



## CARTAS AL DIRECTOR

### Atención primaria y rehabilitación: a propósito de la relación entre niveles asistenciales, ¿qué opinan en los centros de salud?

### Primary Care and Rehabilitation: What do Health Centres think about the relationships between healthcare levels?

*Sr. Director:*

La atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (Alma-Ata 1978), sumando la demanda asistencial de rehabilitación en España, hace necesaria una correcta coordinación entre ambos niveles, pues parte del proceso rehabilitador se realiza en medio extrahospitalario<sup>1</sup>.

Una característica de la calidad asistencial<sup>2</sup> es la adecuación, entre la disponibilidad de los servicios de rehabilitación (SRHB), y las necesidades de pacientes y servicios que derivan. Para medir esta adecuación es necesario conocer la opinión que los médicos de familia tienen sobre los SRHB. La coordinación asistencial es otro punto clave, definida como la capacidad de los servicios sanitarios para ofrecer sincronizadamente un objetivo asistencial común sin producirse desencuentros que perjudiquen al paciente. La falta de colaboración entre niveles asistenciales dificulta el correcto funcionamiento del sistema sanitario, derivando en una atención deficiente, porque la continuidad asistencial es la percepción del usuario sobre la coherencia de la asistencia recibida.

Este estudio nace con objeto de conocer la opinión entre los médicos de atención primaria (MAP) de 2 centros de salud (CS) del área Zaragoza II sobre el SRHB del que dependen, atendiendo al grado de satisfacción, demora, seguimiento, conformidad de tratamientos... observando si existen diferencias entre ambos, pues uno goza de presencia física del SRHB y el otro no.

Se trata de un estudio analítico cuantitativo, transversal por medio de encuesta anónima, individual y autoadministrada, adaptada de la publicada por Varas Fabra en la revista *Rehabilitación* en 2003<sup>3</sup>.

Las mediciones recogidas incluyen índice de participación y otros ítems valorando integridad física del

SRHB en los CS, grado de satisfacción y acuerdo con tratamientos e información recibida, y tiempos de demora.

El primer paso para defender modelos organizativos en instancias superiores es el acuerdo y preferencias entre los profesionales implicados en el proceso, además de la necesidad de formación conjunta y creación de estrategias comunes.

Los participantes fueron 15 MAP y 3 pediatras del CS Fuentes Norte, con presencia física del SRHB, y 22 MAP y 4 pediatras de los CS San José Norte y Centro, carente de SRHB presencial. Datos recogidos en segundo semestre de 2007.

Los resultados obtenidos se adjuntan en la **tabla 1** anexa, con una participación total de 72,7%. Existe unanimidad en respuestas concernientes al excesivo tiempo de demora para primera consulta, necesidad de formación conjunta y consenso en criterios de derivación. Este desacuerdo en la demora, descrito en la literatura médica<sup>4</sup>, es uno de los asuntos más conflictivos en la relación primaria-especializada. Generalmente los MAP tenemos escasa formación en rehabilitación, y sin embargo muchos disponemos de importantes recursos rehabilitadores a nuestro alcance; para gestionarlos adecuadamente es fundamental conocer la evidencia científica de las diferentes terapias físicas y unos criterios de derivación establecidos. La formación conjunta es una asignatura pendiente, en gran medida responsabilidad del colectivo de rehabilitadores. Desde que finalizó este estudio ha habido dos iniciativas en Aragón con objeto de mejorar estos puntos, la realización de un protocolo de derivación y de un curso incluido en el plan de formación continuada de AP.

El resto de ítems muestran más disparidad, siendo el nivel de satisfacción con el SRHB alto/muy alto para el 68% y el grado de acuerdo con tratamientos alto/muy alto para el 87%. Las puntuaciones más favorables se obtienen en el CS con presencia física del SRHB. Muchos encuestados creen imprescindible la integración del SRHB en los centros de salud.

Como conclusión, decir que la atención rehabilitadora en el primer nivel asistencial es un problema no resuelto en muchos casos, y que la coordinación entre profesionales de los 2 niveles asistenciales es fundamental para el buen funcionamiento del sistema sanitario.

Tabla 1 Resultados

| Cuestiones   | Fuentes Norte | San José | Total   |
|--|---------------|----------|---------|
| <i>La integración del SRH en los CAP es</i>                          |               |          |         |
| Imprescindible   | 94%           | 86,7%    | 94%     |
| Indiferente  | 6%            | 13,3%    | 6%      |
| <i>Grado de satisfacción global con el SRHB</i>                      |               |          |         |
| Muy alto   | 53%           | 6,6%     | 31,25%  |
| Alto   | 47%           | 26,65%   | 37,5%   |
| Medio  |               | 26,65%   | 12,5%   |
| Bajo   |               | 6,6%     | 3,125%  |
| Muy bajo   |               | 33,5%    | 15,625% |
| <i>Grado de acuerdo con el tratamiento y recomendaciones</i>         |               |          |         |
| Muy alto   | 64,7%         | 33,4%    | 50%     |
| Alto   | 35,3%         | 40%      | 37,5%   |
| Medio  |               | 26,6%    | 12,5%   |
| <i>Utilidad de la información recibida del SRHB</i>                  |               |          |         |
| Siempre  | 70,6%         | 40%      | 56%     |
| Muchas veces   | 29,4%         | 33,4%    | 31%     |
| Pocas veces  |               | 13,3%    | 6,5%    |
| Nunca  |               | 13,3%    | 6,5%    |
| <i>Tiempo de demora de la primera consulta</i>                       |               |          |         |
| Excesivo   | 94%           | 100%     | 97%     |
| Aceptable  | 6%            |          | 3%      |
| <i>Seguimiento de pacientes</i>                                      |               |          |         |
| Aceptable  | 100%          | 53,4%    | 78%     |
| Insuficiente   |               | 46,6%    | 22%     |
| <i>Interés en formación conjunta</i>                                 |               |          |         |
| Sí   | 100%          | 93,3%    | 97%     |
| No   |               | 6,7%     | 3%      |
| <i>Necesidad de consensuar criterios de derivación y tratamiento</i> |               |          |         |
| Sí   | 100%          | 86,6%    | 94%     |
| No   |               | 6,7%     | 3%      |
| Indiferente  |               | 6,7%     | 3%      |

## Bibliografía

1. Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación y medicina física en Atención primaria. En: Miranda Mayordomo JL, editor. Rehabilitación Médica. 1.<sup>a</sup> ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004. p. 11-7.
2. Barrera Chacón JM, Zarco Periñán MJ. Gestión de calidad. Rehabilitación. 2009;34:118-22.
3. Varas Fabra F, Heredia Torres A, Román Ramos P, Rodríguez Pérez MD, Torres LA, Mayordomo Riera JL. Relación entre atención primaria y un servicio de rehabilitación. Opinión de los médicos de los centros de salud. Rehabilitación. 2003;37:195-200.

4. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:323-33.

Rocío Escriche Ros<sup>a,\*</sup> y Ana Belén Morata Crespo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Servicio de Urgencias, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Rehabilitación, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [roxirama@msn.com](mailto:roxirama@msn.com) (R. Escriche Ros)..

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.004>