

Disminución del absentismo a tratamiento de Fisioterapia en Atención Primaria

Reduction of absenteeism to treatment for physiotherapy sessions at the Primare Care Center

M.^a I. Martínez Sánchez. Fisioterapeuta. Servicio Andaluz de Salud. Albox. España

V. Reche Galera. Fisioterapeuta. Servicio Andaluz de Salud. Mármol. España

A. M. Mesa Ruiz. Fisioterapeuta. Servicio Andaluz de Salud. Los Vélez. España

P. Barroso García. Médica. Sección de Epidemiología del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Servicio Andaluz de Salud. Almería. España

J. Fierro Rosón. Médico. Área de Cuidados Polivalentes. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Servicio Andaluz de Salud. Almería. España

Correspondencia:

M.^a Inmaculada Martínez Sánchez
e-mail: inmasan812@yahoo.es

Recibido: 1 junio 2007
Aceptado: 9 enero 2008

RESUMEN

Objetivo: en 2003 se propusieron unas medidas de intervención para mejorar el absentismo a tratamiento de Fisioterapia en Atención Primaria. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de estas medidas tras haber sido implantadas. *Material y método:* constituimos un grupo de mejora y calculamos, en el primer semestre de 2004, la proporción de sesiones semanales no realizadas por incomparecencia del paciente en tres Zonas Básicas de Salud. Realizamos un gráfico de control de proporciones y analizamos si la variabilidad del proceso estaba bajo control estadístico. Igualmente estudiamos el absentismo en el segundo semestre de 2004 y en el período enero-mayo de 2005, y propusimos una estrategia de intervención que implantamos en enero de 2005. *Resultados:* la evolución que hemos obtenido de las medias expresadas en porcentajes de sesiones no realizadas para cada sala han sido las siguientes: primer semestre de 2004, Los Vélez 13,87, Mármol 9,8 y Albox 10,36; segundo semestre de 2004, Los Vélez 12,56, Mármol 6,89 y Albox 5,9, y período enero-mayo 2005 Los Vélez 8,9, Mármol 5,04 y Albox 3,9. La reducción del absentismo se ha situado en las salas objeto de estudio en un 32,42 %, 48,57 % y 62,35 %, respectivamente. *Discusión:* se ha producido un descenso de la media de absentismo en los dos últimos períodos estudiados y más aún en el tercer período tras la implantación de las medidas de intervención establecidas. *Conclusiones:* considerando los resultados positivos que hemos obtenido, entendemos que se puede valorar su extrapolación a otros ámbitos, fomentando el conocimiento compartido y facilitando el abordaje del mismo problema en otros Distritos Sanitarios.

Palabras clave: Fisioterapia, Atención Primaria, absentismo.

ABSTRACT

Aim: some measures of intervention were proposed to reduce the number of physiotherapy sessions missed at Primary Care Centres in 2003. The objective of this study was evaluate the impact of them. Materials and methodology: an improvement group was formed, and the number of sessions missed by patients was calculated in three Primary Care Centres. A control chart was completed to analyse if the variability of the process was under statistical control. This intervention procedure was initiated in January of 2005. The same methodology was used to calculate the second semester 2004 and the period of January-May of 2005. *Results:* the evolution takes shelter of the averages, expressed in % of sessions

not carried out for each room: for the first semester 2004, Los Vélez 13.87, 9.8 Mármol and Albox 10,36; for the second semester of 2004, Los Vélez 12.56, 6.89 Mármol and 5.9 Albox and period January-May 2005, Los Vélez 8.9, 5.04 Mármol and Albox 3,9. The reduction of absenteeism for physiotherapy sessions which is the object of this study was 32,42 %, 48,57 % and 62,35 % respectively. Discussion: there is a reduction of the average of absenteeism in both last periods studied, furthermore in the third period after the initiation of the intervention established measures have been introduced taken place. Conclusions: with the positive results we've got it is considered that its extrapolation to other areas could be considered, fomenting the shared knowledge and facilitating the posing of the same problem occurring in other Sanitary Districts

Key words: *Physical Therapy Modalities, Primary Health Care, absenteeism.*

INTRODUCCIÓN

Desde la Junta de Andalucía se han puesto en marcha un conjunto de medidas sociosanitarias de apoyo, entre las que destaca el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas ⁽¹⁾. Este plan se desarrolla en actuaciones ⁽²⁾ que mejoran la accesibilidad de los pacientes y cuidadores a los servicios de Rehabilitación y Fisioterapia en su propio entorno, creándose una red de unidades de Fisioterapia y Rehabilitación en los Distritos de Atención Primaria (AP) ⁽³⁾. Para dar respuesta a todo lo anterior, en el Distrito Sanitario de AP Levante-Alto Almanzora de Almería, adscrito actualmente al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería, que es de ámbito rural y atiende una población de 133.388 habitantes, se abrieron siete salas de fisioterapia en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Albox, Mármol, Los Vélez, Vera, Serón, Cuevas del Almanzora y Pulpí.

En las salas de Fisioterapia, la mayor parte de los problemas atendidos son crónicos ^(4,5), como patología de partes blandas, algias vertebrales y patología degenerativa del aparato locomotor, y que por su naturaleza presentan una alta recurrencia, y por tanto, una demanda periódica de consulta. Aunque la Fisioterapia se recomienda como terapia de primera línea para este tipo de afecciones, su eficacia disminuye relativamente como consecuencia del incumplimiento ⁽⁶⁾ de los tratamientos indicados y del absentismo, de ahí la importancia de hacer hincapié en la necesidad de acudir a las citas y seguir las recomendaciones prescritas por el fisioterapeuta ⁽⁷⁾. El cumplimiento a las citaciones es uno de los aspectos menos estudiados hasta la fecha ⁽⁸⁾, quizás debido, entre otros aspectos, a que los comportamientos de los pacientes que acuden a tratamiento son complejos y varían a medida que transcurre el mismo, sin garantía de que seguirán siendo estables durante todo el proceso ⁽⁹⁾.

No obstante, es importante cuantificar el incumplimiento por parte del paciente, ya que afectará de forma

negativa tanto a la evolución de la patología tratada, como a la planificación de las agendas de las salas, lo que distorsiona la organización de la atención, entorpece la relación fisioterapeuta-enfermo y quita tiempo potencial a otros pacientes ⁽¹⁰⁾. Todo ello podría repercutir en la calidad asistencial que se presta.

Algunos autores han cuantificado este absentismo, registrando que un 65 % de los pacientes faltaban parcialmente al tratamiento, y aproximadamente un 10 % no terminaban sus sesiones ⁽¹⁰⁾. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en tres salas de Fisioterapia (Albox, Mármol y Los Vélez) del Distrito Sanitario Levante-Alto Almanzora, cuantificándose en un 61,1 % el incumplimiento de las citas por parte del paciente ⁽¹¹⁾. En general, correspondió a un perfil de paciente entre 45 y 64 años, diagnosticado de patología de partes blandas y derivado a las salas con carácter preferente. Con esta información se propuso una estrategia de intervención basada en información sobre régimen de apertura de las salas, importancia de la asistencia a las citas, distribución de folletos informativos, confirmación de citas mediante llamada de teléfono y reutilización de citas anuladas ⁽¹¹⁾.

El objetivo que nos hemos planteado en este estudio ha sido evaluar el impacto de las medidas de intervención implantadas tras identificar los aspectos que influyen en las pérdidas de sesiones de tratamiento de los pacientes en las salas de Fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODO

En el año 2003 constituimos un grupo de mejora para estudiar y diferenciar las ausencias a tratamiento por parte de los pacientes, debidas a causas externas al funcionamiento de la sala, de las relacionadas con causas internas. Realizamos un primer estudio en tres salas de Fisioterapia del Distrito en el período comprendido desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2004, siendo

las medias de proporción de sesiones no realizadas para cada sala de: Albox 10,36, Mármol 9,8 y Los Vélez 13,87. Dentro de las causas externas encontramos que los períodos con días festivos favorecían el absentismo, mientras que los períodos de inicio de tratamiento suponían mayor asistencia al mismo. Teniendo en cuenta esta información y el perfil general del paciente absentista, hemos propuesto la siguiente estrategia de intervención que implantamos en enero de 2005 ⁽¹¹⁾:

1. Cerciorarnos de que los usuarios conocían los días de apertura de las salas en períodos festivos.
2. Indicación de la importancia de acudir a las citas dirigidas a los pacientes con perfil absentista al inicio y a la mitad de las sesiones prescritas, suministrándoles un folleto informativo.
3. Llamada telefónica a todos los pacientes con dos ausencias consecutivas.
4. Reutilización de las citas de ausencias conocidas previamente.

Posteriormente hemos establecido dos períodos para evaluar el impacto de las medidas propuestas: uno de preintervención, durante el segundo semestre de 2004 en el que estábamos diseñando la estrategia, y otro de posintervención, desde enero a mayo de 2005, registrando la proporción de sesiones de tratamiento de Fisioterapia semanales no realizadas por incomparecencia del paciente, sobre las establecidas en la agenda de las salas de Fisioterapia de esas ZBS. Con estos datos hemos realizado un gráfico de control de proporciones en cada sala, para valorar si el comportamiento del indicador estaba bajo control estadístico, como paso previo para establecer especificaciones de calidad ⁽¹²⁾.

Las series expresan el porcentaje de sesiones no realizadas por incomparecencia del paciente, y alrededor de la línea media (promedio) se definen tres líneas más que representan el promedio ± 1 , 2 y 3 desviaciones estándar. Estas líneas definen también tres zonas, denominadas C (promedio ± 1 desviación estándar), B (entre ± 1 y ± 2 desviaciones estándar) y A (entre ± 2 y ± 3 desviaciones estándar). Las dos líneas más externas se denominan límite de control superior (LCS, promedio + 3 desviaciones estándar) y límite de control inferior (LCI, promedio - 3 desviaciones estándar). La probabilidad de que una medición del indicador resulte fuera de los límites de control es $< 0,01$. Un punto fuera de los límites de control ex-

presa una situación distinta de la esperada, «fuera de control» o puntos *outliers*; pero también la presentación de puntos siguiendo ciertos patrones dentro de las diferentes zonas expresan situaciones «fuera de control». Ambos hechos sólo manifiestan que existen causas especiales no explicadas por el diseño del proceso que medimos y que por lo tanto lo hacen inestable ⁽¹³⁾.

Como fuentes de información hemos utilizado las fichas de derivación del Servicio de Rehabilitación y las hojas de control de asistencia.

RESULTADOS

Tras analizar los gráficos de control de los períodos de preintervención (segundo semestre de 2004) y posintervención (enero-mayo de 2005), observamos que en la ZBS de Albox no había puntos fuera de control en los períodos estudiados. La media de absentismo en la sala descendió desde el 10,36 % inicial hasta el 5,9 % en el segundo semestre de 2004 y hasta el 3,88 % en el período enero-mayo 2005 (fig. 1).

En la ZBS de Mármol no encontramos puntos fuera de control en el período preintervención, y en el de posintervención existe un punto fuera de control en la primera semana que coincide con las fiestas navideñas y la sustitución del profesional por período vacacional.

La media de absentismo también descendió desde el 9,8 % inicial hasta un 6,89 % en el segundo semestre de 2004 y hasta el 5,04 % en el período enero-mayo 2005 (fig. 2).

En el período de preintervención en la ZBS de Los Vélez, encontramos un punto fuera de control en las semanas 12 y 13 debido a período vacacional sustituido. En las semanas 16, 17 y 18 hay 3 puntos en la zona A, justo en el límite de control inferior, que se considera relevante, puesto que disminuye el absentismo por período de inicio de tratamiento de pacientes. En la semana 20 encontramos otro punto fuera de control que también favorece la asistencia a tratamiento y se debe a la misma causa que la anterior. En el período posintervención existen dos puntos fuera de control en las semanas 4 y 9 porque la nieve impidió el desplazamiento de los pacientes a las salas de Fisioterapia. La media de absentismo descendió desde el 13,87 % inicial hasta un 12,56 % en el segundo semestre de 2004 y hasta el 8,1 % entre enero y mayo 2005 (fig. 3).

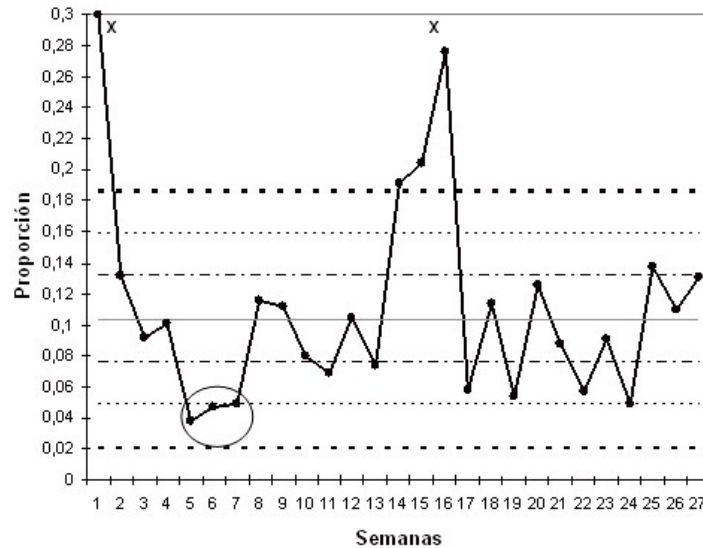


FIG. 1. Proporción de sesiones perdidas Albox.

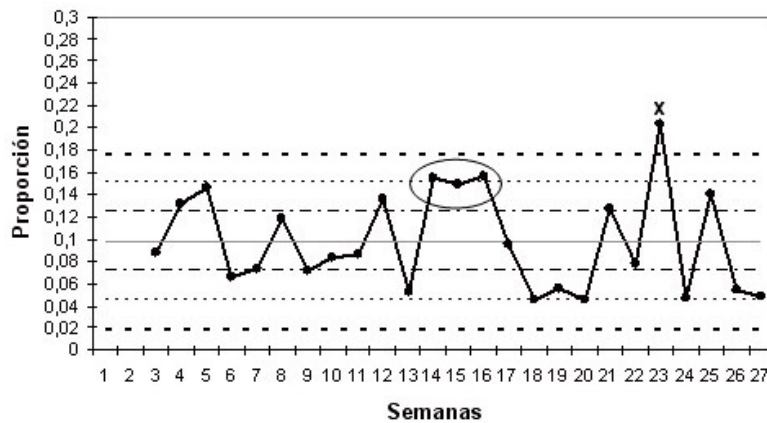
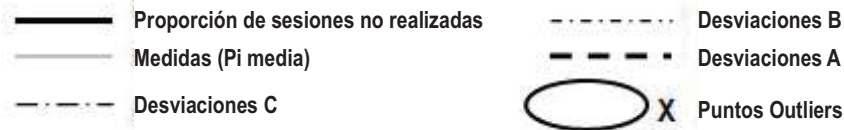


FIG. 2. Proporción de sesiones perdidas Mármol.



DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados obtenidos según metodología establecida por Spoeri (14), observamos que los puntos fuera de control detectados en el período preinter-

vención continúan debiéndose a causas especiales que no se explican por la variabilidad inherente al funcionamiento de las salas de Fisioterapia y se corresponden con causas análogas a las del estudio anterior, tanto las que favorecen la asistencia a las citas de tratamiento como las

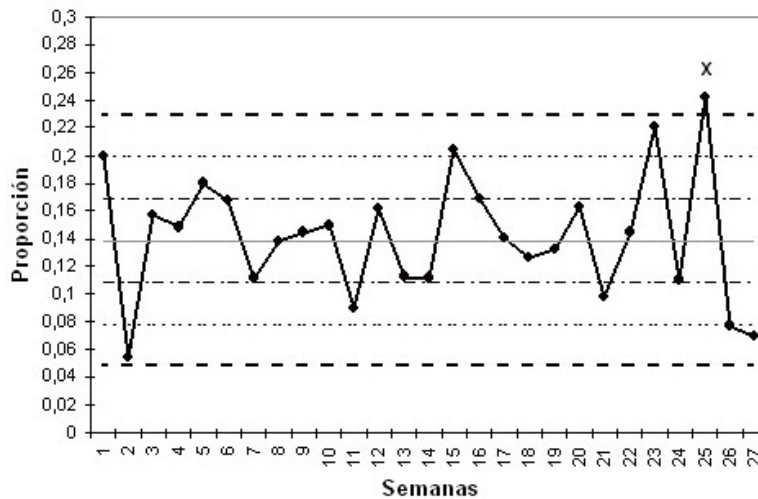


Fig. 3. Proporción de sesiones perdidas Los Vélez.

que implican un mayor incumplimiento ⁽¹¹⁾. El resto de los datos obtenidos de las gráficas de control de proporciones figura dentro de los límites, bajo control estadístico ⁽¹⁵⁾. En el período posintervención sólo existe un valor por encima del LCS en la sala de Mármol, que se explica por corresponder al período de días festivos. Hemos considerado que no representa un fracaso de la primera medida de intervención planteada, ya que la proporción de sesiones perdidas en ese período es menor que la obtenida en la situación de partida y, además, ocurrió cuando el fisioterapeuta encargado del estudio fue sustituido por otro profesional ajeno al mismo, y por tanto, a la implantación de las medidas de mejora. Los puntos fuera de control observados en la sala de Los Vélez se debieron a causas meteorológicas que, además de ser ajenas a la organización de la sala y a la estrategia implantada, no se pueden prever.

En nuestro estudio, la identificación previa de los pacientes con perfil absentista ha contribuido a que se pueda realizar un mejor seguimiento de ellos, mediante la concienciación acerca de la importancia de asistir a sus citas, aspecto ya resaltado por otros autores ⁽⁷⁾ y que apoyan esta estrategia con medidas de educación sanitaria, como ya se ha indicado en otros estudios ^(16, 17).

Aunque diversos autores coinciden en afirmar que los pacientes con patología crónica que no acuden a las citas concertadas no suelen cumplir las indicaciones terapéuticas ^(9, 18, 19), se ha demostrado que la comunicación constante con ellos mejora la satisfacción con la atención recibida en general, aunque siempre depen-

diendo de la dimensión de cada patología ⁽²⁰⁾. En nuestro caso, ante los resultados obtenidos, se ha contribuido a incrementar la adherencia al tratamiento fisioterapéutico, mejorando así su aprovechamiento.

En algunas ocasiones fue necesario llamar por teléfono a los pacientes con dos citas perdidas. En estos casos detectamos que los pacientes relacionaban el seguimiento telefónico con una preocupación del fisioterapeuta por su estado de salud, consiguiéndose una percepción más positiva sobre la eficacia del tratamiento y la necesidad de recibirlo, igual que han indicado otros autores ⁽²¹⁾.

Gracias a esas medidas y a la reutilización de las ausencias a tratamiento advertidas previamente por el paciente, observamos que se ha producido un descenso de la media de absentismo en los dos últimos períodos estudiados, más aún en el período posintervención. Se evidencia, por tanto, un mantenimiento de la mejora conseguida según los resultados de los controles de monitorización realizados ⁽²²⁾, al registrar que tras la implementación de las estrategias de intervención propuestas, el absentismo de los pacientes a las sesiones se redujo un 62,35 % en la sala de Albox, un 48,57 % en la de Mármol y un 32,42 % en la de Los Vélez.

Estas dos últimas salas todavía mantienen un pequeño margen de mejora, intentando modular el impacto de las sustituciones vacacionales en las ausencias, como lo demuestran el punto fuera de control de Mármol y el repunte del absentismo en las semanas de Navidad en Los Vélez.

La comprobación tangible de las mejoras, mediante

los datos obtenidos, es un buen aliciente para demostrar que los esfuerzos en el rediseño y mejora continua de los procesos tienen una repercusión real en la calidad de la práctica cotidiana ⁽²³⁾.

Tal como recomiendan algunos autores ⁽²⁴⁾, el registro y el control del proceso no pueden restringirse a la mera obtención de datos estadísticos por positivos que éstos sean, sino que debe tener una continuidad en el futuro, midiendo de forma periódica, planificada y sistemática la mejora de la calidad obtenida con esta metodología. Los resultados obtenidos de nuestro trabajo relativos al cumplimiento de las indicaciones y el control del absentismo, nos permiten continuar desarrollando controles semestrales. Únicamente en el caso de que detectáramos la existencia de un problema de incumplimiento en monitorización, o bien en caso de producirse cambios estructurales que hagan suponer la aparición de variaciones significativas en los grados de adecuación o en el margen de mejora posible, nos plantearíamos iniciar otros estudios de evaluación con un nuevo ciclo de mejora ⁽²²⁾.

Debemos destacar que el enfoque del presente trabajo es novedoso y que no existen experiencias similares en la literatura relativa al tema que nos ocupa, motivo por el cual este estudio puede suponer un punto de partida de nuevas líneas de investigación. De esta forma, consideramos importante continuar analizando en el futuro el porcentaje de absentismo que se debe a una praxis asistencial no ajustada a las expectativas de los pacientes. Algunos estudios han demostrado que conseguir una asistencia más continuada al tratamiento depende de la percepción por parte del paciente de sus propios síntomas, de la eficacia del tratamiento, de la capacidad de incorporar las recomendaciones aprendidas a su vida diaria y del apoyo del fisioterapeuta ⁽⁶⁾. Pero siendo el incumplimiento en Fisioterapia un hecho común ^(6, 25), no existen estudios que valoren hasta qué punto influye la eficacia del tratamiento sobre este fenómeno. Campbell y cols. reflexionan en este sentido sobre si es más útil estudiar la eficacia de un tratamiento cuando el paciente lo cumple, o si es más rentable estudiar su eficacia considerando aspectos del absentismo más generales ⁽⁶⁾.

CONCLUSIONES

Consideramos que el método desarrollado en

nuestro servicio, de evaluación, control y registro de la proporción de sesiones perdidas por parte del paciente, resulta de utilidad para mejorar el sistema, para comparar con futuras evaluaciones, para conocer la importancia del mencionado problema del absentismo, así como de sus principales causas y su evolución.

Hemos demostrado que es posible disminuir el absentismo de los pacientes en las salas de Fisioterapia de atención primaria mediante las medidas de intervención propuestas y a la vez hemos iniciado una metodología de calidad en el trabajo diario, que aumenta la implicación de los profesionales en la gestión y repercute en la mejora de la satisfacción por parte de los fisioterapeutas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2002; 52: 7127-34.
2. Decreto 7/2004 de 20 de enero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2004; 15: 1895-6.
3. Orden de 9 de marzo de 2004 por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 56: 7043-7050, 2004.
4. Hagglund KJ, Clark MJ, Milton SA, Hewett JE. Access to healthcare services among persons with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. LWW online. 2005; 84 (9): 702-11.
5. Rijken PM, Dekker J. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach. Clin Rehabil. 1998; 12 (2): 143-50.
6. Campbell R, Evans M, Tucker M, Quilty B, Dieppe P, Donovan JL. Why don't patients do their exercises? Understanding non-compliance with physiotherapy in patients with osteoarthritis of the knee. J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 132-8.
7. Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, González Pérez R. La dimensión educativa de la fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. Fisioterapia. 1997; 19: 63-74.
8. Negro JM, Guerrero M, Campuzano FJ, Bernal T, Pelliçer F, Murcia MC, et al. Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de Alergología. Alergol Inmunol Clin. 2002; 17: 295-302.

9. Basset SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy*. 2003; 31: 60-6.
10. Macharia WN, León G, Rowe BH, Stephenson B, Haynes B. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *JAMA*. 1992; 267: 1813-7.
11. Mesa Ruiz A, Martínez Sánchez I, Reche Galera V, Barroso García P, Fierro Rosón J. Propuesta de medidas de intervención para gestionar las ausencias de pacientes en salas de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2007; 29: 5-11.
12. Ishikawa K. Preparación y uso de los gráficos de control. En: Ishikawa K. *Introducción al control de calidad*. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1994, p. 163-219.
13. Saturno PJ. Gráficos de control. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 22. Universidad de Murcia, 2001.
14. Spoeri RK. El examen de datos. En: Longo DR, Bohr D. *Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica*. Barcelona: SG Editores SA; 1994. p. 121-78.
15. Consejería de Salud. Control y mejora continua de los Procesos Asistenciales Integrados. En: Consejería de Salud. *Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales*; 2001. Sevilla: p. 83-96.
16. Martínez Rodríguez A, Fernández Cervantes R, Medina, Mirapeix F, Raposo Vidal I, Viñas Diz S, Chouza Insua M. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. *Fisioterapia*. 2002; 24: 90-6.
17. Medina F, Brotons J, Manrique J. Comparative study on the influence of health education on perceived recurrences after physiotherapy. *Aten Primaria*. 1995; 16 (8): 464-8.
18. Javors JR, Bramble, JE. Uncontrolled chronic disease: patient non-compliance or clinical mismanagement? *Dis Manag*. 2003; 6: 169-78.
19. Abellan J, Leal M, García-Galbis JA. Papel de la Atención Primaria en el control de la presión arterial. *Hipertensión*. 1999; 16: 147-54.
20. Thorne SE, Harris SR, Mahoney K, Con A, McGuinness L. The context of health care communication in chronic illness. *Patient Educ Couns*. 2004; 54: 299-306.
21. García M, Fernández E, Schiaffino A, Peris M, Borrás JM, Nieto FJ. Phone tracking in a follow-up study. *Soz Praventivmed*. 2005; 50: 63-6.
22. Andreo JA, Barrio M, Ramos RM, Torralba M, Herrero F, Saturno PJ. Evaluación, mejora y monitorización de la adecuación de ingreso y estancia en Medicina Interna con el muestreo de aceptación de lotes. *Rev Calidad Asistencial*. 2000; 15: 88-92.
23. González I, Lorente MF, Vázquez MA, Crespo C, Navarro M, Uris J. Rediseño de procesos y evaluación de indicadores de tiempo de respuesta para la mejora de la calidad en radiodiagnóstico. *Rev Calidad Asistencial* 15. 2000; 402-407.
24. Saturno PJ. Control estadístico de la calidad. Gráficos de desarrollo. Manual del Máster en Gestión de Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 4: métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad temática 21. Universidad de Murcia, 1999.
25. Ingrid Nygaard, MD. Nonsurgical treatments for stress urinary incontinence in women currents 2001. vol. 2, nº 1. URL: <http://www.uihealthcare.com/news/currents/vol2issue1/index.html>. Última actualización: mayo 2006.

