

11236  
zej  
71



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General de Zona "San Angel"

con U. M. F. No. 8

Curso de Especialización en Medicina Familiar



**EVALUACION DE LA ATENCION DOMICILIARIA POR EL MEDICO FAMILIAR EN EL H. G. Z. No. 8 DEL IMSS DURANTE LOS MESES DE MARZO A JUNIO DE 1984.**

## TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el grado de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JOSE MANUEL CHAPA RODRIGUEZ**



México, D. F.

1983 - 1985

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

I.	INTRODUCCION .....	1
	1.1 Planteamiento del problema	
	1.2 Justificación	
	1.3 Hipótesis	
	1.4 Objetivos	
II.	MATERIAL Y METODOS .....	6
	2.1 Universo de trabajo	
	2.2 Area geográfica	
	2.3 Tipo de estudio	
	2.4 Acciones	
	2.5 Manejo de la información	
	2.6 Recursos	
	2.7 Procedimientos	
III.	GENERALIDADES .....	14
	3.1 Marco teórico	
	a) Antecedentes históricos	
	b) Contrato colectivo de trabajo.	
IV.	RESULTADOS .....	18
V.	ANALISIS Y COMENTARIOS .....	63
VI.	TRATAMIENTO ESTADISTICO .....	69
VII.	CONCLUSIONES .....	70
VIII.	BIBLIOGRAFIA .....	72

## I N T R O D U C C I O N

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los más poderosos motivos de fricción entre los Médicos y sus pacientes es el relativo a las visitas domiciliarias. La pregunta ¿porqué los Médicos Familiares no gustan de hacer visitas domiciliarias?, formulada por Médicos en formación académica de la especialidad en Medicina Familiar y por los Médicos en general, para provocar polémica, entre los mismos, unos para apoyar la visita domiciliaria; otros en contra de la realización de la misma.

A veces, hasta parece que la gente llama al Médico bajo cualquier pretexto insignificante, como único objeto de probar su sinceridad y disponibilidad.

Es evidente que las solicitudes de atención domiciliaria es el preludio de algún problema emocional y se han vuelto ahora tanto más frecuentes cuanto que la gente sabe muy bien lo mucho que desagradan tales visitas.

Desde el punto de vista médico, a nivel conciente las visitas domiciliarias son obsoletas, ineficientes y representan pérdida de tiempo, aunque puede ser que la razón subconsciente por la que las rehuye, es quizá la incertidumbre que le provoca el medio diferente en el que se desarrolla, la falta adecuada de compensación económica o incluso muchas veces porque el Médico supone que la causa de solicitud es injustificada.

Es bien conocido además, que los Médicos Familia-

res no están llevando a efecto visitas domiciliarias no solicitadas, cuando en su horario respectivo no reciben peticiones de visita; para la atención de familias problema.

Otro punto de vista es que los pacientes insisten en las visitas domiciliarias porque les molesta la espera en un consultorio atestado y también porque no les agrada exhibir frente a los demás pacientes su estado patológico.

Sin embargo, existen cierto tipo de pacientes, como los inválidos, los encamados, los lisiados o los deshauciados, para los que la atención domiciliaria es lo mejor. De tal manera la visita domiciliaria debe crear lazos más firmes entre pacientes y médicos cuando son realizadas en forma eficiente; así los Médicos recuerdan mejor a sus pacientes y éstos se vuelven más fieles y obedientes.

## 1.2 JUSTIFICACION.

La atención domiciliaria, es una de las funciones básicas que realiza el Médico Familiar en su diaria tarea y se ha observado que existen diversos problemas entorno a ella, que no han sido estudiados radicalmente para tratar de encontrar las soluciones más adecuadas, y con ello optimizar todo lo relativo a la visita domiciliaria.

Por otro lado, el conocer porqué Los Médicos Fami

liaras consideran que no está justificada la visita domiciliaria, en la mayoría de las ocasiones, así como conocer los factores que ocupa la atención domiciliaria, su frecuencia, las características de los pacientes que la solicitan, los impedimentos en su realización y su justificación real es, en cierta área geográfica ( zona correspondiente a la U.M.F. 8 ), dar a conocer la magnitud del problema con un enfoque descriptivo, siendo la finalidad el encontrar las fallas en lo propio y en lo que rodea a la visita domiciliaria.

### 1.3 HIPOTESIS.

Alternativa:

La atención a domicilio no está justificada para el Médico Familiar.

De nulidad:

La atención a domicilio está justificada para el Médico Familiar.

Alternativa:

La patología orgánica es la causa de solicitud de atención domiciliaria más frecuente.

De nulidad:

La patología orgánica no es la causa de solicitud de atención domiciliaria más frecuente.

Alternativa:

Los pacientes seniles son los que solicitan más la atención a domicilio.

De nulidad:

Los pacientes seniles no son los que solicitan -  
más la atención domiciliaria.

Alternativa:

El Médico Familiar no realiza visitas domicilia--  
rias no solicitadas.

De nulidad:

El Médico Familiar realiza visitas domiciliarias  
no solicitadas.

#### 1.4 OBJETIVOS.

##### A. Objetivo general:

Conocer los factores que ocupa la atención domici-  
liaria, su frecuencia, las características de los  
pacientes que la solicitan, los impedimentos en -  
su realización y su justificación.

##### B. Objetivos particulares:

- a. Determinar el porcentaje de pacientes que solici-  
tan la atención domiciliaria.
- b. Determinar el porcentaje de pacientes que justi--  
fiquen la solicitud de atención a domicilio.
- c. Determinar las causas más frecuentes de atención  
a domicilio.

- d. Determinar las edades de pacientes que más frecuentemente solicitan la atención a domicilio.
- e. Conocer el promedio semanal de visitas domiciliarias que realizan los Médicos Familiares.



## MATERIAL Y METODOS.

### 2.1 UNIVERSO DE TRABAJO.

a) El universo de trabajo lo constituyen, la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar # 8 San Angel, Delegación # 6 del Valle de México, que hayan solicitado visita domiciliaria durante los meses de marzo a junio de 1984; asimismo los Médicos Familiares adscritos en dicha unidad, también los Jefes de Departamento Clínico y desde luego el Archivo donde se concentran las solicitudes de atención domiciliaria.

b) La muestra de estudios la componen las solicitudes de atención domiciliaria elaboradas en el tiempo ya enunciado, los Médicos Familiares entrevistados y cien personas que hayan solicitado visita domiciliaria.

### 2.2 AREA GEOGRAFICA.

La investigación se realizó en el H.G.Z. No. 8 - San Angel, en el módulo de Medicina Familiar ( consultorios y salas de espera ), archivos y oficinas de Atención domiciliaria.

### 2.3 TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo de investigación.

## 2.4 ACCIONES.

a) Revisión de los formatos de atención domiciliaria elaborados por los Médicos Familiares en el período de tiempo establecido.

b) Obtención de información de los mismos.

c) Detección de pacientes que hayan solicitado visita domiciliaria alguna o varias ocasiones, y realización de entrevistas con ellos.

d) Entrevistas a Médicos Familiares de la U.M.F. 8.

e) Concentración y análisis de la información.

f) Elaboración del informe con los datos recogidos.

## 2.5 MANEJO DE LA INFORMACION.

a) La recolección de la información se realizó en base al formato establecido para visita domiciliaria, y mediante dos cuestionarios; todos los cuales se anexan. La presentación para su análisis se realiza en cuadros y gráficas.

b) El tratamiento estadístico es descriptivo.

## 2.6 RECURSOS.

A) Humanos.

a) Investigadores responsables.

b) Investigadores ayudantes.

c) Médicos Familiares.

d) Pacientes.

e) Jefes de Departamento Clínico.

f) Secretarías.

D) Físicos.

- a) Consultorios de Medicina Familiar.
- b) Archivo clínico de atención domiciliaria.
- c) Salas de espera de los consultorios.
- d) Hogares visitados.

C) Técnicos.

- a) Formato anexo de atención domiciliaria.
- b) Cuestionarios para el Médico Familiar y para los pacientes.

## 2.7 PROCEDIMIENTOS.

Una vez que de antemano se fijó el universo de estudio y de que se estableció el período de tiempo a realizar éste, siguiendo el cronograma propuesto en el proyecto de protocolo; acudí al archivo clínico de atención domiciliaria donde se recolectaron, de acuerdo al formato establecido: consultorio solicitado, edad del paciente atendido, sexo, diagnóstico establecido y demás observaciones que anotó cada Médico Familiar; siendo esto realizado en los meses de mayo y junio de 1984.

En los meses de septiembre y octubre de 1984 se entrevistó a los médicos Familiares de la U.M.F. no. 8. De los 28 médicos adscritos, sólo cooperaron 21 con la resolución del cuestionario, los 7 restantes se abstuvieron. Asimismo en ese período de tiempo se entrevistó a 15 personas representantes de familias que solicitaron atención domiciliaria, finalmente en noviembre del mismo año se entrevistó a 85 personas más, todas las cuales cooperaron.

Se solicitó al Jefe de Departamento Clínico de la Unidad información acerca de la población adscrita a cada consultorio de Medicina Familiar, concluyendo que la población de cada consultorio en promedio es de 3 000 de de rechob habientes aproximadamente. Además proporcionó infor mación para el marco teórico de ésta tesis.

Los siguientes son los cuestionarios utilizados - en la realización del presente trabajo:

Para el Médico Familiar:

1. La visita domiciliaria que ud. realiza habitualmente, amerita su realización?
  - a) si
  - b) no.
2. Cuando amerita o se justifica para ud. la realización de la visita domiciliaria?
  - a) Enfermedad crónica
  - b) Enfermedad aguda
  - c) Enfermedad limitante
  - d) visita programada.
  - e) ninguna de las anteriores.
3. Las solicitudes que recibe para la atención domiciliaria:
  - a) Las recibe con oportunidad.
  - b) No las recibe con oportunidad.
4. Tiene dificultades en la localización de domicilios, cuando realiza sus visitas?
  - a) Nunca
  - b) Ocasionalmente
  - c) casi siempre
  - d) siempre

5. La relación Médico/paciente con las personas que atiende en la visita domiciliaria es:  
a) buena b) regular c) mala d) pésima.
6. Proporciona orientación a los pacientes que solicitan la atención domiciliaria, acerca de indicarles cuando se debe hacer la solicitud de la misma:  
a) Si b) No.
7. Cual es el tiempo en promedio que utiliza en cada visita domiciliaria:  
a) De 1 a 5 minutos. d) De 16 a 20 mins.  
b) De 6 a 10 mins. e) De 21 a 25 mins.  
c) De 11 a 15 mins. f) Más de 26 mins.
8. Realiza visitas programadas por usted?  
a) Si b) No.
9. Las solicitudes que recibe para atención domiciliaria las recibe con:  
a) Agrado. d) Aceptación.  
b) Apatía. e) Por obligación.  
c) Enojo.
10. Considera que la visita domiciliaria es un problema?  
a) Si b) No.
11. Considera que la atención domiciliaria es compensada adecuadamente en sus percepciones?  
a) Si b) No.
12. Juzga usted pertinente que la visita a domicilio se retire del profesiograma del Médico Familiar?  
a) Si b) No.

Para los pacientes:

1. Su Médico Familiar le proporciona información de -  
cuando ud. debe solicitar atención domiciliaria:  
a) Si            b) No.
2. Su relación con el Médico Familiar es:  
a) buena   b) regular   c) mala   d) pésima.
3. Solicita atención domiciliaria a su Médico Familiar,  
porque éste tiene mucha consulta y ésto le hace per-  
der su tiempo en demasía:  
a) Si            b) No.
4. Ha solicitado alguna o varias veces atención domi-  
liaria por los siguientes motivos:  
\_\_\_ Probar la disponibilidad del Médico Familiar.  
\_\_\_ Por ser muy necesario para ud.  
\_\_\_ Porque le disgusta que otras personas la vean en  
ferma.  
\_\_\_ Porque le disgusta la espera de atención en el -  
consultorio.
5. Por edades, de quién se solicita más la visita domi-  
ciliaria?  
a) De R.N. a 12a.                            c) De 30 a 50a.  
b) De 13 a 30a.                              d) De 50a. o más.
6. Para ud., cuando amerita que su Médico Familiar le  
realice visita domiciliaria?  
a) Enf. crónica.  
b) Enf. aguda.  
c) Enf. limitante.  
d) De visita programada.  
e) Otras ...

7. La atención domiciliaria que le proporciona su Médico Familiar, en general es:
- a) Igual de buena que la del consultorio.
  - b) Igual de mala que la del consultorio.
  - c) Mejor que la del consultorio.
  - d) Peor que la del consultorio.

8. Cual es el tiempo en promedio que se utiliza en su atención domiciliaria?
- a) De 1 a 5 mins.
  - b) De 6 a 10 mins.
  - c) De 11 a 15 mins.
  - d) De 16 a 20 mins.
  - e) De 21 a 25 mins.
  - f) De más de 26 mins.

Para conocer el nivel socioeconómico de los pacientes que solicitan la atención domiciliaria, se cuestionó:

9. Cual es el promedio de ingreso mensual familiar?
10. Pertenece ud. al núcleo familiar:
- a) Profesionista.
  - b) Obrero.
  - c) Campesino.
  - d) Otro.
11. Su hogar, cuenta con todos los servicios públicos?
- a) Si
  - b) No.
12. Tiene ud. teléfono?
- a) Si
  - b) No.

FO:SIATO DE ATENCION DOMICILIARIA:

SOLICITUD TELEFONICA  
DE ATENCION MEDICA  
DOMICILIARIA



ORDINARIA	URGENTE

CLINICA	CLAVE DEL DERECHO-HABIENTE	CEDULA	
REP. COMP. O INCOMP.	HORA	FECHA	CLAVE DE REP.



## GENERALIDADES

### 3.1 MARCO TEORICO.

#### a) Antecedentes históricos:

Se menciona que la atención a domicilio por parte del Médico Familiar debe crear lazos más firmes entre los pacientes y él. Debe de adentrarse en el paciente mismo y su familia, así como en el medio que los rodea, para así ganarse la confianza y obediencia de los pacientes ya que de ésta forma se establecería una dinámica familiar adecuada. Y por lo mismo no rehusar las visitas domiciliarias, que por lo general, gran parte de los Médicos Familiares considera injustificada, obsoleta, ineficiente y que representa pérdida de tiempo para él. (1).

Si bien oficialmente los servicios médicos se inician en el I.M.S.S. el 1.º de enero de 1944, es hasta el 6 de enero de ése año cuando comienzan las actividades de atención a la población derechohabiente en el Distrito Federal.

Ya es iniciada la atención domiciliaria por los Servicios Médicos existentes ( Médicos Generales ). Al nacimiento de las clínicas de adscripción tipo, la atención domiciliaria se desplaza hacia una oficina centralizada que incluye entre su personal a especialistas de varias ramas (2).

En octubre de 1953 se ensaya horario para el Médico General, trabajando alternadamente en la consulta externa y en la atención domiciliaria, con ésto se calculó idealmente que tendría el Médico, 4 consultas y 2 visitas domiciliarias por hora, dejando el horario para 6 hs. en 3:3.

Con la expansión y consolidación del Sistema Médico Familiar en el I.M.S.S. (1956 - 1958), la atención domiciliaria no fija tope en las visitas y delimita ya el lapso para efectuar éstas. Los Médicos Familiares de los equipos con horarios AD lo hacían después de concluir la consulta externa.

En 1959, ya con los horarios establecidos, A, B, C y D; se fijan 4 horas para la consulta externa y 2 horas para visita domiciliaria, realizándose por las mañanas después de la consulta externa y antes de la consulta externa en turnos vespertinos. (2).

El Médico Familiar atiende a sus enfermos que se encuentran imposibilitados para acudir a consulta externa de la Unidad efectuando visitas a domicilio, haciéndose las solicitudes por vía telefónica o directamente por un familiar, en la oficina que para el caso existe en cada Unidad. El Médico recoge las solicitudes y hace las visitas dentro de los horarios correspondientes.

Cuando los derechohabientes soliciten atención domiciliaria sin estar impedidos para acudir a la clínica, el Médico en forma cortés y amable, después de haberlos examinado, los convencerá para que acudan a la consulta externa de la Unidad, además les indicará la

forma de concertar su cita telefónicamente.

El Médico expedirá, en los casos que a su juicio lo ameriten, receta o incapacidad a los asegurados que atiende en su domicilio. Y en el turno correspondiente y siguiente a la realización de su visita, redactará la nota de evolución en el expediente clínico respectivo -- precedida con el encabezado "atención domiciliaria" e -- informará a la oficina respectiva de su Unidad cuando -- no se haya encontrado al derechohabiente en el momento de la visita y acerca de los domicilios que no se hayan localizado. En la misma oficina de atención domicilia-- ria deberá reportar el diagnóstico del enfermo en el -- transcurso de una hora, ya sea personalmente o por vía telefónica. (3).

En el Sistema de Medicina Familiar actual para -- ser completo, se debe realizar la visita no solicitada, para detectar psicopatología de la familia, adentrarnos en ella, entenderla y estar en la mejor disposición de orientarlos y ayudarlos a resolver su problemática fami-- liar, logrando con ésta información o comunicación el -- poder abordar el estudio de la historia natural de la -- enfermedad familiar, realizar su diagnóstico y ofrecer, no sólo curación individual sino también del trastorno psicopatológico del núcleo familiar en estudio.

b) Contrato colectivo de trabajo:

En el Profesiograma del Médico Familiar se des-- criben sus actividades:

Jornadas: Ocho horas diarias discontinuas debi-- endo desempeñar sus labores durante 4 horas en el turno

matutino y durante 4 horas en el turno vespertino, ya sea en consulta externa o en atención domiciliaria, indistintamente y en cualquiera de los turnos, según lo determinen las autoridades del Instituto, y sin señalamiento expreso de duración de parte de la jornada, para el desempeño de cualquiera de estas dos actividades. Será fijo el horario de las 4 horas en el turno matutino y de las 4 horas del turno vespertino.

Y entre sus actividades se cuenta con atención médica a derechohabientes en domicilio preferentemente examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico-quirúrgico, según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etcétera). (4).

## RESULTADOS

### 4.1 CUADROS Y GRAFICAS.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION EN GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACION TOTAL  
ADSCRITA AL MEDICO FAMILIAR DE LA U. M. F. No.8

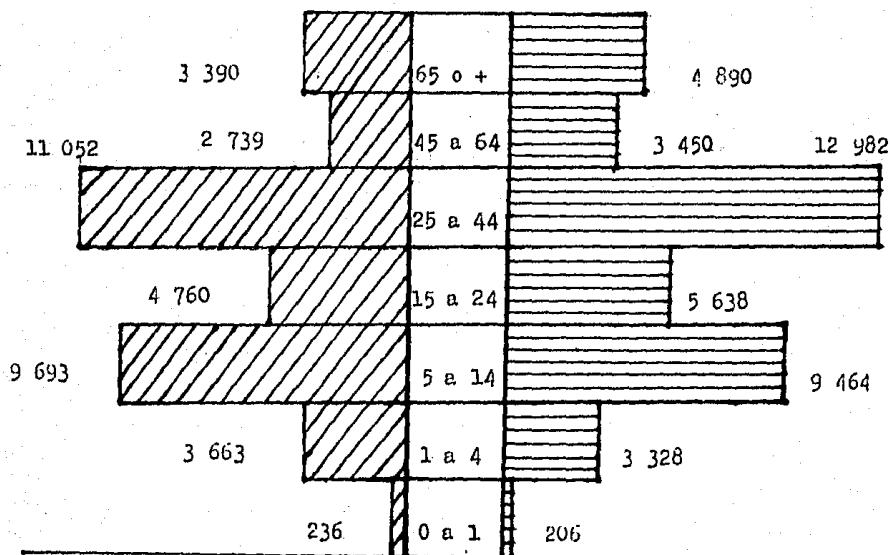
GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 1	236	206	442
1 a 4	3 663	3 328	6 991
5 a 14	9 693	9 464	19 157
15 a 24	4 760	5 638	10 398
25 a 44	11 052	12 982	24 034
45 a 64	2 739	3 450	6 189
65 o más	3 390	4 890	8 280
TOTAL	35 533	39 958	75 491

Fuente: Archivo clínico del H.G.Z. 8, San Angel

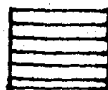
(IMSS).

## GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION EN GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACION TOTAL  
ADSCRITA AL MEDICO FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 8.



HOMBRES.



MUJERES.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 2.1

DISTRIBUCION EN GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACION ATENDIDA  
EN VISITA A DOMICILIO POR EL MEDICO FAMILIAR, DURANTE -  
LOS MESES DE MARZO A JUNIO DE 1984.

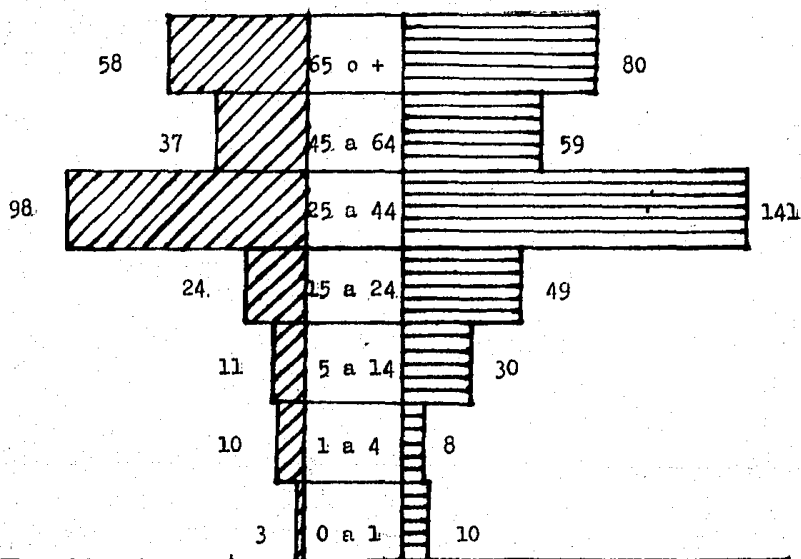
GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 1	3	10	13
1 a 4	10	8	18
5 a 14	11	30	41
15 a 24	24	49	73
25 a 44	98	141	239
45 a 64	37	59	96
65 o más	58	80	130
TOTAL	241	377	618

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria,  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMSS).

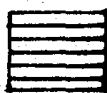


## GRÁFICA No. 2.1

DISTRIBUCION EN GRUPOS ETARIOS DE LA POBLACION ATENDIDA EN VISITA A DOMICILIO POR EL MEDICO FAMILIAR, DURANTE LOS MESES DE MARZO A JUNIO DE 1984.



HOMBRES.



MUJERES.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 2.2

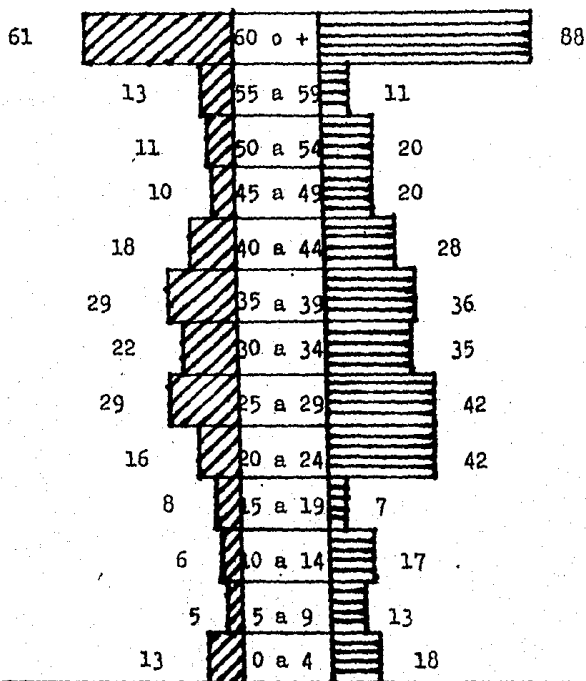
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN VISITA A  
DOMICILIO POR EL MEDICO FAMILIAR, DURANTE LOS ME-  
SES DE MARZO A JUNIO DE 1984.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 a 4	13	18	31
5 a 9	5	13	18
10 a 14	6	17	23
15 a 19	8	7	15
20 a 24	16	42	58
25 a 29	29	42	71
30 a 34	22	35	57
35 a 39	29	36	65
40 a 44	18	28	46
45 a 49	10	20	30
50 a 54	11	20	31
55 a 59	13	11	24
60 o más	61	88	149
TOTAL	241	377	618

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria,  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMSS).

GRAFICA No. 2.2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN VISITA A  
DOMICILIO POR EL MEDICO FAMILIAR, DURANTE LOS ME-  
SES DE MARZO A JUNIO DE 1984.



HOMBRES.



MUJERES.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE VISITAS DOMICILIARIAS POR CONSULTORIO  
Y POR MES.

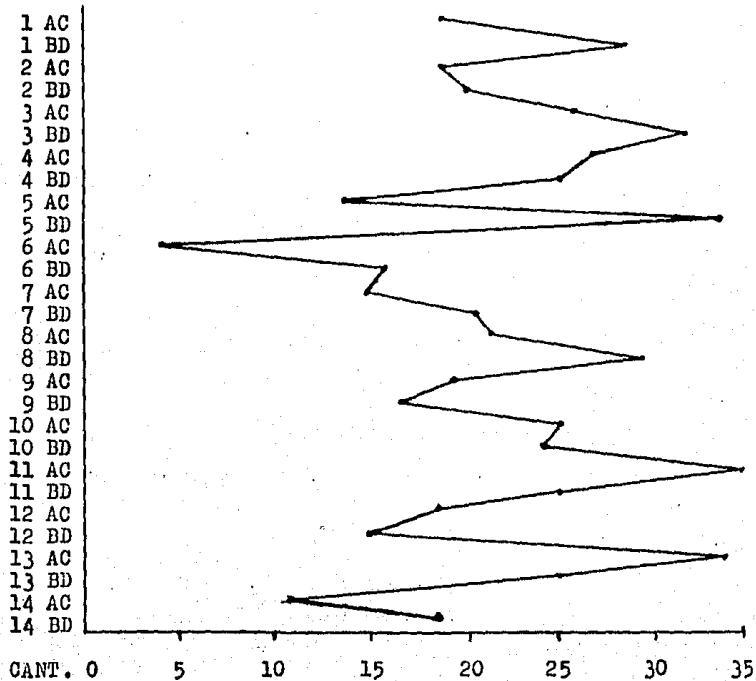
CONSULTORIO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
1 AC	3	4	6	5	18
1 BD	12	7	4	5	28
2 AC	2	5	5	6	18
2 BD	8	4	6	2	20
3 AC	13	2	5	6	26
3 BD	10	5	8	9	32
4 AC	7	6	4	10	27
4 BD	12	2	5	6	25
5 AC	5	5	2	2	14
5 BD	11	6	10	7	34
6 AC	0	2	0	2	4
6 BD	7	2	4	3	16
7 AC	2	3	7	3	15
7 BD	6	5	5	5	21
8 AC	5	8	6	3	22
8 BD	5	7	10	7	29
9 AC	3	8	6	2	19
9 BD	10	1	3	3	17
10 AC	5	6	2	12	25
10 BD	5	11	4	4	24
11 AC	13	6	11	5	35
11 BD	9	3	8	5	25
12 AC	7	3	3	5	18
12 BD	4	2	5	4	15
13 AC	6	8	10	10	34
13 BD	4	9	8	4	25
14 AC	0	4	2	5	11
14 BD	7	3	4	4	18
TOTAL	181	137	153	144	615

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION DE VISITAS DOMICILIARIAS POR CONSULTORIO  
DE MARZO A JUNIO DE 1984.

CONS.



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 4

PROMEDIOS SEMANAL Y MENSUAL DE VISITAS DOMICILIARIAS  
POR CONSULTORIO.

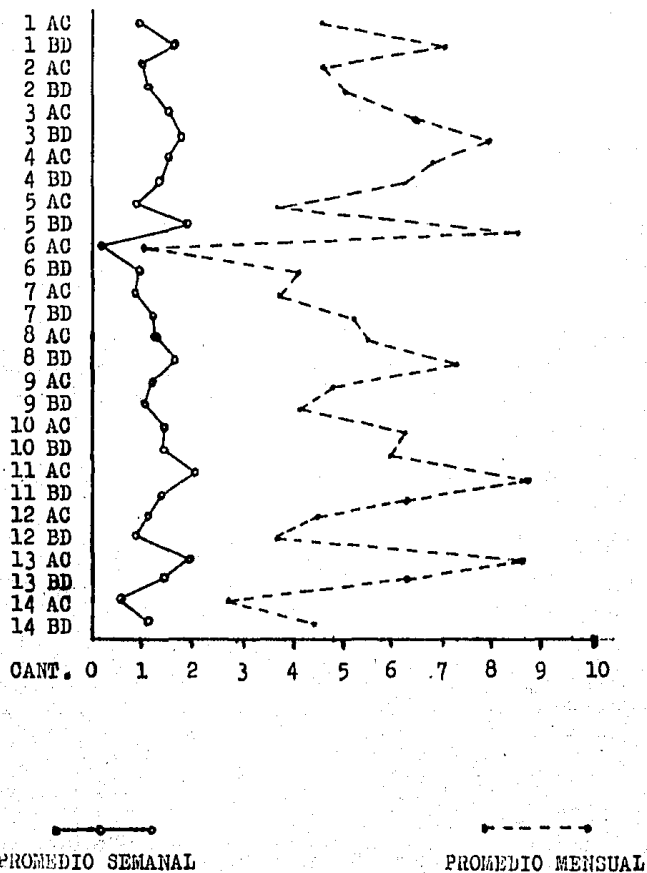
CONSULTORIO	TOTAL EN 4 MESES	MENSUAL	SEMANAL
1 AC	18	4.5	1.05
1 BD	28	7.0	1.64
2 AC	18	4.5	1.05
2 BD	20	5.0	1.17
3 AC	26	6.5	1.52
3 BD	32	8.0	1.88
4 AC	27	6.7	1.58
4 BD	25	6.2	1.47
5 AC	14	3.5	0.82
5 BD	34	8.5	2.00
6 AC	4	1.0	0.23
6 BD	16	4.0	0.94
7 AC	15	3.7	0.88
7 BD	21	5.2	1.23
8 AC	22	5.5	1.29
8 BD	29	7.2	1.70
9 AC	19	4.7	1.11
9 BD	17	4.2	1.00
10 AC	25	6.2	1.47
10 BD	24	6.0	1.41
11 AC	35	8.7	2.05
11 BD	25	6.2	1.47
12 AC	18	4.5	1.05
12 BD	15	3.7	0.88
13 AC	34	8.5	2.00
13 BD	25	6.2	1.47
14 AC	11	2.7	0.64
14 BD	18	4.5	1.05
TOTAL	615	153.1	36.05
PROMEDIO		5.46	1.28

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 4

PROMEDIOS SEMANAL Y MENSUAL DE VISITAS DOMICILIARIAS  
 POR CONSULTORIO.

CONS.



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 5

## CARACTERISTICAS DE LA VISITA DOMICILIARIA.

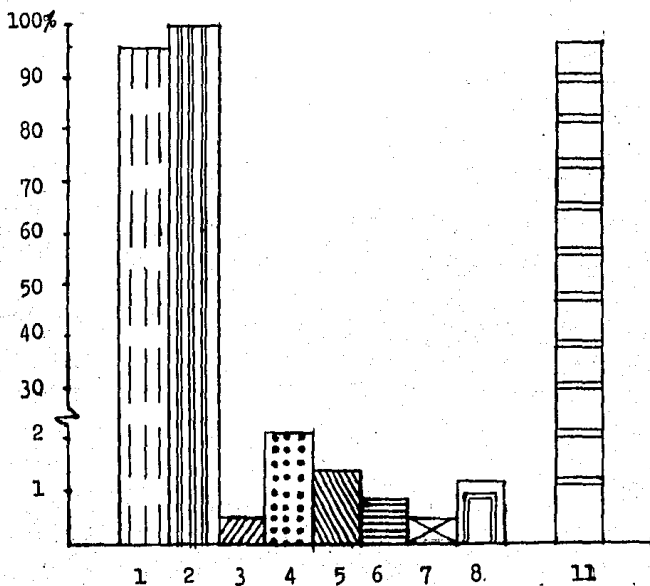
CARACTERISTICAS.	CANTIDAD.	%
1 - Visitas realizadas con atención médica: .....	615	95.63%
2 - Visitas solicitadas: .....	643	100.00%
3 - Visitas donde se haya atendido 2 pacientes por una solicitud: .....	3	0.46%
4 - No se encontró al paciente solicitante: .....	14	2.19%
5 - No se localizó el domicilio: .....	9	1.39%
6 - No se realizó la visita: .....	5	0.77%
7 - Extensión de certificado de defunción: .....	3	0.46%
8 - Pacientes sanos encontrados en la visita: .....	8	1.24%
9 - No se reportó diagnóstico en el formato: .....	102	17.00%
10 - Pacientes reportados con diagnóstico: .....	508	83.00%
11 - Pacientes atendidos: .....	618	96.42%

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria  
del H.G.Z. No. 8 San Angel (IMSS).

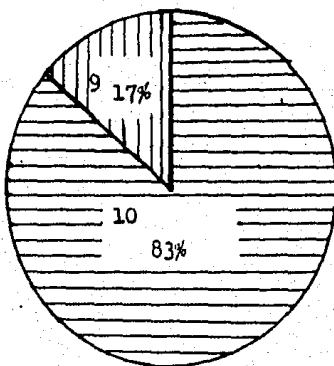


GRAFICA No. 5.1

## CARACTERISTICAS DE LA VISITA DOMICILIARIA.



GRAFICA No. 5.2



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 6

INCIDENCIA DE LAS PATOLOGIAS EN LA VISITA DOMICILIARIA  
DE ACUERDO A LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS  
ENFERMEDADES.

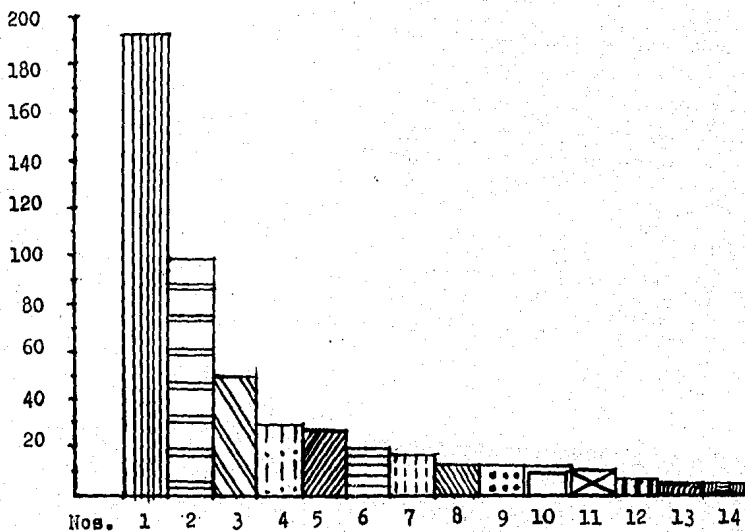
ENFERMEDADES	CASOS
1. Enfermedades del aparato respiratorio .....	191
2. Enfermedades infecciosas y parasita-- rias del aparato digestivo .....	98
3. Enfermedades del aparato circulatorio .....	50
4. Enfermedades del aparato genito-urina rio .....	31
5. Enfermedades del Sistema músculo-esque lético y tejido conectivo .....	27
6. Embarazo, parto y puerperio .....	21
7. Enfermedades del aparato digestivo .....	19
8. Accidentes, envenenamientos y violencia .....	14
9. Enfermedades de la piel y tejido celu lar subcutáneo .....	14
10. Enfermedades endócrinas, nutrición y - metabolismo .....	14
11. Trastornos mentales .....	12
12. Enfermedades del sistema nervioso y - órganos de los sentidos .....	7
13. Tumores .....	5
14. Enfermedades de la sangre y órganos - hematopoyéticos .....	5
TOTAL	508

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMSS).

GRAFICA No. 6

INCIDENCIA DE LAS PATOLOGIAS EN LA VISITA DOMICILIARIA  
DE ACUERDO A LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS  
ENFERMEDADES.

No. casos



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 7

INCIDENCIA DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LA VISITA  
DOMICILIARIA POR ENTIDADES NOSOLOGICAS.

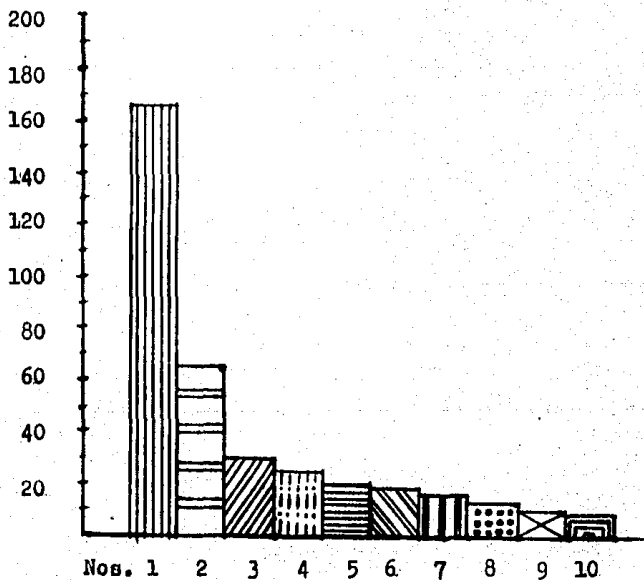
ENFERMEDADES.	CASOS
1. Infecciones respiratorias agudas .....	165
2. Gastroenteritis infecciosas .....	63
3. Enfermedad vascular cerebral .....	29
4. Fiebre tifoidea .....	25
5. Cardiopatía mixta .....	19
6. Infección de vías urinarias .....	18
7. Osteoartrosis .....	15
8. Diabetes mellitus .....	12
9. Amibiasis intestinal .....	10
10. Hipertrofia prostática .....	8

Fuente: Archivo clínico de atención domiciliaria  
del H.G.Z. No. 8, San Angel (IMS).

## GRAFICA No. 7

INCIDENCIA DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LA VISITA  
DOMICILIARIA POR ENTIDADES NOSOLOGICAS.

No. casos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 8

CARACTERISTICAS DE LA VISITA A DOMICILIO.

DATOS PROPORCIONADOS POR EL MEDICO FAMILIAR.

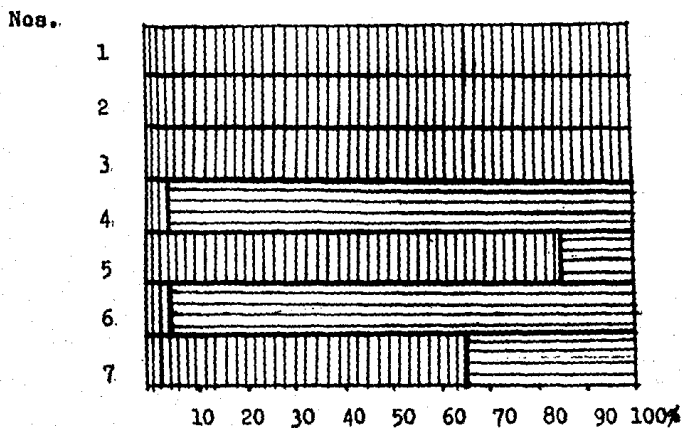
CARACTERISTICAS	AFIRMATIVO		NEGATIVO	
	Cant.	%	Cant.	%
1) La visita domiciliaria que habitualmente se realiza, no se justifica o amerita....	21	100%	0	0%
2) Las solicitudes de atención domiciliaria las recibe con oportunidad .....	21	100%	0	0%
3) Proporciona orientación a los pacientes- de cuando hacer la solicitud de la visita	21	100%	0	0%
4) Realiza visitas programadas por si mismo.	1	4.7%	20	95.3%
5) La visita domiciliaria es un problema....	18	85.3%	3	14.2%
6) La visita es compensada adecuadamente en- sus percepciones.....	1	4.7%	20	95.3%
7) La visita se debe retirar del profesio- gra ma del Médico Familiar.....	14	66.7%	7	33.3%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel

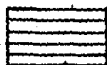
(IMSS).

## GRAFICA No. 8

CARACTERISTICAS DE LA VISITA A DOMICILIO.  
 DATOS PROPORCIONADOS POR EL MEDICO FAMILIAR.



AFIRMATIVO.



NEGATIVO.

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 9

PARA EL MEDICO FAMILIAR LA REALIZACION DE LA VISITA  
AMERITA EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS.

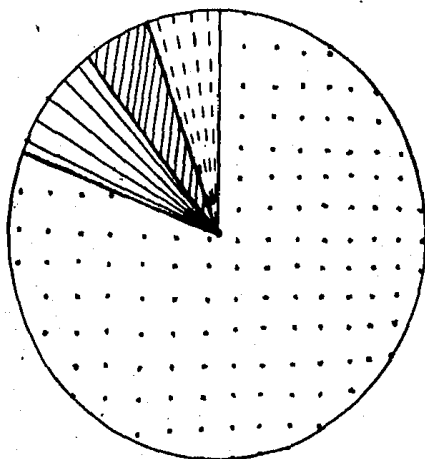
CIRCUNSTANCIAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
ENF. LIMITANTE	17	80.9%
ENF. AGUDA	1	4.7%
ENF. CRONICA	0	0.0%
VISITA PROGRAMADA	2	9.7%
EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA	1	4.7%
	21	100.0%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel  
(IMSS).



## GRAFICA No. 9

PARA EL MEDICO FAMILIAR LA REALIZACION DE LA VISITA  
AMERITA EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS.



ENF. LIMITANTE ..... 80.9%



VISITA PROGRAMADA .. 9.7%



ENF. AGUDA ..... 4.7%



EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA ..... 4.7%

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 10

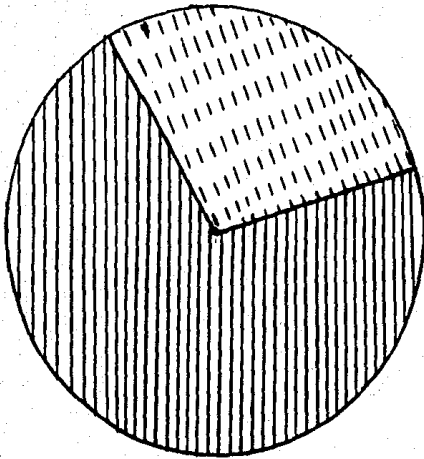
## DIFICULTAD PARA LA LOCALIZACION DE LOS DOMICILIOS.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
NUNCA	0	0.0%
OCASIONALMENTE	15	71.4%
CASI SIEMPRE	6	28.6%
SIEMPRE	0	0.0%
	21	100.0%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel  
(IMSS).

GRAFICA No. 10

DIFICULTAD PARA LA LOCALIZACION DE LOS DOMICILIOS.



OCASIONALMENTE ..... 71.4%



CASI SIEMPRE ..... 28.6%

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 11

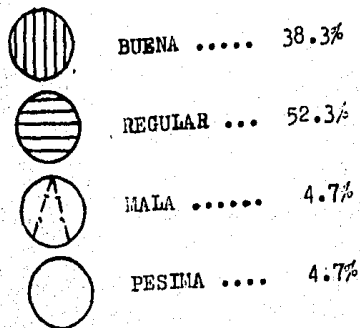
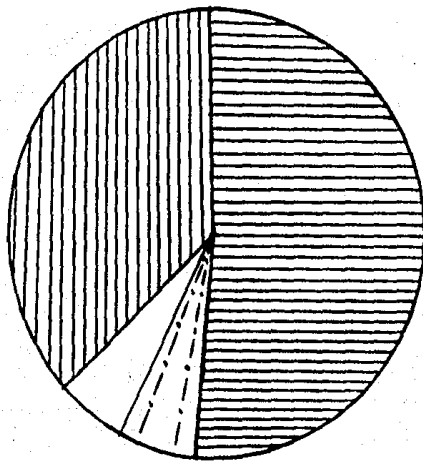
## EL MEDICO FAMILIAR CONSIDERA LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	8	38.3%
REGULAR	11	52.3%
MAIA	1	4.7%
PESIMA	1	4.7%
	21	100.0%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel  
(IMSS).

GRAFICA No. 11

EL MEDICO FAMILIAR CONSIDERA LA RELACION MEDICO-PACIENTE.



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 12

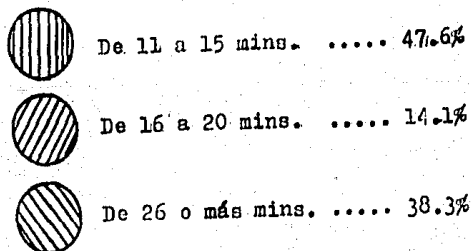
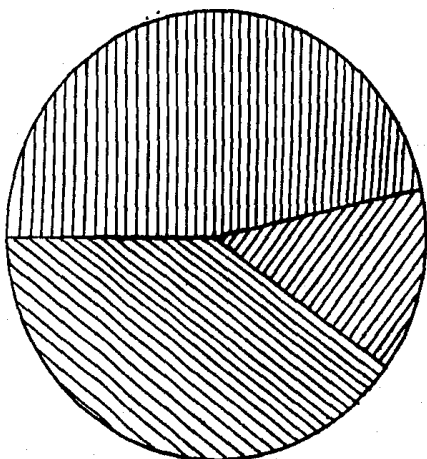
EL TIEMPO UTILIZADO POR EL MEDICO FAMILIAR EN LA  
VISITA DOMICILIARIA, SIN INCLUIR DESPLAZAMIENTO ES:

TIEMPO EN MINUTOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
De 1 a 5 mins.	0	0.0%
De 6 a 10 mins.	0	0.0%
De 11 a 15 mins.	10	47.6%
De 16 a 20 mins.	3	14.1%
De 21 a 25 mins.	0	0.0%
De 26 o. más mins.	8	38.3%
	21	100.0%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel  
(IMSS).

## GRAFICA No. 12

EL TIEMPO UTILIZADO POR EL MEDICO FAMILIAR EN LA VISITA DOMICILIARIA, SIN INCLUIR DESPLAZAMIENTO MS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 13

ACTITUD DEL MEDICO FAMILIAR CUANDO RECIBE SOLICITUDES  
DE ATENCION A DOMICILIO.

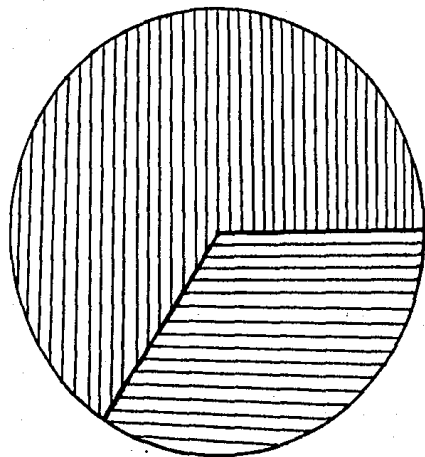
ACTITUD	CANTIDAD	PORCENTAJE
AGRADO	0	0.0%
APATIA	0	0.0%
ENOJO	0	0.0%
ACEPTACION	7	33.4%
POR OBLIGACION	14	66.6%
	21	100.0%

Fuente: Médicos Familiares del H.G.Z. No. 8, San Angel  
(IMSS).



GRAFICA No. 13

ACTITUD DEL MEDICO FAMILIAR CUANDO RECIBE SOLICITUDES  
DE ATENCION A DOMICILIO.



ACEPTACION ..... 33.4%



POR OBLIGACION .... 66.6%

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z.. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 14

## CARACTERISTICAS DE LA VISITA A DOMICILIO.

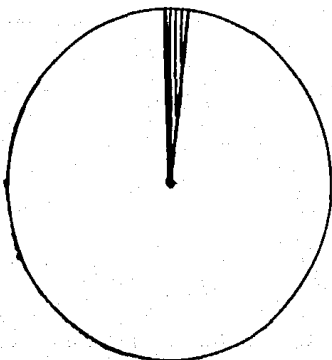
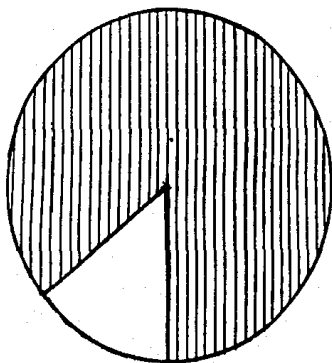
CARACTERISTICAS	AFIRMATIVO	NEGATIVO
1) Su Médico Familiar le proporciona información de cuando se debe solicitar atención domiciliaria.....	82	18
2) Solicita atención domiciliaria a su Médico Familiar porque tiene mucha consulta y ésto le hace perder su tiempo en demasía.....	2	98
TOTAL	100	ENTREVISTAS.

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 14

## CARACTERISTICAS DE LA VISITA DOMICILIARIA..

1. Su Médico Familiar le proporciona información de cuando se debe solicitar atención domiciliaria (82%). .....
2. Solicita atención domiciliaria a su Médico Familiar porque tiene mucha consulta y ésto le hace perder su tiempo en demasía (2%). .....



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 15

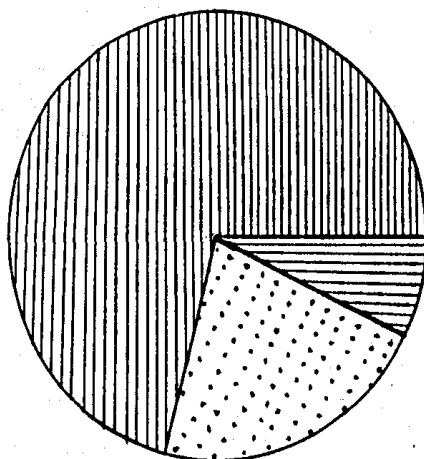
LA RELACION MEDICO-PACIENTE CON SU MEDICO FAMILIAR ES:

RELACION	CANTIDAD
BUENA	20
REGULAR	71
MALA	9
PESIMA	0
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 15

LA RELACION MEDICO-PACIENTE CON SU MEDICO FAMILIAR ES:



BUENA ..... 20%



REGULAR ..... 71%



MALA ..... 9%

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 16

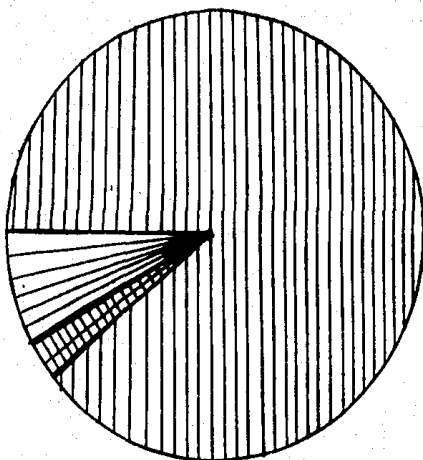
LOS PACIENTES SOLICITAN ATENCION DOMICILIARIA POR LOS  
SIGUIENTES MOTIVOS:

CARACTERISTICAS	CANTIDAD
1) Probar la disponibilidad del Médico.	0
2) Por ser muy necesario .....	89
3) Porque le disgusta que otras personas la vean enferma .....	2
4) Porque le disgusta la espera de aten- ción en el consultorio .....	9
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (I.M.S.).

## GRAFICA No. 16

LOS PACIENTES SOLICITAN ATENCION DOMICILIARIA POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS:



POR SER MUY NECESARIO ..... 89%



PORQUE LE DISGUSTA QUE OTRAS PERSONAS LA VEAN ENFERMA ... 2%



PORQUE LE DISGUSTA LA ESPERA DE ATENCION EN CONSULTORIO . 9%

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 17

POR GRUPOS DE EDADES, DE QUIENES SE SOLICITAN MAS  
VISITAS DOMICILIARIAS.

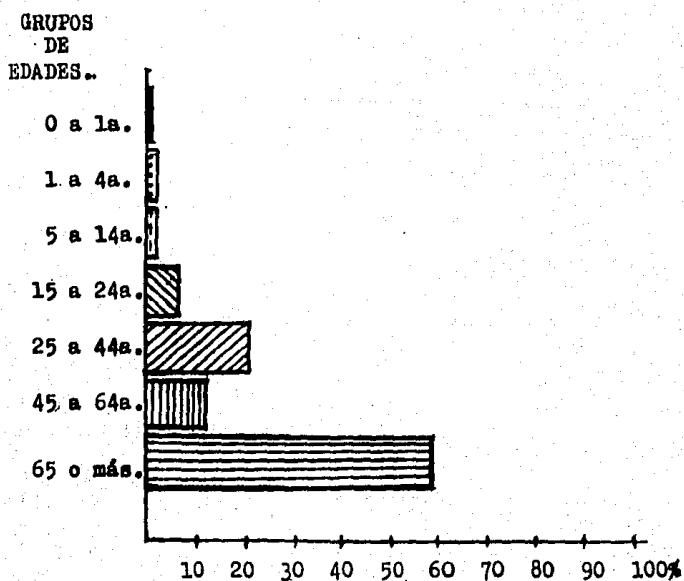
GRUPOS ETARIOS	CANTIDAD
0 a 1a.	1
1 a 4a.	2
5 a 14a.	2
15 a 24a.	5
25 a 44a.	20
45 a 64a.	11
65 o más.	59
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).



## GRAFICA No. 17

POR GRUPOS DE EDADES, DE QUIENES SE SOLICITAN MAS VISITAS DOMICILIARIAS..



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 18

CUANDO AMERITA PARA LOS PACIENTES, QUE SU MEDICO  
FAMILIAR LE REALIZE LA VISITA A DOMICILIO.

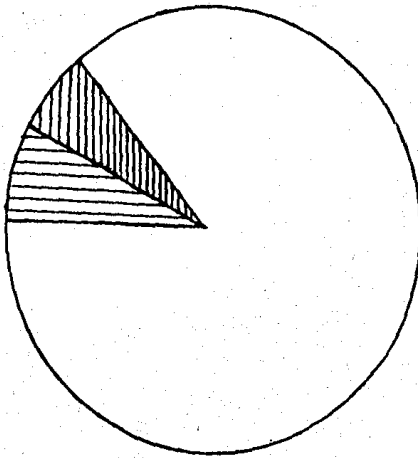
CIRCUNSTANCIAS	CANTIDAD
ENF. LIMITANTE	87
ENF. AGUDA	6
ENF. CRONICA	0
VISITA PROGRAMADA	7
TOTAL	100

AD: De los 7 pacientes que respondieron en visita  
programada, 5 son empleados del IMSS.

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).

GRAFICA No. 18

CUANDO AMERITA PARA LOS PACIENTES, QUE SU MEDICO  
FAMILIAR LE REALIZE LA VISITA A DOMICILIO.



ENF. LIMITANTE ..... 87%



ENF. AGUDA ..... 6%



VISITA PROGRAMADA ... 7%

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 19

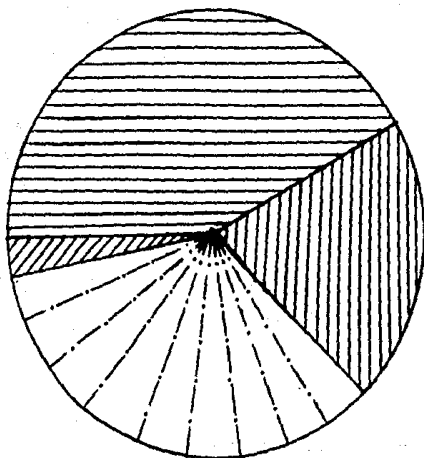
PARA LOS PACIENTES, LA ATENCION DOMICILIARIA  
EN GENERAL ES:





SITUACIONES	CANTIDAD
1) Igual de mala a la proporcionada en el consultorio .....	42
2) Igual de buena a la proporcionada en el consultorio.....	21
3) Mejor a la proporcionada en el - consultorio .....	3
4) Peor que la del consultorio ....	34
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 19

PARA LOS PACIENTES, LA ATENCION DOMICILIARIA  
EN GENERAL ES:



- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 1. Igual de mala a la proporcionada en el consultorio .....  | 42% |  |
| 2. Igual de buena a la proporcionada en el consultorio ..... | 21% |  |
| 3. Mejor a la proporcionada en el consultorio .....          | 3%  |  |
| 4. Peor a la proporcionada en el consultorio .....           | 34% |  |

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 20

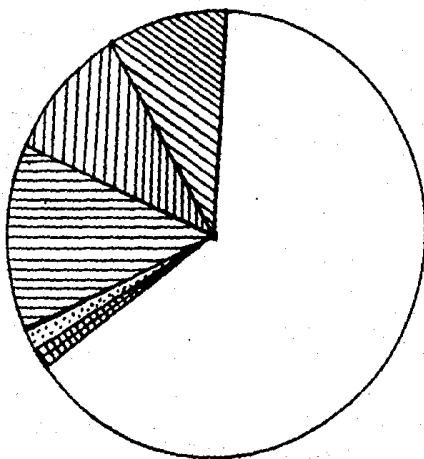
TIEMPO EN PROMEDIO UTILIZADO POR EL MEDICO FAMILIAR  
 EN LA VISITA DOMICILIARIA; VERSION DEL PACIENTE.  
 SIN INCLUIR EL DESPLAZAMIENTO.

TIEMPO EN MINUTOS	CANTIDAD
De 1 a 5 mins.	1
De 6 a 10 mins.	9
De 11 a 15 mins.	68
De 16 a 20 mins.	13
De 21 a 25 mins.	1
Más de 26 mins.	8
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.P. No. 8,  
 San Angel (IMSS).

## GRAFICA No. 20

TIEMPO UTILIZADO POR EL MEDICO FAMILIAR EN PROMEDIO  
EN LA VISITA DOMICILIARIA; VERSION DEL PACIENTE..  
SIN INCLUIR EL DESPLAZAMIENTO..



De 1 a 5 mins. 1%



De 16 a 20 mins. 13%



De 6 a 10 mins. 9%



De 21 a 25 mins. 1%



De 11 a 15 min. 68%



De 26 min. o más. 8%

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

H.G.Z. No. 8

SAN ANGEL

1984

CUADRO No. 21

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO Y SOCIOECONOMICO  
LAS FAMILIAS QUE SOLICITARON VISITA SON:

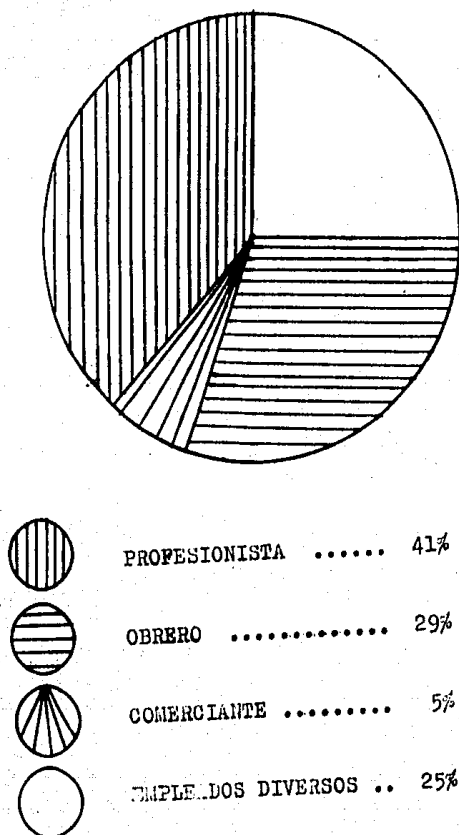
CARACTERISTICA	CANTIDAD
PROFESIONISTA	41
OBRERO	29
COMERCIANTE	5
EMPLEADOS DIVERSOS	25
CAMPESINO	0
TOTAL	100

Fuente: Pacientes adscritos a la U.M.F. No. 8,  
San Angel (IMSS).



GRAFICA No. 21

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO Y SOCIOECONOMICO  
LAS FAMILIAS QUE SOLICITARON VISITA SON:



## ANÁLISIS Y COMENTARIOS

En el presente estudio, se realizó como estaba proyectado; en el H.G.Z. No. 8, San Angel en su Unidad de Medicina Familiar y en el Archivo de Atención Domiciliaria durante 1984, mediante entrevistas por cuestionarios con los Médicos Familiares, de los cuales cooperaron 21 de los 28 adscritos a la unidad y además entrevistas con cuestionarios a cien pacientes que hayan solicitado para sí o para algún familiar visita domiciliaria. Asimismo en el mencionado archivo, se realizó investigación de las visitas realizadas y solicitadas durante los meses de marzo a junio de 1984.

Analizando pues los datos recolectados y ubicados en los cuadros y gráficas anteriores, vemos que en el cuadro no. 1 se expresa la distribución por grupos de edades de la población total adscrita a la U.M.F. No. 8, siendo 75 491 personas las que la integran, correspondiendo el mayor porcentaje a las mujeres con un 53%, y destacando el grupo de 25 a 44 años como el de mayor cantidad de personas.

Los grupos de edades que destacaron en lo que respecta a la atención domiciliaria, fueron el de 25 a 44 años y el de 65 o más años; expresados en el cuadro 2.1, sin embargo en el cuadro 2.2 se observa que la población atendida en su domicilio representada en grupos de edades por quinquenios, predomina con amplio margen el grupo de 60 o más años, o sea la población senil, cumpliéndose con ello una de las hipótesis proyectada.

Además conociendo la población total adscrita a la U.M.F. No. 8 y las 643 solicitudes de atención domiciliaria, se obtiene un mínimo de porcentaje de 0.35% - de dichas solicitudes en el tiempo estudiado, obteniéndose así uno de los objetivos particulares trazados. Asimismo se cumple el objetivo de determinar las edades de los pacientes que más frecuentemente solicitan la vi si ta d o m i c i l i a r i a.

En lo que ocupa a la distribución de visitas por consultorio y por mes, se aprecia gran variación en el número de las realizadas mes con mes, destacando la cifra de 13 en un mes del consultorio 11 AC y de cero en dos meses del consultorio 6 AC, siendo el consultorio - 11 AC con 35 visitas en los 4 meses de estudio el que - más realizó y el 6 AC con sólo 4 visitas el que menos - realizó. Cuadro No. 3.

En el cuadro No. 4 se expresan los promedios semanal y mensual de visitas por consultorio, resultando el promedio más alto como es de esperarse el del consul torio 11 AC con 8.7 visitas por mes y 2.05 visitas por semana y el promedio más bajo el Consultorio 6 AC con - 1.0 visita por mes y 0.23 visitas por semana. Siendo - 5.46 visitas por mes y 1.28 visitas por semana el prom ed io g l o b a l e l a U M F N o 8, cumpliéndose así otro de los objetivos particulares.

Algunas de las características de la visita a do m i c i l i o se expresan en el cuadro No. 5, donde se mues-- tra que de las 643 visitas solicitadas, sólo tuvieron - atención médica 615 (95.63%), dándose tres casos donde se atendieron dos pacientes por visita; no encontrándose el paciente solicitante en 14 ocasiones (2.19%); no

se localizó el domicilio en 9 visitas (1.39%); no se realizó la visita, ignorándose el motivo en 5 ocasiones (0.77%); se solicitó la visita para extender certificado de defunción en 3 visitas (0.46%); se encontraron 8 pacientes sanos en la visita (1.24%); no se reportó el diagnóstico en 102 casos (17%) y se reportó diagnóstico en el formato en la mayoría con 508 (83%). Siendo atendidos en total, 618 pacientes en la visita lo que representa el 96.42%.

La incidencia de las patologías en la visita domiciliaria de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades manifestada en el cuadro No. 6, resultó en mayor proporción para las enfermedades del aparato respiratorio y para las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo, correspondiéndose así con la incidencia de patologías en los consultorios mismos, cumpliéndose otra más de las hipótesis alternas acerca de que la patología orgánica es la causa más frecuente de solicitud de atención a domicilio. Y además consiguiéndose otro objetivo más, acerca de conocer las causas de solicitud de visita más frecuentes. En el cuadro No. 7 se tipifica la incidencia por entidades nosológicas resultando las infecciones respiratorias agudas y las gastroenteritis infecciosas las más frecuentes, seguidas por la enfermedad vascular cerebral.

En el cuadro No. 8 se expresan otras características de la visita, proporcionadas mediante cuestionarios por los Médicos Familiares, notándose que la visita que habitualmente realizan no se justifica en el 100% de sus consideraciones, con ello se alcanza otra de las hipótesis alterna proyectada. Asimismo se cumple otra de ellas, ya que el 95.3% de los médicos de la uni-

dad no realiza visitas domiciliarias programadas por sí mismo. Además en éste cuadro se expone que los Médicos - Familiares en el 100% de las ocasiones, reciben con oportunidad la solicitud de visita y proporcionan orientación a los pacientes de cuando hacer la solicitud de la visita con el propósito de controlar la cantidad de ellas. Por otra parte consideran en el 85.3%, que la visita es un problema. En el 95.3% manifiestan que la attención a domicilio no es compensada en forma adecuada en sus percepciones, pero haciendo un balance entre lo percibido salarialmente y las visitas que realizan resulta que la visita si es bien remunerada. Y el 66.7% - de los Médicos Familiares entrevistados consideran que la visita se debe retirar del profesiograma vigente. Esto es muy discutible, porque la visita es un servicio - que llevado en forma adecuada resulta beneficioso tanto para los médicos como para los pacientes.

Tanto para los Médicos Familiares como para los pacientes, la realización de la visita amerita en caso de enfermedad limitante en el 80.9% y 87% de los casos respectivamente. En la entrevista a los pacientes; el - 7% considera que la visita se debe realizar ante cual- - quier circunstancia o sea una visita programada, y cinco de las siete personas que tomaron esta consideración son empleados del I.M.S.S.(Cuadros 9 y 18).

En el cuadro No. 10 se expone que los Médicos Familiares ocasionalmente (71.4%), tienen dificultad en - la localización de domicilios. Aunque en el reporte o - formato se señala el domicilio que proporcionan los pa- - cientes y datos de referencia para el mismo.

La relación médico-paciente tanto para los médi- - cos como para los pacientes entrevistados resultó regu- - lar (52.3%) y (71%) respectivamente y considerada buena

relación en 38.3% y 20% respectivamente, siendo mínimo el porcentaje de mala o pésima relación referida (Cuadros 11 y 15).

El tiempo utilizado en la atención domiciliaria por el Médico Familiar sin incluir desplazamiento, en promedio es de 11 a 15 mins. (47.6%) para los médicos, y para el 58% de los pacientes. (Cuadros 12 y 20).

La actitud adoptada por el Médico Familiar cuando recibe solicitudes de atención domiciliaria es por obligación en el 66.6% de los casos y con aceptación en el 33.4%, (Cuadro No. 13). Siendo esto correspondiente con el hecho de considerar la visita como un problema, como mayoritariamente injustificada, y como circunstancia perdedora de tiempo.

En el cuadro No. 14 se observa que el 82% de los pacientes afirma que su Médico Familiar le proporciona información de cuando hacer la solicitud de atención domiciliaria y en el 98% de sus consideraciones, no solicitan la visita porque su médico tenga mucha consulta y eso le haga perder el tiempo en demasía.

Los pacientes solicitan la visita porque ellos lo consideran muy necesario en el 89%, y en el 9% porque les disgusta la espera de atención en el consultorio, y en el 2% porque les disgusta que otras personas la vean enferma. (Cuadro No. 16).

En el cuadro No. 17 se manifiesta de quienes se solicitan más visitas domiciliarias y los datos proporcionados por los pacientes, corroboran lo expuesto ante

riormente, ya que el 59% de los solicitantes pertenece al grupo de edad de 65 o más años y el 20% al grupo de 25 a 44 años.

Para los pacientes en general, la atención domiciliaria es igual de mala a la proporcionada en el consultorio en el 42%, peor que la del consultorio en una tercera parte (34%), igual de buena que la del consultorio en un 21% y mejor que la del consultorio el 3%. Cuadro No. 19. Esto viene a demostrar la inconformidad una vez más de los pacientes en la mayoría de los casos de la calidad de atención que proporciona el médico.

Finalmente en el cuadro No. 21 se expresa que - desde el punto de vista tipológico y socioeconómico las familias que solicitaron visita, son en el 41% profesionistas que en la mayoría de los casos cuenta con servicio telefónico. El grupo obrero en el 29% y empleados - diversos en el 25% de las notificaciones. Es importante señalar aquí que en algunos casos, la información acerca de la visita domiciliaria no se expone en el carnet o no se le brinda información de la misma cuando se registran como derechohabientes.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico que se dió al presente estudio, como se indicó en el proyecto de protocolo es netamente descriptivo, utilizandose, las medidas de tendencia central, como la media ( $\bar{x}$ ) y la mediana ( $\tilde{x}$ ), así como la Desviación estandard ( $\sigma$ ).

Así tenemos que en la distribución de la población atendida en su domicilio por el Médico Familiar, durante los meses de marzo a junio de 1984, se aprecia que su media ( $\bar{x}$ )= 18.53, su mediana ( $\tilde{x}$ )=121 y su desviación estandard ( $\sigma$ )=14.95 para los varones; para las mujeres, ( $\bar{x}$ )= 29, ( $\tilde{x}$ )= 189 y ( $\sigma$ )= 21.20. Para el total de la población atendida su media ( $\bar{x}$ )= 47.53 y la mediana ( $\tilde{x}$ )= 309.5, siendo su desv. estandard ( $\sigma$ )= 34.29.

Para la distribución de visitas domiciliarias por consultorio en el tiempo estudiado, señalamos que la media ( $\bar{x}$ )= 21.96, la mediana ( $\tilde{x}$ )= 308 y su Desviación estandard ( $\sigma$ )= 7.24

En los promedios semanal y mensual de visitas domiciliarias por consultorio, anotamos en lo respectivo al promedio mensual de todos ellos; su media ( $\bar{x}$ )=5.46, su mediana ( $\tilde{x}$ )= 77.05 y su desviación estandard = 1.8: para el promedio semanal de visitas domiciliarias apuntamos que la media ( $\bar{x}$ )= 1.28, su mediana ( $\tilde{x}$ )= 18.52 y su desviación estandard ( $\sigma$ )= 0.42.

$$\begin{aligned} (\bar{x}) &= \frac{\Sigma x}{N} & (\tilde{x}) &= \frac{N+1}{2} & \sigma &= \sqrt{\frac{\Sigma(x-\bar{x})^2}{N}} \end{aligned}$$



## C O N C L U S I O N E S

1. De los pacientes seniles, es de quienes se solicitan más visitas a domicilio.

2. Es mínimo el porcentaje de solicitudes de visita domiciliaria, comparado con la gran cantidad de pobla---ción adscrita a la unidad, y que es potencialmente solici---tante de éste servicio.

3. Existe gran variación en la cantidad de visitas -realizadas de un consultorio a otro, siendo el promedio mensual con 5.46 y el semanal con 1.28 visitas, en forma global adecuados.

4. La causa de solicitud más frecuente de atención a domicilio lo constituyen con amplio margen las infeccio---nes respiratorias agudas.

5. Para los Médicos Familiares la visita que habitualmente realizan no amerita; pero para la institución todas ameritan su realización.

6. Los Médicos Familiares no realizan visitas pro---gramadas por sí mismos.

7. Los Médicos Familiares tienen ocasionalmente dificultad en la localización de los domicilios, donde se -les solicita la atención domiciliaria.

8. La mayoría de los Médicos Familiares no están de acuerdo en que exista la visita domiciliaria como parte de sus funciones.

9. Los pacientes consideran en su mayoría a la atención domiciliaria como igual de mala a la proporcionada en el consultorio.

10. Pacientes y médicos consideran que la visita a domicilio amerita en enfermedades limitantes, en su gran mayoría.

11. Las familias del tipo profesionista son las que solicitan más visitas a domicilio.

12. Finalmente, la visita domiciliaria es un servicio necesario, que debe ser utilizado adecuadamente por los pacientes, mediante información del propio médico y a la vez éste brindar calidad en su atención para así mejorar la relación médico-paciente deteriorada. Por otra parte, el sistema de Medicina Familiar para completarse con todos los recursos posibles, mediante mejor atención a los pacientes, debe utilizar la visita no solicitada, para detectar con ello la psicopatología familiar, adentrarse en ella para informar, orientar y ayudar a resolverla, ya que éste es uno de los principales objetivos de la Residencia de Medicina Familiar.

## B I B L I O G R A F I A

1. Bates, R. : EL SUTIL ARTE DE ENTENDER A LOS PACIENTES, Ediciones P.L.M. p. 60. 1974.
2. Cárdenas de la Peña E. : MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO, p. 65, 136, 200. México. 1974.
3. MANUAL DEL MEDICO FAMILIAR, I.M.S.S., Subdirección Ge  
neral Médica, p. 415, 1972.
4. Jaime Alarid, Irigoyen. : FUNDAMENTOS DE MEDICINA FA-  
MILIAR, p. 185. Ediciones M.F.M. 1982.
5. Shires, Hennen. : MEDICINA FAMILIAR, guía práctica,  
p. 274. Mc Graw Hill, 1983.
6. CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO, I.M.S.S. S.N.T.S.S.  
p. 164. 1983-1985.