

Visitas domiciliarias en un centro de salud de Zaragoza (2005)

C. Cerdán Lanero, C. Isanta Pomar, I. Artero Muñoz, J. Jorge García y A. Marín Floría

Centro de Salud San José. Zaragoza. España.

INTRODUCCIÓN. Determinar las características de los pacientes que solicitan las visitas domiciliarias, así como la distribución temporal y horaria de los mismos.

MÉTODOS. Análisis descriptivo retrospectivo de las visitas domiciliarias realizadas por los médicos de un equipo de Atención Primaria durante el año 2005. Se obtuvieron datos cuantitativos de las visitas domiciliarias solicitadas como espontáneas y recogidas en un registro informatizado, su distribución temporal, horaria y datos relativos a los pacientes que solicitaron las visitas.

RESULTADOS. Entre los resultados cabe destacar que se solicitaron 1.668 visitas, las cuales supusieron el 2,5% del total de consultas realizadas y sólo el 0,5% se registraron como urgentes; a las 14 horas el 88% de éstas ya se habían recogido, siendo los lunes y los meses de diciembre y enero en los que mayor número de visitas se asumieron. El 5,85% de la población solicitó, al menos, una visita domiciliaria; el 72% de los pacientes solicitó una única visita, y las visitas múltiples fueron solicitadas por los pacientes de mayor edad.

CONCLUSIONES. El volumen de visitas se sitúa en un nivel intermedio en relación con otros estudios. Las visitas solicitadas como urgentes, que son las que más preocupan a los facultativos por la gran distorsión que provocan en el quehacer diario, dada la inmediatez que exigen, sólo suponen el 0,5%. Con el aumento de la edad crece el número de visitas, también lo hace con los meses de invierno. La atención domiciliaria adquiere cada vez más importancia en una asistencia sanitaria integral y continuada, siempre a expensas del estilo del propio médico.

Palabras clave: consulta médica a domicilio, Atención Primaria, población.

INTRODUCTION. To determine the characteristics of the patients who ask for a home visit, as well as their temporal and timetable distribution.

METHODS. Retrospective descriptive study of the home visits made by the doctors of a Primary health care team during 2005. Quantitative data were obtained from spontaneous home visits made by the doctors and were stored in a computerized register where the temporal distribution (months), timetable distribution and all the personal information of each patient visited were analyzed.

RESULTS. From the results obtained, it stands out that 1,668 spontaneous home visits were required in 2005. This accounts for 2.5% of the all consultations made in this period. Only 0.5% of the home visits required were recorded as urgent and 88% of the total home visits required were recorded before 2 p.m. Mondays as weekday and December and January as months were the periods when the most visits were attended. A total of 5.85% of the population asked for a home visit, and 72% of those asked only once. Those patients who required more than one home visit during 2005 were in the elderly age group.

CONCLUSIONS. The volume of spontaneous home visits analyzed in this study is similar to other studies. Urgent home visits are the most difficult ones to manage by the doctors, due to the reaction time they require and the distortion of the programmed timetable, however these types of visits only account for 0.5%. The older a person is, the higher the number of visits, and wintertime is the highest period. Home visits are more important than ever in an integral and continuous health care, but always bearing in mind the style of each doctor.

Key words: house calls, Primary Health Care, population.

Correspondencia: C. Cerdán Lanero.
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José.
Calle Santuario de Cabañas, 16. 50013 Zaragoza. España.
Correo electrónico: crisola@terra.es

Recibido el 22-08-06; aceptado para su publicación el 24-04-07.

INTRODUCCIÓN

La tarea diaria de los médicos de Atención Primaria no se circunscribe sólo al ámbito de la consulta realizada en el centro de salud, sino que incluye también la asistencia realizada en el propio domicilio de aquellos pacientes que, por diversas circunstancias, no pueden desplazarse

hasta la consulta. Esta modalidad de asistencia aparece como una de las características relevantes de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, por su importancia tanto cuantitativa como cualitativa, asegurando la continuidad asistencial. Esta asistencia pretende ser integral y continuada¹.

Las visitas espontáneas, originadas por propia iniciativa del paciente, constituyen la mayoría de las visitas domiciliarias. Se han invocado la edad, el sexo, la clase social y factores relacionados con el estilo de práctica médica, entre otros, como elementos asociados a la solicitud de las visitas domiciliarias²; unas visitas que, aunque parecen ir disminuyendo a lo largo de los últimos años^{1,3-5}, siguen generando un cierto grado de desasosiego entre los profesionales por su imprevisión, además del alto consumo de tiempo que ocasionan y la sensación de estar injustificadas, en una gran parte de ellas, dentro de un sistema con altas demandas, sobre todo en determinados centros de ámbito urbano^{3,4}.

La contratación de médicos de refuerzo en los centros de salud, en jornada reducida, como medida intermedia que palié las consecuencias de esta elevada demanda, es una práctica ya habitual en nuestro medio, donde dicho refuerzo suele realizar la asistencia domiciliaria espontánea, en un horario más o menos amplio en función de criterios que los propios equipos de Atención Primaria deciden. El conocimiento de determinados aspectos en la solicitud de las visitas permitiría adecuar la labor de dichos refuerzos a la realidad asistencial objetiva de nuestros centros.

En el siguiente estudio pretendemos determinar las características de los pacientes que solicitan las visitas domiciliarias, así como la distribución temporal y horaria de las mismas, que permita racionalizar y rentabilizar los recursos asistenciales existentes.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de San José, centro de la ciudad de Zaragoza ubicado en el barrio del mismo nombre y que atiende a una población igual o mayor de 14 años, de 17.033 habitantes, según el censo de tarjeta sanitaria a 30 de junio de 2005. Los datos poblacionales globales y por médico, necesarios para el análisis, se obtuvieron del mismo censo. Estos datos aparecen reflejados en la tabla 1.

El equipo médico está constituido por 10 médicos de familia, que presentamos enumerados del 1 al 10; 9 de los 10 médicos trabajan a tiempo completo, de 8 a 15 horas (los médicos 3, 5, 8 y 10 inician la consulta a las 8,30; los 1, 4 y 6 a las 10 horas) mientras que uno de ellos, el médico 7, sólo permanece en el centro durante el horario de la consulta, que comienza a las 15 horas, y asume todas las visitas domiciliarias solicitadas por sus pacientes desde las 8 a las 16,30 horas, de lunes a viernes. El médico 9 tiene horario de tarde de 14 a 20 horas.

Cada médico atiende las visitas domiciliarias solicitadas, con carácter normal o urgente, por sus propios pa-

Tabla 1. Población de Centro de Salud San José a 1 de julio 2004 según el censo de tarjeta sanitaria

	Varones	Mujeres
Hasta 24	1.120	1.109
25-29	882	903
30-34	825	806
35-39	725	685
40-44	671	709
45-49	632	702
50-54	532	659
55-59	587	620
60-64	437	529
65-69	468	554
70-74	495	578
75-79	340	455
80-84	198	395
85-89	104	168
≥ 90	42	103
TOTAL	8.058	8.975

cientes, en horario de 8 a 14 horas. Las visitas domiciliarias solicitadas de 14 horas a 16,30 horas son asumidas por el médico que realiza ese día la jornada de 8 a 17 horas. Las visitas solicitadas de 16,30 a 17 horas, salvo en el caso de ser solicitadas como urgentes, son derivadas a un servicio centralizado de asistencia de visitas domiciliarias de toda la ciudad de Zaragoza, denominado 061.

En épocas de mayor demanda asistencial el equipo cuenta con un médico de refuerzo, que asume las visitas domiciliarias de todos los demás médicos durante determinados tramos horarios más o menos amplios, en función de la carga de trabajo, según decisión del coordinador del centro de salud.

Se han utilizado como unidad de análisis tanto las visitas domiciliarias como los pacientes que han originado las visitas y que aparecían en el registro informatizado, oficina médica informatizada (OMI-AP), del centro de salud de 8 a 17 horas y de lunes a viernes, desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre del mismo año. En dicho registro aparecen reflejados el nombre, la edad y el sexo del paciente, el nombre del médico de dicho paciente y la fecha y hora de recepción de la solicitud de la visita. Se han utilizado como unidad de análisis tanto las visitas domiciliarias como los pacientes que las han originado. En el análisis de las visitas se han obtenido datos cuantitativos de las mismas, de forma global y por médicos, datos brutos y ajustados en función de la edad (mayor-menor de 65 años) y sexo, mediante un ajuste directo usando como población de referencia la población total del centro, así como las tasas de visitas por edad y sexo. También se han analizado la distribución temporal de las visitas/día, el carácter normal o urgente de las solicitudes, así como la distribución horaria de las mismas. En el análisis de los pacientes se han obtenido datos relativos a la distribución de los pacientes por edad y sexo y datos relativos al análisis de las visitas solicitadas por cada paciente.

RESULTADOS

En el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2005, de lunes a viernes y de 8 a 17 horas, se solicitaron 1.668 visitas domiciliarias, de las cuales sólo 9 (0,5%) aparecían en el registro solicitadas como urgentes.

El número de visitas/año por médico fue de 166,8, realizándose 9,8 visitas/año domiciliarias por cada 100 habitantes. El 5,85% de la población asignada solicitó, al menos, una visita domiciliaria en el año 2004.

La razón domicilios espontáneos/visitas en consulta es de 0,026.

La distribución de las visitas por médicos, tasas brutas ajustadas por edad (menor e igual o mayor de 65 años) y sexo, aparecen en la figura 1 y tabla 2, donde se observó que 5 médicos tuvieron entre 100 y 150 visitas/año, 4 médicos tuvieron entre 150 y 200 visitas/año y un médico superó ligeramente las 300 visitas/año. En los datos ajustados los médicos 1 y 2 experimentaron una disminución en el número de visitas mientras que el resto permaneció con valores similares. A pesar del ajuste persiste una diferencia en el número de visitas realizadas entre los diferentes médicos.

En la distribución mensual de las visitas (fig. 2) se observó un mayor número de éstas en diciembre y enero

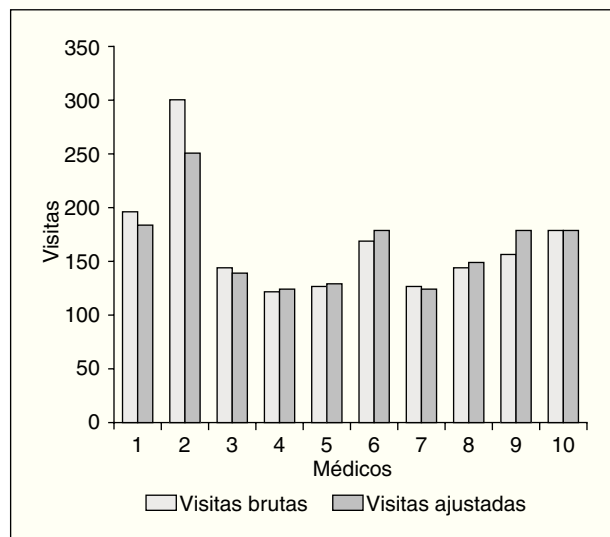


Figura 1. Distribución de las visitas brutas y ajustadas por edad y sexo por médicos en un centro de salud.

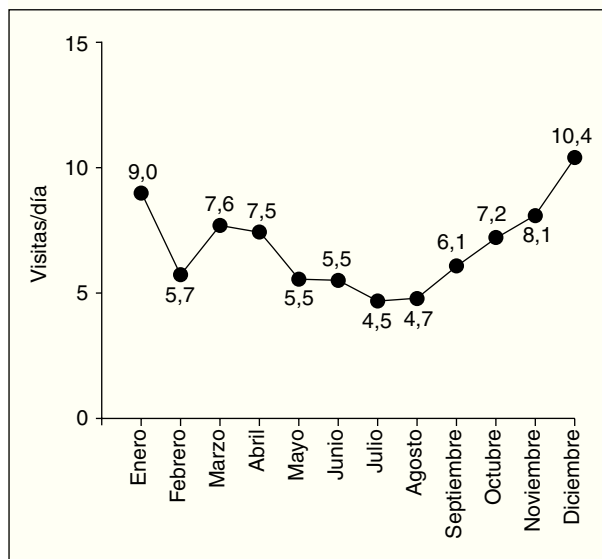


Figura 2. Distribución mensual de las visitas en un centro de salud.

Tabla 2. Distribución bruta y ajustada por edad y sexo de las visitas por médicos

Médicos	Fre < 65 años (a)	Fre > 65 años (b)	Fre total (c)	Fre/pob < 65 a (d)	Fre/pob > 65 a (e)	(d) X pob st < 65 a	(e) X pob st > 65 a	Fre ajustada/10
1	V 23 M 32	V 56 M 87	198	V 0,04 M 0,05	V 0,28 M 0,34	V 253,8 M 344,7	V 463,5 M 762,7	182,47
2	V 30 M 44	V 74 M 150	301	V 0,05 M 0,06	V 0,38 M 0,49	V 323,8 M 426,8	V 621,8 M 1.108	248,04
3	V 10 M 33	V 35 M 54	143	V 0,02 M 0,05	V 0,22 M 0,26	V 102,9 M 321,9	V 371,9 M 579,3	137,60
4	V 17 M 15	V 37 M 51	122	V 0,03 M 0,02	V 0,20 M 0,24	V 185,7 M 166,9	V 336,7 M 536,9	122,62
5	V 34 M 25	V 31 M 36	126	V 0,05 M 0,04	V 0,19 M 0,17	V 320,5 M 268,9	V 312,9 M 383	128,53
6	V 15 M 30	V 47 M 76	170	V 0,02 M 0,05	V 0,31 M 0,34	V 128,2 M 336,1	V 510,6 M 766	178,31
7	V 19 M 37	V 21 M 50	129	V 0,03 M 0,05	V 0,15 M 0,23	V 166,6 M 331,2	V 252,4 M 526,4	127,66
8	V 13 M 34	V 33 M 64	145	V 0,02 M 0,05	V 0,21 M 0,29	V 131,2 M 336,1	V 352,9 M 655,4	147,60
9	V 9 M 21	V 57 M 71	158	V 0,01 M 0,03	V 0,37 M 0,39	V 77,1 M 190,2	V 617,6 M 878,9	176,38
10	V 19 M 27	V 37 M 92	176	V 0,03 M 0,04	V 0,23 M 0,42	V 184,5 M 271,3	V 376,2 M 942,2	177,42

Fre: frecuencia; pob: población; st: sobre el total.

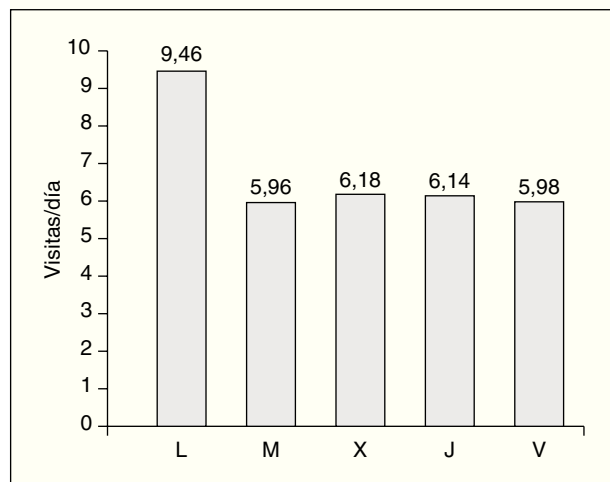


Figura 3. Diagrama de barras de distribución por días de la semana de las visitas en un centro de salud.

(10,42 y 9 visitas/día respectivamente) con un descenso en los meses de julio (4,54 visitas /día) y agosto (4,71 visitas/día). En cuanto a la distribución semanal (fig. 3), el lunes, con 9,46 visitas/día es, de media, el día de la semana en el que se produjo un mayor número de visitas domiciliarias, teniendo en el resto de los días un valor muy similar (alrededor de 6 visitas/día).

En el análisis de la distribución horaria de la solicitud de las visitas (tabla 3 y fig. 4) se observa que las visitas fueron solicitadas en volumen decreciente a lo largo de la mañana, de tal manera que a las 12 horas ya se habían solicitado el 75% de éstas, a las 13 horas el 82% y a las 14 horas el 88%. A partir de las 16,29 horas sólo se solicitaron 13 visitas (0,8%), que correspondería con el número de visitas que tendría que realizar el servicio centralizado de visitas domiciliarias. Ninguna visita urgente fue solicitada en el tramo horario de 16,29 a 17 horas.

En cuanto a la distribución horaria de las visitas para cada uno de los médicos (tabla 4), con la finalidad de valorar diferencias en el horario de solicitud de las visitas domiciliarias, en función de la hora de comienzo de la visita a demanda en el centro de cada uno de los médicos, observamos que esta distribución fue diferente para el conjunto de ellos ($p < 0,05$), aunque al observar los residuos corregidos, con un valor crítico, en valor absoluto de 1,96 se vio que esta diferencia fue producida por los médicos 7, 9 y 10. El médico 7 (con consulta por la tarde) presentó un porcentaje inferior en el primer tramo horario, siendo superior al del resto en el tercero. Los médicos 9 (con consulta por la tarde) y 10 difirieron de los demás en el cuarto tramo horario, con un menor porcentaje para el 9 y mayor para el 10.

El porcentaje acumulado de las visitas solicitadas de los distintos tramos horarios para cada uno de los médicos, que valoraría la aportación de cada uno de ellos al número total de domicilios a realizar por el médico de refuerzo, en dependencia del horario que se le asignara, aparece en la tabla 5. En dicha tabla se observaron diferencias porcen-

Tabla 3. Distribución horaria en la solicitud de las visitas

Horas	Frecuencia total	% Acumulado	Urgentes
De 08 a 09	463	27,8	0
09 a 10	388	51,2	2
10 a 11	223	64,6	2
11 a 12	166	74,6	2
12 a 13	121	81,8	2
13 a 14	102	88	1
14 a 15	74	92,4	0
15 a 16	82	97,4	0
16 a 16,30	31	99,2	0
16,30 a 17	13	100	0
Pérdidas	5		
Total	1.668		9

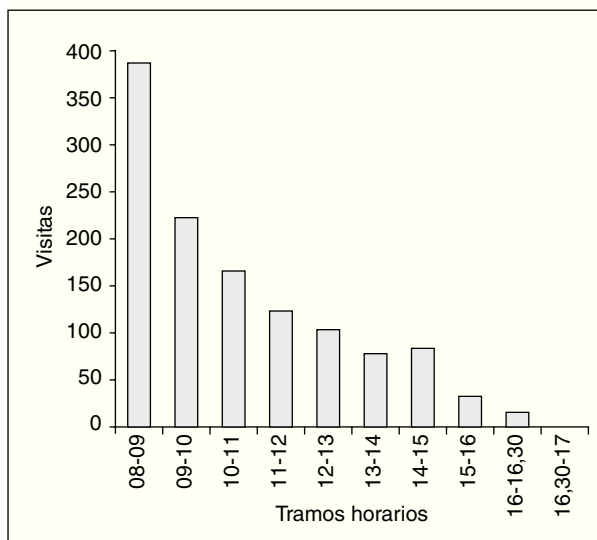


Figura 4. Distribución horaria en la solicitud de las visitas en un centro de salud.

tuales, aunque, en la mayoría de los casos, a las 14 horas se solicitaron (asumido) entre el 85 y 90% de los domicilios.

Las visitas originadas de 12 a 13 y de 13 a 14 horas constituyeron el volumen menos importante, no aportando dichos tramos horarios más que 0,5 y 0,4 visitas/día respectivamente, por lo que por sí mismos, incluido el componente estacional, no pareció representar una carga importante en número de visitas/día.

Las 1.668 visitas domiciliarias fueron solicitadas por 1.028 pacientes. Dichos pacientes fueron mujeres en el 62,4% de las ocasiones. El 70,4% de los mismos que solicitaron visitas domiciliarias eran mayores de 65 años (tabla 6). Los pacientes que utilizaron el recurso de atención domiciliaria espontánea solicitaron de promedio 1,6 visitas/año, con un rango de 1-14 visitas/año por paciente. Las tasas de visitas por edad y sexo aparecen en la figura 5.

Al observar la distribución de las visitas solicitadas por cada paciente observamos que 743 (72%) solicitaron una única visita domiciliaria en el año 2005 y sólo un 4,7% de ellos solicitaron más de 4 visitas en el año (percentil 95). Las visitas múltiples estuvieron asociadas a pa-

Tabla 4. Distribución horaria de la solicitud de visitas, según médicos

Visitas domiciliarias	Tramo horario	MÉDICOS										TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FA	8 a 11:59	153	227	100	92	94	133	84	104	123	130	1.240
FR		78,10%	76,2%	72,50%	76,00%	75,80%	76,20	65,20%	73,20%	77,60%	74,30%	75,20%
RC		1	0,5	-0,8	0,2	0,2	1	-2,6	-0,6	0,8	-0,3	
FA	12 a 12:59	13	27	8	10	10	9	10	8	17	9	121
FR		5,60%	9,10%	5,80%	8,30%	6,10%	5,30%	7,80%	5,60%	10,60%	5,10%	7,30%
RC		-0,40	1,3	-0,7	0,4	0,3	-1,1	0,2	-0,8	1,7	-1,2	
FA	12:59 a 13:59	10	17	9	9	3	11	19	8	9	7	102
FR		5,10%	5,70%	6,50%	7,40%	2,40%	6,50%	14,80%	5,60%	5,70%	4,00%	6,20%
RC		-0,7	0,2	0,2	0,8	-1,8	0,2	4,2	-0,3	-0,3	-1,3	
FA	13:59 a 16:30	20	27	21	10	17	17	15	22	9	29	187
FR		10,20%	9,10%	15,20%	8,30%	13,70%	10,00%	11,70%	15,50%	5,70%	16,60%	11,30%
RC		-0,5	-1,4	1,5	-1,1	0,9	-0,8	0,1	1,6	-2,4	2,3	
Total		196	296	138	121	124	170	128	142	158	176	1.650
		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FA: frecuencias absolutas; FR: frecuencias relativas; RC: residuos corregidos.

Tabla 5. Porcentaje acumulado de las visitas solicitadas en los distintos tramos horarios para cada uno de los médicos (domicilios propios asumidos por cada médico)

Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hasta 11,59	77,3	75,9	75,4	70,4	75,2	78,2	65,1	71,7	77,8	74,3
Hasta 12,59	83,8	84,9	83,6	76,1	83,2	83,5	72,9	77,2	88,6	79,4
Hasta 13,59	88,9	90,6	91	82,4*	85,6	90	87,6	82,8*	94,3	83,4*

*Porcentajes inferiores al 85%.

Tabla 6. Distribución de las visitas por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Proporción	Proporción acumulada
Hasta 24	98	5,94	5,94
25-29	60	3,64	9,58
30-34	51	3,09	12,67
35-39	39	2,37	15,04
40-44	51	3,09	18,13
45-49	25	1,52	19,65
50-54	37	2,24	21,89
55-59	70	4,24	26,14
60-64	57	3,46	29,59
65-69	71	5,52	35,11
70-74	173	10,49	45,60
75-79	202	12,25	57,85
80-84	238	14,43	72,29
85-89	257	15,59	87,87
> 90	200	12,13	100
Pérdida	19		
Total	1.668	100	

cientes con edad elevada (coeficiente de correlación de rangos de Kendal 0,265; $p = 0,000$) (fig. 6).

Estos pacientes que solicitaron 5 o más visitas domiciliarias durante el año 2005 fueron 48, con una edad media de 81,5 años frente a 62,4 años de los que solicitaron menos de 5 visitas/año. De estos 48 pacientes, el 64,6% (31) fueron mujeres frente al 35,4% (17) de hombres. Así

pues, un 5% (48) de los pacientes originó el 20,3% (339) de las visitas.

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha ido produciendo una paulatina disminución en el número total de visitas domiciliarias, según los estudios realizados^{1,3-5}, quedando relegadas fundamentalmente a aquellas catalogadas como visitas para el seguimiento de pacientes crónicos, así como las realizadas a los pacientes en situación terminal y a aquellos que presentan dificultad para desplazarse a la consulta del centro de salud^{1,3,6}. Sólo ocasionalmente estas visitas tienen su origen en la asistencia de problemas de carácter agudo³. En nuestro estudio el 5,85% de los pacientes asignados a nuestro centro habían solicitado, por iniciativa propia, al menos una visita domiciliaria durante el año de estudio. El número de visitas registradas como programadas, o visitas realizadas a iniciativa del propio médico es bajo, siendo de 77, y quizás esto pudiera condicionar el hecho de que el paciente intente suplir esta falta de iniciativa del médico mediante la solicitud de visitas que le permitan resolver determinadas necesidades, que en ningún caso hubieran requerido una asistencia sin planificación previa, con lo que ello supone, en ocasiones, de distorsión de la actividad, magnificando en último término su volumen y siendo origen, en muchos casos, de la insatisfacción del propio médico.

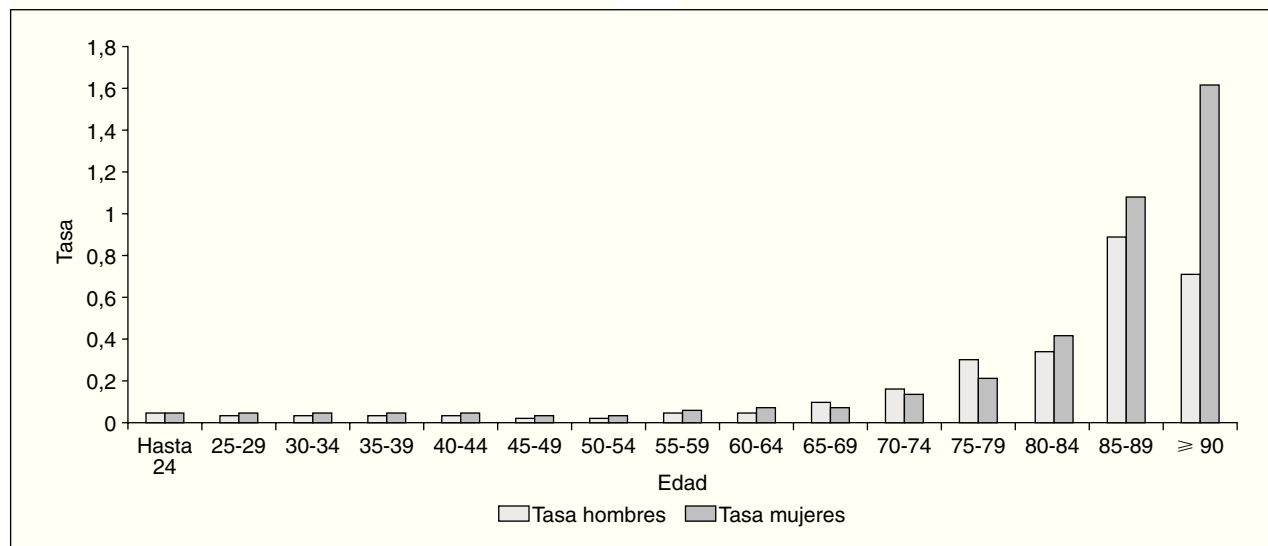


Figura 5. Tasa de visitas por rango de edad y sexo.

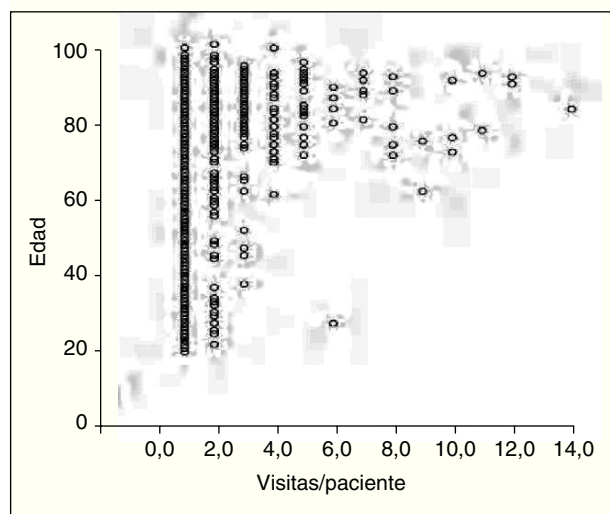


Figura 6. Diagrama de dispersión de visitas/paciente y edad.

El número de visitas solicitadas por nuestros pacientes se situaría en un nivel intermedio, en relación con los datos comunicados en otros estudios³⁻⁵, aunque las diferencias en los rangos horarios y de edades considerados, así como las desigualdades en los modelos sanitarios, dificultarían su comparación. En el estudio llevado a cabo en la ciudad de Huesca, y realizado con una metodología similar, el número de visitas era de 18 por cada 100 habitantes y año, llegando a constituir las visitas domiciliarias el 4,8% del total de visitas. Estas cifras son superiores a las obtenidas en nuestro estudio. Las visitas solicitadas como urgentes, que desde un punto de vista organizativo provocan una mayor distorsión, sólo han supuesto el 0,5% del total de las visitas domiciliarias, si bien es posible que a estos bajos valores contribuya un déficit de registro de las mismas, al ser comunicados, en la totalidad de los casos, tele-

fónicamente al médico responsable, que hace una valoración inicial de la solicitud, y se omite el registro de la visita como urgente. En cualquiera de los casos en este tipo de solicitud de visita es más importante el matiz de la inmediatez, que obliga a suspender el resto de actividades, que el volumen de visitas en sí mismo, y ejemplo de ello lo constituye la reivindicación histórica de los profesionales sanitarios de nuestra ciudad, en cuanto a la asunción de este tipo de visitas por el Servicio de Urgencias centralizado de actuación en toda la ciudad. Esta reivindicación ha sido atendida por el Servicio Aragonés de la Salud (SALUD) y en fechas próximas entrará en funcionamiento. El componente estacional en la solicitud de las visitas y su distribución semanal ya ha sido comentado en otras publicaciones^{1,3,6}. Las infecciones de vías respiratorias altas, presentes en los estudios como primer desencadenante de estas visitas⁶⁻¹⁰, y asociadas con los picos de mortalidad invernal¹¹, podrían estar en el origen de esta distribución, junto al éxodo vacacional de meses de verano, propio de nuestras ciudades, con una población originaria de los pueblos del entorno. Los lunes son, de media, superiores al resto de los días; quizás la explicación sea el efecto de acumulación durante el fin de semana de pacientes que quieren ser vistos por su propio médico de familia, a pesar de las diferentes opciones asistenciales existentes durante este período. Este aspecto merecería un estudio posterior.

Al igual que en algunos estudios^{1,2,3} se observa la presencia de relación de la edad y el sexo con la solicitud de visitas domiciliarias, con tasas crecientes de visitas con el aumento de la edad, y siendo mayor el número de visitas a favor del sexo femenino en todos los grupos de edad salvo en la sexta y séptima décadas, como ocurre también con el consumo de otros recursos sanitarios¹²⁻¹⁴. La mayoría de pacientes ha solicitado una única visita domiciliaria y sólo el 5% de los mismos ha solicitado más de 4 visitas en el año 2005. Las personas de mayor edad son las

responsables de estas visitas múltiples, de tal manera que sólo el 5% (48) de los pacientes originan el 20,3% (339) de las visitas. Son, en concreto, las mujeres de edad avanzada quienes solicitan la mayor parte de las visitas, como se observa en la figura 5; este resultado se incrementa por el mayor número de mujeres en nuestra pirámide poblacional, de igual modo que el grupo de pacientes con más de 4 visitas/año.

Nos parece interesante resaltar el hecho de que las solicitudes se realizan fundamentalmente a primeras horas de la mañana, de tal manera que a las 12 de la mañana ya se han requerido las tres cuartas partes de las visitas. Las solicitudes entre las 12 y las 14 horas son cuantitativamente bajas. El efecto barrera debido a la existencia de un número limitado de líneas telefónicas y que, posiblemente, impida que el porcentaje de visitas solicitadas a primera hora sea mayor, ha quedado anulado actualmente al crearse un sistema complementario y centralizado de recogida de llamadas. Este efecto podrá estudiarse en un futuro.

La distribución de los domicilios por médicos y por tramos horarios es globalmente diferente, pues no se aprecia que esa diferencia esté en función de la hora de comienzo de la consulta durante la mañana y sí es de destacar que, de los tres médicos que presentan diferencias porcentuales, dos de ellos tienen la consulta en horario vespertino, y por tanto con horarios de realización de las visitas diferentes. La relación entre la hora de solicitud de visitas domiciliarias y el horario de comienzo de la consulta no puede valorarse adecuadamente en nuestro caso, ya que en las consultas de mañana no existe una importante diferencia en cuanto al horario de comienzo, siendo éstos muy próximos. Este aspecto podría valorarse en estudios llevados a cabo en aquellos centros de salud con una mayor polarización de los horarios en la primera y la segunda mitad de la mañana. Las diferencias entre los distintos médicos, como se ha señalado en otros estudios, persiste después de ajustar por edad y sexo, lo que se interpreta por la presencia de un factor individual atribuible al propio sanitario, estilos de práctica diferente³ y sólo una parte de esta variación estaría explicada por la diferencia de población, lo que, pensamos, no debería ser excusa para que, sin la merma del derecho a la libre elección de médico contemplada en la legislación española, se tienda a la igualdad en la distribución de los pacientes en relación con estos factores.

La atención domiciliar se presenta cada vez más como una alternativa de asistencia, en determinadas situaciones, compitiendo en eficacia y eficiencia con la asistencia hospitalaria. El médico obtiene en estas visitas a domicilio un conocimiento fidedigno del entorno del paciente, valora cómo vive, transmite medidas higiénico-sanitarias, observa el botiquín, conoce al "paciente ausente"¹, incluso al-

gún estudio concluye que las visitas domiciliarias pueden disminuir la mortalidad de pacientes de edad avanzada¹⁵. Es importante destacar la actuación de los profesionales de enfermería, pues en muchos casos los pacientes precisan fundamentalmente sus atenciones, a la vez que colabora con los cuidadores, además de aportar un siempre deseable apoyo emocional.

El trabajo, al tratarse de un estudio limitado a un único centro, podría presentar algún problema de validación externa, sobre todo en aquellos aspectos no presentes en otros estudios, por lo que sería interesante la realización de trabajos más amplios que validaran estos resultados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Anselmo López Cabañas, responsable de Apoyo Metodológico del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), los comentarios realizados sobre nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buitrago F, Mendoza-Espejo R. La visita domiciliar en el quehacer del médico de familia. *Aten Primaria*. 1995;15:271-2.
2. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ*. 1996;313:207-10.
3. Boullón C, Bordallo JR, Rollán MA, Azpeitia C. Análisis descriptivo de las visitas domiciliarias a demanda del Centro de Salud de Pozuelo de Alarcón (1985-1987). *Aten Primaria*. 1989;6:87-92.
4. Isanta C, Escario JJ. Análisis y predicción de la demanda de visitas domiciliarias en una zona de salud urbana de Huesca. *Centro de Salud*. 1998;6:686-91.
5. Whewell J, Marsh GN, McNay RA. Changing patterns of home visiting in the North of England. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983;286:1259-61.
6. Martí Miranda I. Visitas domiciliarias en una zona rural de Huesca. *Aten Primaria*. 1986;3:254-7.
7. García L, Sanz C, Pajares P, et al. Estudio descriptivo de la demanda de visitas domiciliarias en una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 1984;1,6:290-5.
8. Orozco P. Valoración de un Servicio Extrahospitalario de Urgencias. *Aten Primaria*. 1985;2,5:269-73.
9. Ruiz A, López M, Martín C, et al. Urgencias en un centro de salud rural. Estudios de dos años de experiencia. *Aten Primaria*. 1985;2,5:265-8.
10. Montero JC, Mirón JJ, Díaz J, Alberdi JC. Influencia de variables atmosféricas sobre la mortalidad por enfermedades respiratorias y cardiovasculares en los mayores de 65 años de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 1997;11:164-70.
11. Alberdi JC, Díaz J. Modelización de la mortalidad diaria en la Comunidad Autónoma de Madrid 1986-1991. *Gac Sanit*. 1997;11:164-70.
12. Jagger C, Clarke M, O'Shea C, Gannon M. Annual visits to patients over the age of 75 who is missed? *Fam Pract*. 1996;13:22-7.
13. Buitrago F, Pozuelos G. Visitas domiciliarias durante 1987 en Centro de Salud urbano. *Aten Primaria*. 1987;5(7):371-3
14. Gonzalo E, Pasarán I. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit*. 2004;18:69-80.
15. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001;323:719-25.