

## Rehabilitación extrahospitalaria en la Comunidad Foral de Navarra: 1972-1997

### *Outpatient rehabilitation in the Foral Community of Navarra: 1972-1997*

E. Sáinz de Murieta<sup>1</sup>, S. Martínez Gorostiaga<sup>1,4</sup>, A. Martínez Zubiri<sup>2</sup>, J.M. Escobar<sup>1,3</sup>

#### RESUMEN

La atención rehabilitadora de las personas con discapacidades que viven en zonas alejadas de los hospitales de referencia supone un reto asistencial incluso para los Servicios Sanitarios de los países más avanzados.

Las exigencias de los principios de "Salud para Todos en el año 2000" de la Asamblea de la OMS de 1981, asumidos plenamente por la Ley Foral 10/1990 (concepción integral de salud, eficiencia, equidad, descentralización, calidad y humanización en la prestación) han impulsado las iniciativas originadas en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Virgen del Camino orientadas a la aplicación pragmática de esos principios a la realidad de nuestra Comunidad. El resultado es la creación de una red asistencial extrahospitalaria con unidades tanto en Centros de Especialidades como en Centros de Salud.

Asistimos, al igual que en otras Comunidades de nuestro entorno, motivados en gran medida por el envejecimiento de la población, a un aumento creciente de la demanda de tratamiento rehabilitador que hay que regular para garantizar el acceso a una rehabilitación de calidad a toda persona que lo precise.

Presentamos como propuestas para el pleno cumplimiento de los objetivos de la OMS la coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), consolidar la figura del médico rehabilitador como elemento especializado de apoyo a la Atención Primaria en toda la Comunidad y la realización de unos protocolos de derivación a rehabilitación consensuados con los médicos de Atención Primaria.

**Palabras clave:** Rehabilitación. Atención Primaria. Accesibilidad. Equidad.

#### ABSTRACT

Rehabilitation care for persons with disabilities who live in zones distant from the hospital of reference represents a challenge even for the Health Services of the most advanced countries.

The requirements of the principles of "Health for All in the Year 2000" of the 1981 WHO Assembly, fully assumed by Foral Law 10/1990 (integral conception of health, efficiency, equity, decentralisation, quality and humanisation in the service) have stimulated the initiatives proceeding from the Rehabilitation Service of the "Virgen del Camino" Hospital orientated towards the pragmatic application of those principles to the reality of our Community. The result has been the creation of an outpatient care network with units in both the Specialities Units and the Health Centres.

As in other neighbouring Communities, we are witnessing a growing increase in the demand for rehabilitation treatment; to a great extent this is due to the increasing age of the population. This must be regulated in order to guarantee access to quality rehabilitation for every person who requires it.

In order to achieve the complete fulfilment of the objectives of the WHO we propose the co-ordination between levels of attention (Primary care and Specialised care), consolidation of the figure of the rehabilitation doctor as a specialised individual providing support to Primary care in the whole community, and the realisation of certain protocols for rehabilitation referral agreed upon with the Primary care doctors.

**Key words:** Rehabilitation. Primary care. Accessibility. Equity.

ANALES Sis San Navarra 1998; 21 (3): 341-351.

1. Médico Especialista en Rehabilitación y Medicina Física.
2. M.I.R. Rehabilitación y Medicina Física. Hospital Virgen del Camino.
3. Jefe de Servicio de Rehabilitación.
4. Servicio de Rehabilitación Clínica Ubarmin.

Aceptado para su publicación el 30 de junio de 1998.

#### Correspondencia

Enrique Sáinz de Murieta García de Galdeano  
Av. Sancho el Fuerte Nº 71-18 E  
31007 Pamplona  
Tfno. 948 279326

## INTRODUCCIÓN

La asistencia rehabilitadora inicia un proceso de descentralización desde el primer momento en que la sanidad de Navarra se orienta hacia la Atención Primaria, siguiendo la tendencia internacional creada por la conferencia OMS-UNICEF en Alma-Ata (octubre de 1978). Su desarrollo en estas últimas dos décadas ha constituido la actual red asistencial rehabilitadora a nivel comunitario.

Con ella se trata de dar respuesta a las exigencias que implican los principios de "Salud para todos en el año 2000" (OMS, Asamblea 1981) asumidos plenamente por la Ley Foral 10/1990, del 23 de noviembre, de Salud: concepción integral de salud, eficiencia, equidad, descentralización, calidad y humanización en la prestación.

En el reciente Congreso de la Asociación Europea de la Salud Pública, celebrado en Pamplona, el Dr. Derek Yach, responsable de la OMS del programa "Salud para todos en el año 2000" ha mostrado las líneas que definirán el nuevo plan de salud diseñadas por la Organización citando como gran reto para el próximo programa el desarrollo de una base de política de salud para que la igualdad no sea una quimera, y ha adelantado que la equidad será un objetivo explícito en el nuevo programa de la OMS.

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las actuaciones que se han realizado desde los Servicios de Rehabilitación para la aplicación práctica de esos principios a la realidad de nuestra Comunidad. Objetivos secundarios son el describir áreas deficitarias, posibles soluciones y al mismo tiempo atraer la atención hacia las necesidades de las personas con discapacidades que viven en zonas alejadas de los hospitales de referencia.

## CRONOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

La entrada en funcionamiento de las unidades extrahospitalarias de rehabilitación es el reflejo de las líneas maestras que ha seguido la Sanidad Foral en las últimas dos décadas.

Durante el periodo 1976-1989 el hospital comienza a dejar de ser la base del sistema sanitario y es la época en la que se inicia el acercamiento a los ciudadanos de la rehabilitación, entendida en su concepto más amplio (aquella rama de la medicina que se encarga de diagnosticar, prevenir y tratar la incapacidad para facilitar, mantener y devolver el máximo grado de capacidad funcional e independencia posible). Se crea en 1972 la Unidad de Rehabilitación Extrahospitalaria del Ambulatorio "Gral. Solchaga" en Pamplona. Le siguen en 1976 las de los Centros de Salud "Virgen del Puy" en Estella y "Santa Ana" en Tudela. En 1986 se crea otra Unidad en el Centro de Salud de Tafalla y la Unidad del Centro Conde Oliveto en Pamplona.

En el periodo 1990-1997, tras la promulgación de la Ley Foral de Salud 10/1990 es cuando se da el mayor avance, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, en el desarrollo de la actual red asistencial rehabilitadora a nivel de Atención Primaria.

El centro de salud es ahora la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria que tiene entre una de sus características el ser integrada, es decir, le corresponde realizar actuaciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud<sup>1</sup>. Para servir de elemento de apoyo a la Atención Primaria se crean las Unidades Básicas de Rehabilitación en los Centros de Salud de Alsasua, Elizondo, Sangüesa y Lodosa en 1990, Lesaca en 1991 y San Adrián en 1993.

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, GEOGRÁFICAS Y SOCIALES QUE HAN INFLUIDO EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN NUESTRA COMUNIDAD

Para una distribución eficiente de los recursos asistenciales, que responda adecuadamente al principio de equidad (garantía de igualdad en las condiciones de acceso al sistema sanitario público de Navarra), es necesario conocer los condicionantes que imponen la demografía, la geografía así como los problemas de salud de cada Área de Salud.

La población de Navarra en 1996 es de 520.574 habitantes, cuya distribución por los 10.421 km<sup>2</sup> no es uniforme y se caracteriza por los siguientes rasgos:

**1. Baja densidad de población.** La densidad media se sitúa en 52 hab/km<sup>2</sup>, frente a los 80 hab/km<sup>2</sup> de la media nacional. Regiones periféricas de igual o parecido desarrollo presentan igualmente densidades superiores: Asturias, 107 hab/km<sup>2</sup>; Cantabria, 99 hab/km<sup>2</sup>; Murcia, 88 hab/km<sup>2</sup>; País Vasco, 301 hab/km<sup>2</sup>.

**2. Concentración poblacional en escasos centros y ejes urbano-industriales.** Sobre el eje Alsasua, Pamplona-Tudela, el eje de la ribera del Ebro, y las tradicionales cabeceras comarcales de la Navarra Media se asientan aproximadamente cuatro de cada cinco navarros. La comarca de Pamplona es la que tiene mayor densidad de población con 471 hab/km<sup>2</sup>. La patología laboral, entre la que destaca la lumbalgia por sus repercusiones socioeconómicas, elevada incidencia, carácter incapacitante y peligro de cronificación, es uno de los principales problemas de salud en estas zonas, a la que se une la patología degenerativa osteoarticular que aumenta su prevalencia en todas las zonas de nuestra comunidad debido al envejecimiento de la población, manifestándose con más fuerza en las personas mayores de áreas rurales por la dureza de las condiciones de trabajo en la agricultura y la ganadería.

**3. Dispersión de la población.** En Navarra hay 952 entidades de población, de las cuales 472 son menores de 50 habitantes mostrándose insuficientes para prestar los servicios que la sociedad en conjunto reclama<sup>2</sup>. La accesibilidad a los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidades de las zonas rurales con población dispersa constituye un reto para los sistemas de salud incluso de los países más desarrollados<sup>3</sup>.

**4. Alto grado de envejecimiento.** La población de más de 65 años ha pasado de 53.487 personas en 1975 a 90.477 en 1996, es decir del 11,05% al 17,4% de la población, lo que está produciendo cambios en las demandas asistenciales tanto a nivel hospitalario, con una "geriatriización" de los servicios<sup>4</sup>, como a nivel de Atención

Primaria. Un 30% de las consultas en Atención Primaria y el 50% de las visitas domiciliarias realizadas van dirigidas a este grupo de población. Esta situación se agrava en comarcas con mala accesibilidad a los hospitales de referencia como por ejemplo la Zona Básica de Salazar, con el 28,5% de la población mayor de 65 años, o la de Sangüesa, con el 23,9%<sup>5</sup>. La patología degenerativa crónica, que va a requerir tratamientos prolongados, es en algunas zonas la patología que genera mayor demanda de terapia física y tratamiento rehabilitador. Para las personas mayores de zonas rurales deprimidas económicamente los gastos en tiempo y dinero para acceder a la rehabilitación constituyen una barrera añadida de tipo económico que se une a las barreras geográficas. En éstos se cumple la "Ley de la atención inversa"<sup>6</sup>, donde se define que los servicios son menos accesibles allí donde son más necesarios.

**5. Áreas aisladas por la orografía y por el sistema de comunicaciones del espacio central.** Destaca por su aislamiento el cuadrante nororiental de nuestra Comunidad, siendo los valles pirenaicos las zonas con peor accesibilidad a los centros hospitalarios (más de una hora de viaje por carretera). En menor medida destacan por su menor accesibilidad respecto a otras zonas el área de Sangüesa, la zona suroeste de la ribera del Ebro y la zona norte con accesibilidad muy mejorada con la entrada en funcionamiento del túnel de Velate.

**6. Sistema de cobertura sanitaria.** Hay una baja presencia de sistemas aseguradores privados en nuestra Comunidad lo que es más patente en las áreas rurales. Así si comparamos el 2,1% de población con cobertura de sistema público y privado en Navarra en 1991, con las cifras del 11% en la Comunidad Autónoma Vasca y el 27% en Barcelona en 1986<sup>7</sup>, observamos las marcadas diferencias en ese aspecto que existen entre comunidades.

**7. Aumento progresivo de la demanda de asistencia rehabilitadora.** En las últimas décadas estamos asistiendo, al igual que en otras Comunidades de nuestro país y de otros países de nuestro entorno<sup>8,9</sup>, a

un aumento de la demanda de tratamiento rehabilitador y terapia física. A nivel de atención extrahospitalaria en Navarra, las asistencias anuales a tratamiento se han duplicado de 1991 a 1995, pasando de 19.560 a 39.701. Las causas son múltiples:

a. Mayor conocimiento de nuestra especialidad tanto por otras especialidades médicas como por los propios ciudadanos y personas discapacitadas quienes encuentran en la rehabilitación una ayuda para incrementar su capacidad funcional y calidad de vida.

b. Ampliación del abanico de incapacidades que pueden beneficiarse de tratamiento rehabilitador añadiéndose, a las clásicas de etiología traumática o reumática, otras de etiología neurológica, cardiorrespiratoria, urológica, etc.

c. Aumento de la cirugía ortopédica con incremento en el número de intervenciones de sustitución protésica articular en personas de edad avanzada que van a requerir tratamiento rehabilitador a nivel hospitalario.

d. Envejecimiento de la población que conlleva mayor prevalencia de patología crónica e incapacidad.

e. Mayor conocimiento del papel que la terapia física tiene en la prevención de ciertas patologías incapacitantes como por ejemplo la escoliosis, el linfedema postmastectomía o el deterioro físico en las personas de más edad.

f. Aumento de incidencia y prevalencia de algunas patologías de carácter incapacitante como la fractura de cadera, la fibromialgia o el dolor crónico de origen osteoarticular.

g. Crecimiento espectacular de la actividad asistencial en Unidades Especializadas donde se trata a los pacientes con grandes incapacidades (traumatismos craneoencefálicos, ACV agudos, amputaciones, lesiones medulares...) en régimen de ingreso con programas intensivos<sup>10</sup>.

#### **OBJETIVOS DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN EN CENTROS DE ESPECIALIDADES**

1. Disminuir la presión asistencial del nivel hospitalario. Se reserva así la asis-

tencia en este nivel para patologías que precisen medios diagnósticos y terapéuticos más complejos o un abordaje interdisciplinario con especialidades hospitalarias y al mismo tiempo se evita un aumento de las listas de espera en las unidades hospitalarias, que suponen un obstáculo de tipo burocrático para acceder a la rehabilitación.

2. Favorecer el acceso a la asistencia rehabilitadora de usuarios para quienes los horarios de los centros hospitalarios son un inconveniente para acceder a la rehabilitación (trabajadores en activo, estudiantes). Deberán funcionar para ello con horario de mañana y tarde.

3. Poner en funcionamiento los Centros de Día. Los recursos materiales de estos centros podrían ser utilizados para realizar terapia de mantenimiento durante el día por grupos de discapacitados crónicos que la precisen así como por pacientes geriátricos en coordinación con otros recursos existentes.

#### **OBJETIVOS DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

1. Mejorar la accesibilidad a la rehabilitación de:

a. Discapacitados de áreas rurales alejadas de los hospitales de referencia.

b. Trabajadores de zonas con desarrollo industrial alejadas de los hospitales de referencia.

c. Discapacitados con patología crónica que precisen una continuidad de cuidados.

d. Todas las personas que la precisen independientemente de su actividad laboral (amas de casa, jubilados, estudiantes, personas en paro).

2. Realizar en este nivel asistencial, en coordinación con el Equipo de Atención Primaria, aquellas actuaciones tanto de prevención, promoción de la salud<sup>11</sup> como de tratamiento de incapacidades que no precisen medios técnicos sofisticados.

3. Aportar una asistencia rehabilitadora de calidad uniforme en todo el ámbito de nuestra Comunidad.

4. Servir como recurso sanitario de apoyo para la atención de las personas de mayor edad, dada la alta prevalencia en ellas de incapacidad.

## RECURSOS HUMANOS

### Médico rehabilitador

Sobre él recae la responsabilidad del proceso rehabilitador. Su formación es la más adecuada para garantizar un uso racional de las técnicas de terapia física disponibles en las Unidades Básicas de Rehabilitación de los Centros de Salud (electro-termoterapia, mecanoterapia, cinesiterapia, etc.), reservándolas para los pacientes que más se puedan beneficiar de ellas o en los que han fracasado otras medidas de tratamiento (de tipo farmacológico por ejemplo). Se evita así el riesgo de utilizar la terapia física como técnica de complacencia minimizando al mismo tiempo los peligros que se pueden derivar de una utilización inadecuada del aparataje de electroterapia.

Deben establecerse para ello unos protocolos de derivación con los médicos de Atención Primaria que serán flexibles y consensuados entre ambas partes. Deberán realizarse también protocolos para la atención de discapacitados que han sido tratados hospitalariamente para evitar el elevado porcentaje de rehospitalizaciones en estos pacientes, siendo gran parte de ellas evitables con unos cuidados básicos adecuados<sup>12</sup>.

El médico rehabilitador es quien hace las indicaciones, prescribe los tratamientos de terapia física así como las ortesis, prótesis y ayudas técnicas (muletas, andadores, sillas de ruedas, etc.), informa al paciente y familiares sobre las alternativas terapéuticas y los beneficios y riesgos potenciales de cada una de ellas.

Entre sus competencias se incluye también el decidir cuando finalizar un tratamiento bien porque se han conseguido los objetivos previstos o porque se ha estabilizado la situación del paciente<sup>12</sup>.

Su presencia en la Unidad Básica de rehabilitación basta con que sea periódica, de 1 ó 2 veces por semana en función de la población a atender.

Sólo así se garantiza:

1. la coordinación con el Equipo de Atención Primaria

2. el establecimiento de prioridades en función de las diferentes prevalencias de patologías incapacitantes en cada Zona de Salud

3. la participación en actividades de prevención de incapacidades, mantenimiento de la capacidad funcional o la promoción de hábitos saludables en relación con la incapacidad

4. una correcta supervisión de la evolución de los pacientes durante el tratamiento por si hubiera que modificarlo

5. un abordaje integral de la incapacidad que abarque aspectos no sólo físicos sino también psicológicos y sociofamiliares.

### Fisioterapeuta

Entre sus funciones más importantes se encuentran el aplicar los tratamientos prescritos por el médico rehabilitador<sup>13</sup>, colaborar en la atención domiciliaria de personas mayores con discapacidades, participar en actividades de promoción de la salud con el resto del Equipo de Atención Primaria, etc... Es fundamental para ello una estrecha colaboración con el médico rehabilitador y con el Equipo de Atención Primaria.

Su trabajo con el paciente es diario (trabaja a jornada continua durante toda la semana) y directo (gran parte de los tratamientos son manuales), lo que hace humana la asistencia rehabilitadora. Constituye al mismo tiempo un apoyo psicológico insustituible para el paciente (así se ha reflejado en la encuesta de calidad percibida realizada recientemente en las Unidades Básicas de los Centros de Salud).

## RECURSOS MATERIALES

### Instalaciones

Teniendo en cuenta el tamaño de las poblaciones a atender, las patologías más frecuentemente tratadas en estos centros y las recomendaciones realizadas por la Sociedad Española de Rehabilitación y

Medicina Física, se ha diseñado un prototipo de Área de rehabilitación para los Centros de Salud.

En ella pueden trabajar un/a fisioterapeuta más un auxiliar o dos fisioterapeutas.

### Aparataje y equipamiento

Cada centro dispone de los siguientes aparatos de electroterapia:

1. Aparato de micro-ondas
2. Aparato de electroestimulación neuromuscular
3. Aparato de infrarrojos
4. Aparato de ultrasonidos

El resto de los aparatos son de una gran simplicidad, a destacar las barras paralelas, escaleras y rampas para reeducación de la marcha, la mesa de tracción de raquis, una mesa de tratamiento, la bicicleta estática, colchonetas, ruedas de hombro, espalderas, espejo móvil, sillas, aparatos para propiocepción de tobillo, aparato de cuádriceps, juego de poleas, etc.

Hay espacio suficiente para colocar también una jaula de Rocher (paleotapia) y algún aparato más de termoterapia o crioterapia si es necesario.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

Para que los ciudadanos de toda la Comunidad pudieran beneficiarse de esos recursos en condiciones de igualdad, favoreciendo el acceso a ellos de quienes más

los necesiten, se establecieron unos criterios para su ubicación.

Con la distribución de los recursos se pretende cubrir los ratios mínimos asistenciales en rehabilitación en Atención Primaria<sup>13</sup> que se estiman en un fisioterapeuta por 10.000 habitantes y 1,5 tratamientos de rehabilitación al día por 1000 habitantes ya que el 3-5% de la población precisa, al menos una vez al año, de los Servicios de Rehabilitación.

Criterios de ubicación de las Unidades Básicas de Rehabilitación en Centros de Salud:

1. Situación en Centros de Salud a unos 45 km. aproximadamente del hospital de referencia.

2. Población entre 10.000 y 20.000 habitantes.

3. Tiempo de desplazamiento desde cualquier punto dependiente del centro menor de 20 minutos.

4. Municipios en desarrollo económico y zonas con envejecimiento poblacional

Criterios para la ubicación de las Unidades de Rehabilitación en Centros de Especialidades:

1. Población superior a 50.000 habitantes.

Con estos criterios se ha desarrollado el actual programa de rehabilitación en Atención Extrahospitalaria (Especializada y Atención Primaria) en nuestra Comunidad (Tabla 1).

**Tabla 1.** Niveles asistenciales en rehabilitación en la Comunidad Foral de Navarra.

	HOSPITAL	CENTRO DE ESPECIALIDADES	UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACION
I PAMPLONA NORTE	Hospital Virgen del Camino Clínica Ubarmin	Ambulatorio Gral. Solchaga Centro de Salud Conde Oliveto	Alsasua <sup>1,3</sup> Lesaca <sup>1</sup> Elizondo <sup>1,3</sup>
I PAMPLONA ESTE	Hospital de Navarra Clínica Ubarmin	Ambulatorio Gral. Solchaga Centro de Salud Conde Oliveto	Sangüesa <sup>1,3</sup> Tafalla <sup>2</sup>
II TUDELA	Hospital Reina Sofía	Ambulatorio Santa Ana	
III ESTELLA	Hospital García Orcoyen	Centro de Salud Virgen del Puy	Lodosa <sup>2</sup> San Adrián <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidades sin presencia física del médico rehabilitador hasta marzo 1998

<sup>2</sup> Unidades con presencia periódica del médico rehabilitador

<sup>3</sup> Unidades que desde marzo 1998 cuentan con presencia física periódica de médico rehabilitador

## DISTRIBUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

### Centros de Especialidades

Ambulatorio Gral. Solchaga, Centro de Salud Conde Oliveto, Ambulatorio Santa Ana y Ambulatorio Virgen del Puy. Los médicos rehabilitadores, que pertenecen al hospital de referencia, con el que están coordinados pasan consulta en el propio centro y las/los fisioterapeutas aplican los tratamientos prescritos por éste en el gimnasio del centro. Si se producen complicaciones durante el tratamiento el médico puede atenderlas inmediatamente.

El Ambulatorio Gral. Solchaga y Conde Oliveto funcionan con horario de mañana y tarde, con lo que se mejora el acceso a aquellas personas para los que el horario de mañana supone un inconveniente para acceder a rehabilitación.

### Centros de Salud

El desarrollo alcanzado en los Centros de Salud con unidades básicas de rehabilitación no es uniforme. Podemos diferenciar dos grupos de centros:

1. Tafalla, Lodosa, San Adrián. En ellos el médico rehabilitador del hospital de referencia pasa consulta en el propio Centro de Salud con una periodicidad de una o dos veces por semana en función de la población a atender. Son el modelo idóneo para la realización de una rehabilitación realmente implantada a nivel comunitario, accesible, de alta calidad integral, integra-

da y coordinada con otros niveles asistenciales. Su funcionamiento ha servido de ejemplo en reuniones científicas recientes dedicadas al tema de la Rehabilitación en Atención Primaria a nivel nacional.

2. Alsasua, Elizondo, Sangüesa y Lesaca. Estos centros son atendidos por el médico rehabilitador a distancia, es decir, la consulta con el médico rehabilitador la realiza el paciente en Pamplona y el tratamiento diario es aplicado por la/el fisioterapeuta en la Unidad Básica más próxima a su localidad de residencia. Los inconvenientes de este modelo se derivan del distanciamiento del médico rehabilitador y se traducen en un incremento de las listas de espera y en la demora en iniciar tratamiento que suponen una limitación a la accesibilidad a la rehabilitación. Los obstáculos de tipo burocrático se convierten en nuevas barreras para que la equidad en el acceso a una asistencia de igual calidad sea una realidad en todo el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra. Existe también una dificultad para priorizar los tratamientos más urgentes con el peligro de la falta de acción de filtro para realizar tratamiento en gimnasio. De esta forma se hace muy difícil mantener una adecuada coordinación con la/el fisioterapeuta y el resto del equipo de Atención Primaria.

### LOGROS DE LA REHABILITACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

1. Acercamiento de la asistencia rehabilitadora a los ciudadanos de las Zonas Básicas de Salud alejadas de los hospitales de referencia para quienes los costes en

**Tabla 2** Ahorro socio-económico que supone para los usuarios recibir asistencia rehabilitadora en las Unidades Básicas de tratamiento rehabilitador en Centros de Salud durante 1996.

Centros	Nº de asistencias anuales	Km a hospital referencia <sup>1</sup>	Km totales	Coste viaje ida y vuelta	Coste total viajes	Horas total viajes
Elizondo	4.673	115	537.395	1.030	4.813.190	9.346
Alsasua	3.075 <sup>2</sup>	101	310.575	930	2.859.750	6150
Sangüesa	4.405	89	392.045	840	3.700.200	8.810
Lesaca	4.502	36	162.072	360	1.620.720	9.004
San Adrián	4.348	90	391.320	780	3.391.440	8.696
Lodosa	3.941	67	264.047	600	2.364.600	7.882
Tafalla	14.601	70	1.022.070	640	9.344.640	29.202
<b>TOTAL</b>	<b>39.545</b>		<b>3.079.524</b>		<b>27.848.540</b>	<b>79.090</b>

1. Km ida y vuelta

2. Sólo contabiliza asistencia de 6 meses

**Tabla 3.** Ahorro socio-económico de los usuarios de las Unidades Básicas de Rehabilitación.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Asistencias anuales a tratamiento	19.560	27.070	28.901	35.963	39.701	39.545
Coste total viajes (pts)	11.359.790	15.426.560	16.238.830	19.998.830	27.195.590	27.848.540
Horas total viajes	39.148	54.140	57.802	71.926	79.402	79.090

**Tabla 4.** Ratios de tratamiento rehabilitador en cada una de las Unidades Básicas.

	Sangüesa	Alsasua	Elizondo	Lesaca	Estella	Santa Ana	Lodosa	Tafalla
Asistencia diaria a ttº/1000 hab.	1,54	1,25	1,40	1,77	0,95	1,58	1,05	1,30
Personas nuevas a tratamiento al año respecto a la población total	1,50%	1,92%	1,94%	0,94%	0,74%	1,28%	0,87%	1,65%
Asistencias anuales a tratamiento	4.143	4.626	5.062	3.780	9.131	4.599	4.588	12.903

tiempo y dinero suponen una barrera muy importante para acceder a Rehabilitación. Hemos contabilizado mensualmente las hojas de tratamiento durante seis años y realizado un cálculo de los km que hubiesen supuesto si esos tratamientos diarios se hubiesen realizado en los hospitales o centros de especialidades de referencia. Los resultados se muestran en las tablas 2 y 3. Tomando como referencia el año 1996, se han realizado 39.545 asistencias a tratamiento que hubiesen supuesto para los usuarios 27.848.530 ptas y 79.090 horas empleadas en desplazamientos. Representan una barrera eliminada para favorecer el acceso de la asistencia a todos los ciudadanos en condiciones de equidad. Se observa en las tablas el aumento progresivo de la demanda asistencial.

Este acercamiento no es sólo geográfico; se ha intentado que todos ciudadanos que precisen asistencia rehabilitadora la tengan con independencia de su situación laboral, para evitar desigualdades a favor de la gente que trabaja y en contra de los desempleados, jubilados, amas de casa<sup>14</sup>. En la figura 1 se muestra las proporciones de personas atendidas en las Unidades Básicas de rehabilitación en un estudio transversal realizado en enero de 1997 en función de su situación laboral.

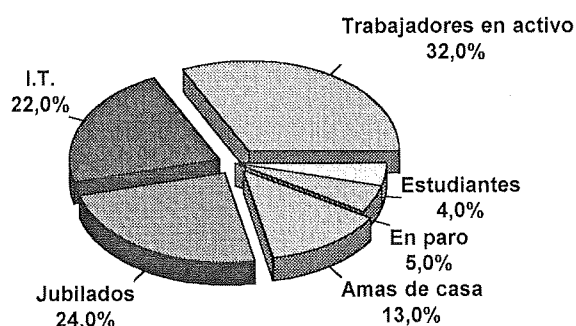
2. Cobertura en todas Zonas Básicas de Navarra de los ratios de demanda de tratamiento rehabilitador estimados por la OMS gracias a una adecuada distribución de las Unidades Básicas de Rehabilitación en los Centros de Salud de nuestra Comunidad (Tabla 4).

3. Alta calidad global percibida por los usuarios según encuesta de opinión mediante cuestionario estándar realizada del 13 al 24 de enero de 1997 a 154 pacientes de los 182 que estaban siendo tratados en ese momento. Ésta fue mayor que la obtenida en estudios similares realizados a nivel hospitalario<sup>15</sup>. En dicha encuesta se encontró una duración de los tratamientos menor que a nivel hospitalario para patologías similares, lo que puede estar en relación con la menor demora en ser valorado y recibir tratamiento.

4. Homeogeneidad de la calidad de la asistencia rehabilitadora en el ámbito de nuestra Comunidad con independencia del entorno en que se realice (rural o urbano).

5. Creación de una red asistencial rehabilitadora a nivel comunitario que puede servir de apoyo a la Atención Primaria en la atención a discapacitados y como recurso sanitario de atención a las personas mayores como se contempla en el Plan





**Figura 1.** Perfil laboral de una muestra de usuarios atendidos en las Unidades Básicas de tratamiento rehabilitador en los Centros de Salud.

Gerontológico de Navarra 1997-2000, aprobado por el Gobierno de Navarra el día 24 de marzo de 1997<sup>3</sup>.

6. Creación de niveles asistenciales en rehabilitación de tal forma que la patología que no precise medios de diagnóstico o tratamiento complejos pueda ser tratada a nivel extrahospitalario.

### ASPECTOS DEFICITARIOS

La mayoría se derivan del distanciamiento físico del médico rehabilitador del gimnasio donde se realiza el tratamiento.

1. Sobrecarga asistencial de los gimnasios donde se aplican los tratamientos prescritos por el médico rehabilitador. Se traduce en un aumento de las listas de espera. El médico rehabilitador difícilmente puede distribuir eficientemente los recursos de cada centro sin su presencia en el centro.

2. Escasa relación con los médicos de Atención Primaria lo que produce:

- elevado porcentaje de derivaciones a rehabilitación innecesarias
- derivaciones de un mismo paciente a distintos médicos rehabilitadores por la misma patología
- escasa coordinación en el seguimiento de las Incapacidades Transitorias

3. Derivaciones del médico de Atención Primaria a fisioterapia sin pasar por el médico rehabilitador, con lo cual el criterio de iniciar una terapia, que tiene unos riesgos potenciales sobre los que hay que

informar, no parte del profesional más capacitado para ello. Se corre el riesgo de dar terapia física a personas más demandantes que pueden beneficiarse de otras medidas como fármacos, infiltraciones, reposo, consejos sobre ejercicio o higiene postural (menos costosas pero con iguales o mejores resultados) en perjuicio de pacientes menos demandantes en los que la terapia física y la rehabilitación puede ser la principal alternativa para mejorar su calidad de vida.

4. Criterios de selección para iniciar tratamientos diferentes de unos centros a otros, en los que existe el riesgo de priorizar el inicio del tratamiento a los usuarios que residen en la localidad donde está ubicada la Unidad Básica de tratamiento cuando se han creado para garantizar la accesibilidad de los discapacitados de áreas extensas que incluyen varias Zonas Básicas de Salud.

### CONCLUSIONES

1. Existe en la Comunidad Foral de Navarra una red asistencial rehabilitadora a nivel extrahospitalario que ofrece enormes oportunidades para mejorar la accesibilidad a la rehabilitación de todos los ciudadanos que la precisen.

2. Asistimos en los últimos años a un aumento de la demanda de tratamiento rehabilitador, al igual que en otras Comunidades de nuestro entorno, que produce una sobrecarga asistencial de las Unidades de Rehabilitación, tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

3. En las Unidades Básicas de Rehabilitación en Centros de Salud, en las que el médico rehabilitador no tiene presencia física en el centro, existe una mayor sobrecarga asistencial, lo que se traduce en un aumento de las listas de espera que suponen una nueva barrera para acceder a la rehabilitación y en una menor satisfacción de los usuarios.

4. Encontramos en nuestra Comunidad desigualdades en la calidad de la asistencia rehabilitadora a nivel comunitario, con dos grados de desarrollo diferentes:

- Centros con presencia física del médico rehabilitador (Tafalla, Lodosa, San Adrián). Asistencia del médico rehabilitador a nivel comunitario, donde puede realizar con eficiencia su función de especialidad de apoyo a la Atención Primaria a nivel comunitario.

- Centros en los que el médico rehabilitador atiende en Centro de Especialidades a los pacientes que se le remiten desde los Centros de Salud (Alsasua, Sangüesa, Elizondo, Lesaka). En nuestro criterio nos encontramos con una medicina centrada en la asistencia y que en relación la incapacidad descuida aspectos preventivos y de promoción de la salud.

5. Urge la realización de unos protocolos consensuados entre los médicos de Atención Primaria y rehabilitadores que incluyan tanto la derivación a nivel especializado de las patologías incapacitantes más prevalentes (hombro doloroso, algias de raquis, fibromialgia etc..) como el manejo tras la fase de hospitalización de patologías como la fractura de cadera o el accidente cerebrovascular.

6. Es necesario consolidar la figura del médico rehabilitador como elemento especializado de apoyo a la Atención Primaria con presencia periódica en los Centros de Salud con Unidades Básicas de Rehabilitación para homogeneizar la asistencia rehabilitadora en todo el ámbito de nuestra Comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍN A, HUGUET M, GARCÍA F. La organización de las actividades en Atención Primaria. En: Doyma Libros, S.A. Atención Primaria.

Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona. 1994: 34-47.

2. Gobierno de Navarra. Análisis descriptivo de Navarra. En: Proyecto de Directrices de Ordenación Territorial. 1997: 33-46.
3. WILSON KG, CRUPI CD, GREENE G, GAULIN-JONES B, DEHOUX E, KOROL CT. Consumer satisfaction with a rehabilitation mobile outreach program. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76: 899-904.
4. Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Recursos para la atención a las personas mayores. En: Plan Gerontológico de Navarra. Modelo de Acción Social para la Tercera Edad. 1997-2000. Pamplona. 1997: 35-55.
5. Servicio de Estadística del Gobierno de Navarra. Estadística de la población de Navarra. 1996.
6. TUDOR J. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412.
7. Servicio de Planificación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Introducción. Cobertura sanitaria. En: ¿Cómo estamos de salud?. Pamplona. 1993: 21-33.
8. GILL HS. The changing nature of ambulatory rehabilitation programs and services in a managed care environment, Arch Phys Med Rehabil 1995; 76 ( Suppl): S10-S15.
9. Quebec Task Force On Spinal Disorders. Approach to the Problem. Spine 1987; 12 ( 7 Suppl ): S9-S21.
10. CHAN L, KOEPESELL T, DEYO R, ESSELMAN P, HASELKORN J, LOWERY J et al . The effect of medicare's payment system for rehabilitation hospitals on length of stay, charges and total payments. N Engl J Med 1997; 337: 978-985.
11. American Physical Therapy Association. Phys Ther 1997; 77: 1163-1650.
12. DEJONG G. Primary Care for persons with disabilities: an overview of the problem. Am J Phys Med Rehabil 1997; 76( Suppl): S2-S8
13. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF). Plan de actuación. En: Acción Médica. Presente y futuro de la rehabilitación en España. Madrid. 1993: 40-44.
14. BLAXTER M. Health services as a defense against the consequences of poverty in industrialized societies. Social Science and Medicine. 1983; 17: 1139-1148.
15. MORA E, FORNER P, CHUMILLAS S, PEÑALVER L. Calidad percibida por el usuario de un servicio de rehabilitación. Rehabilitación 1996; 30: 47-52.

---

*Adendum*

Con posterioridad a la redacción de este artículo, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Navarra ha contratado un médico rehabilitador que se desplaza a los Centros de Salud de Alsasua, Elizondo, Tafalla y Sangüesa para pasar consulta en

el Centro. En nuestro criterio, constituye un paso decisivo para que la equidad en el acceso de las personas discapacitadas a la asistencia rehabilitadora no quede en una mera declaración de intenciones y se cumplan los objetivos previstos por la OMS para el año 2000 en el ámbito de nuestra Comunidad.