con su autorización, se firmará el consentimiento informado, usted esperará afuera del consultorio para iniciar la encuesta de forma directa y ordenadamente. Al termino usted me entregará la encuesta y se responderán dudas que tenga al respeto. Por último, se dará por terminada la encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad por las preguntas realizadas y molestia al invertir tiempo en contestar las preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aportar información sobre el tiempo de consulta y saber si afecta en la relación con su médico familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No se manejará tratamientos
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Director de tesis: Dra. Elena Rentería Ríos Investigador Responsable.
Especialista en Medicina Familiar Matricula. 99379102
CEL. 4424602346
E-MAIL. elena_renteria@hotmail.com

UMF 9
Dra. Leticia Blanco Castillo
Especialista en Medicina Familiar
Directora clínica de tesis
Celular: 442 127 61 40

Colaboradores: Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx; lety_blc7@hotmail.com

UMF 9
Dra. Sandi Gómez Pacheco
Residente de primer año de Medicina Familiar
Unidad de adscripción: UMF 9
Matricula: 98233757
Celular: 5536785679
correo electrónico: sgp-18@hotmail.com; sandigomezpacheco@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, ubicado en avenida 5 de febrero 102, Colonia centro, CP 76000, Querétaro, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16 hrs. Teléfono 442 2112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1@gmail.com.

Nombre y firma del participante _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo: _____

Testigo: _____

Clave: 2810-009-013

XII.3. Registro Comité Local de Investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 CEI 001 2018073

FECHA Lunes, 13 de junio de 2022

Dra. ELENA RENTERIA RIOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**EL TIEMPO DE CONSULTA ESTABLECIDA CON EL MÉDICO FAMILIAR COMO UN FACTOR NEGATIVO PARA LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9 DEL IMSS.**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **PROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-2201-067

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL