

CONOCIMIENTO SOBRE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LOS MÉDICOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILEⁱ

PHYSICIAN KNOWLEDGE OF PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM, METROPOLITAN REGION, CHILE

RESUMEN

Más de mil millones de personas viven en el mundo en situación de discapacidad. La Medicina Física y Rehabilitación (MFR) o Fisiatría es la especialidad médica que con un enfoque transdisciplinario es responsable de la prevención, diagnóstico y tratamiento rehabilitador de las personas en situación de discapacidad (PSD). La literatura internacional reporta que un importante número de personas en situación de discapacidad no han recibido el manejo y soporte adecuados, pudiendo ello deberse en parte a la falta de conocimientos de los médicos sobre los alcances de la MFR.

Objetivo: Explorar el conocimiento existente respecto a la especialidad MFR entre los médicos que trabajan en el sistema público de salud (SPS) de la Región Metropolitana (RM) de Chile.

Método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta confeccionada y validada para explorar el conocimiento de los médicos sobre la MFR en 27 centros de salud de la RM.

Resultados: 131 médicos de diferentes especialidades contestaron la encuesta. El 24,07% de los pacientes por ellos atendidos correspondía a PSD. El 39,7% de los encuestados respondió "nunca" derivar pacientes al médico fisiatra y el 74,8% reconoció no estar completamente interiorizado sobre las áreas que involucra la MFR.

Conclusión: El conocimiento sobre la MFR entre los encuestados es parcial. Áreas específicas del quehacer del fisiatra y algunas instituciones en las cuales trabajan son desconocidas. Un importante número de pacientes podría no estar recibiendo oportunamente evaluación fisiátrica y tratamiento rehabilitador, perpetuando o incluso agravando la condición inicial. Se deben crear mecanismos de difusión de esta rama médica en los equipos de salud para un mejor conocimiento e integración de la rehabilitación en Chile.

Palabras clave: discapacidad, medicina física y rehabilitación, sistema público de salud.

(i) Trabajo recibido 29 de julio 2015; aceptado para su publicación 9 de diciembre 2015.

DALILA SALGADO
Médico Residente
Servicio de Medicina
Física y Rehabilitación
Hospital Clínico,
Universidad de Chile
Santiago, Chile
dalilasalgado@yahoo.com

LORENA BERNA
Médico Fisiatra
Instituto Nacional de
Rehabilitación Pedro
Aguirre Cerda
Santiago, Chile

ABSTRACT

More than one billion people in the world live with a disability. Physical Medicine and Rehabilitation (PMR), or Physiatry, is a medical specialty with a transdisciplinary approach that is responsible for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of people with disabilities (PD). The international literature reports that a significant number of people with disabilities have not received proper handling and support; this may be partly due to lack of knowledge concerning PMR.

Objective: *To explore the existing knowledge of PMR among physicians working in the public health system (PHS) of the metropolitan region (MR), Chile.*

Method: *Descriptive cross-sectional study. A validated survey was applied to physicians in 27 health centers in the MR.*

Results: *131 physicians from different specialties responded to the survey: 24.07% of their patients corresponded to PD. 39.7% of respondents answered they “never” refer patients to the physiatrist and 74.8% admitted not being completely familiar with the areas involved in PMR.*

Conclusion: *Knowledge about PMR among respondents is partial. Specific areas of the physiatrist’s role and institutions in which they work at are unknown. A significant number of patients might not be receiving opportune physiatric evaluation and rehabilitation, possibly perpetuating or even exacerbating their initial condition. Mechanisms for disseminating this medical branch among health teams should be created for a better understanding and integration of rehabilitation in Chile.*

Keywords: disability, physical medicine and rehabilitation, public health system.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “uno de los mayores desafíos del siglo XXI será prevenir y retrasar las enfermedades y discapacidad, manteniendo la movilidad, independencia y calidad de vida en una población mundial que envejece”.¹

Se estima que más de mil millones de personas viven en el mundo en situación de discapacidad, lo que corresponde aproximadamente al 15% de la población.² En Chile la prevalencia de discapacidad el año 2004 fue de un 12,9%,³ así también la encuesta nacional de salud 2010 evalúa la discapacidad explorando 8 dominios de funcionalidad, entre ellos el dominio de movilidad, que evidencia que un 8,8% presenta moderada dificultad para desplazarse, un 4,6% mucha dificultad y el 1,1% no logra hacerlo.⁴ Frente a este panorama es claro el trascendente rol que cobra el médico fisiatra y la rehabilitación.

La Medicina Física y Rehabilitación (MFR) también llamada Fisiatría, surge como

especialidad a comienzos del siglo XX en Estados Unidos,^{5, 6} y es reconocida por la OMS en 1968 como una especialidad médica independiente.^{5, 7} En Chile se inicia la formación de residentes a partir de 1964 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh).⁵

La MFR es responsable de la prevención, diagnóstico y tratamiento rehabilitador de las personas en situación de discapacidad (PSD) en todas las edades.^{5, 8} Su principal enfoque es la restauración máxima de la función,⁹ optimizando la participación y mejorando la calidad de vida.^{10, 11, 12} Una característica fundamental de su accionar es el trabajo transdisciplinario, que implica la creación de equipos de rehabilitación con diferentes profesionales y técnicos hacia objetivos comunes con estrategias consensuadas.¹³ Estudios han demostrado resultados clínicos superiores en diversas patologías tratadas en unidades transdisciplinarias lideradas por un especia-

lista en MFR, en comparación con otras opciones de tratamiento.¹³

En Chile el acceso a rehabilitación es bajo, como lo demuestra el primer estudio nacional de discapacidad, donde se evidencia que solo el 6,5% de PSD tiene acceso a rehabilitación.³ Dicha problemática ha sido abordada por las políticas de salud pública para aumentar la capacidad de respuesta de la red en todos sus niveles a las necesidades de rehabilitación de sus usuarios.¹⁴ A nivel de atención primaria de salud (APS) bajo un enfoque biopsicosocial, se conformaron los centros comunitarios de rehabilitación, cuyo equipo básico incluye kinesiólogo y terapeuta ocupacional.¹⁴ La atención fisiatría se concentra a nivel hospitalario tanto cerrado como abierto, desde la unidad de paciente crítico hasta la atención en policlínico. Sin embargo el número de profesionales sigue siendo inferior a la necesidad.¹⁵ La Superintendencia de Salud registra solo 180 fisiatras a nivel nacional.¹⁶

Sumado al déficit de especialistas,¹⁵ la literatura reporta que un importante número de PSD no ha recibido el manejo y soporte adecuados, en parte debido a la falta de conocimientos de los médicos sobre los alcances de la MFR;¹⁷ de hecho la falta o tardía derivación genera complicaciones y menores alternativas rehabilitadoras.¹⁷ Por lo tanto, debido al creciente número de PSD y a la existencia de un médico formado para resolver las necesidades integrales de esta población, es imperioso que dicho profesional y sus intervenciones sean reconocidas e incorporadas a la práctica clínica.

Escasa literatura ha abordado el tema intentando plasmar el conocimiento tanto de alumnos de medicina como de médicos sobre las áreas del quehacer del fisiatra, sus procedimientos y criterios de derivación. Con este propósito en 1998 Kirshblum y cols. realizan una encuesta a estudiantes de medicina en Estados Unidos que demuestra marginales conocimientos sobre la especialidad.¹⁸ Así también, Raissi y cols. en Irán y Hettle y cols. en Estados Unidos aplicaron encuestas a 143 médicos generales¹⁹ y 170 médicos de familia, respectivamente,²⁰ evidenciando ambos una autopercepción de pobres conocimientos, es-

pecialmente sobre patología musculoesquelética y ayudas técnicas. Por su parte, Dénes y cols. durante el 2012, en Hungría, publican los resultados de una encuesta aplicada a 40 médicos especialistas y 42 estudiantes de medicina de un hospital que contaba con un servicio de rehabilitación. Los resultados también dejan al descubierto el escaso dominio sobre el área.²¹ Por tanto, el propósito del presente estudio es explorar el conocimiento que existe respecto de la especialidad MFR en los médicos que trabajan en el sistema público de salud (SPS) de la Región Metropolitana (RM) de Chile.

MATERIALES Y MÉTODO

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal, para el cual se creó una encuesta autoadministrada y anónima con el objetivo de explorar el conocimiento sobre la especialidad MFR en los médicos del SPS de la RM.

La validación del instrumento cursó dos etapas: una validación del contenido, donde un comité de expertos formado por cuatro fisiatras con más de 10 años de experiencia, evaluó las preguntas en relación a las variables de interés de la investigación, y una validación semántica, donde 30 participantes voluntarios del HCUCh respondieron la encuesta (9 alumnos de quinto año de medicina, 9 internos de medicina y 12 médicos residentes de diferentes especialidades).

Finalmente el instrumento incorporó 14 preguntas con respuestas ordinales, nominales y razones, las cuales agruparon las variables en cuatro áreas de exploración:

- Caracterización del encuestado: universidad de origen, años de profesión, lugar de trabajo, especialidad y población atendida.
- Porcentaje de PSD y patologías subsidiarias de rehabilitación.
- Discriminación de las áreas del quehacer del fisiatra, formación y auto-percepción de conocimiento sobre la especialidad.
- Reconocimiento de lugares de trabajo

del fisiatra, frecuencia de derivación y posibles factores determinantes.

El universo correspondió a médicos cirujanos pertenecientes al SPS de la RM de Chile. Se seleccionó dicho universo porque concentraba el 57,8% de los médicos del país, donde existen 13.308 médicos en la red pública de salud, los cuales presentan el mayor número de beneficiarios por profesional.¹⁵

Los criterios de inclusión fueron ser médico cirujano del SPS de la RM y los de exclusión correspondieron a fisiatra o residente de MFR.

Se aplicó el instrumento entre los meses de agosto y diciembre del año 2012 a una muestra del universo. La recolección de datos se realizó en terreno con encuestas impresas. El método de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y estratificado en hospitales y centros de APS, analizándose solo las encuestas que fueron respondidas en más de un 50%.

Los resultados se codificaron y cuantificaron en el programa Statistical Package for Social Science de IBM (SPSS) en su versión 19 en español. Para el análisis de datos se empleó la estadística descriptiva de las variables, resultando un análisis por frecuencia, porcentajes, media y desviación estándar (DS). En el análisis inferencial se empleó la prueba no paramétrica χ^2 (chi cuadrado) para asociaciones entre dos variables nominales u ordinales. Se trabajó con un alpha de 0.05 como nivel de significancia estadística.

RESULTADOS

Un total de 150 encuestas fueron distribuidas, de las cuales 134 (89,3%) retornaron. Dos encuestas fueron excluidas por haber sido respondidas en menos de un 50% y una tercera por ser contestada por un fisiatra. Finalmente, 131 encuestas (87,5%) fueron analizadas.

Los resultados se presentan a continuación categorizados en función de las áreas exploradas:

Caracterización de los encuestados (Tabla 1)

Las encuestas fueron distribuidas en 27 establecimientos, 13 (48,1%) correspondieron a establecimientos hospitalarios y 14 (51,8%) a centros de APS. De los encuestados, 88 (67,2%) pertenecían a hospitales y 43 (32,8%) a APS. El promedio de encuestas por establecimiento fue de 4,8 con una desviación estándar (DS) de 3,6.

Los encuestados realizaron sus estudios de pregrado en 14 diferentes universidades chilenas. El orden de frecuencia fue Universidad de Chile, 50 encuestados (38,2%); Pontificia Universidad Católica de Chile, 14 (10,7%) y Universidad de Santiago de Chile, 13 (9,9%); y 11 (8,4%) correspondieron a médicos extranjeros.

En cuanto a la experiencia profesional, la mayoría de los facultativos perteneció a las categorías de entre 2 a 5 años y 5 a 10 años de experiencia. Los médicos especialistas fueron 48 (36,6%); 52 (39,7%) correspondieron a médicos que cursaban programas de especialización (médicos becarios) y 31 (23,7%), a médicos generales. Los especialistas pertenecían a 22 diferentes áreas médicas y los médicos becarios a 14 diferentes programas de formación.

El grupo etario mayormente atendido por los médicos pertenecía al segmento adultos. Finalmente, 72 encuestados (55%) declararon haber recibido clases de MFR durante el pregrado.

Porcentaje de PSD y patologías eventualmente subsidiarias de rehabilitación

El porcentaje de PSD atendidos tuvo una media de 24,07% (DS 23,4); la moda correspondió a 10%.

Los encuestados evaluaban en promedio un 31,7% de pacientes con dolor musculoesquelético no quirúrgico y un 18,6% de enfermedades neuromusculoesquelética o secuelas de patologías reumatológicas, neurológicas y/o traumáticas.

Tabla 1: Caracterización de la muestra

Encuestados por especialidad	Frec	%	Centros asistenciales	Frec	%
Medicina General	31	23,7	CESFAM	20	15,3
Médicos realizando especialidades (becarios)	5	3,8	Consultorio La Bandera	1	0,8
Bec cirugía general	2	1,5	Hospitales	71	54,2
Bec cirugía infantil	3	2,3	Instituto Psiquiátrico Horwitz	5	3,8
Bec inmunología clínica	5	3,8	Instituto Traumatológico	4	3,0
Bec medicina familiar	9	6,9	Posta Central	8	6,1
Bec medicina interna	6	4,6	SAPU	22	16,8
Bec neurología	2	1,5	Total	131	100
Bec neuropediatría	3	2,3			
Bec pediatría	5	3,8	Años de práctica profesional	Frec	%
Bec psiquiatría	3	2,3	Menos de 2 años	13	9,9
Bec reumatología	6	4,6	Entre 2 y 5 años	44	33,6
Bec traumatología y ortopedia	1	0,8	Entre 5 y 10 años	41	31,3
Otras especialidades	3	2,4	Entre 10 y 15 años	11	8,4
Total	52	39,7	Más de 15 años	21	16,0
			Perdidos	1	0,8
Médicos especialistas			Total	130	100
Anestesiología	3	2,3			
Cirugía general	4	3,1	Grupo etario atendido	Frec	%
Cirugía pediátrica	1	0,8	Niños	22	16,8
Cirugía vascular	1	0,8	Adultos	48	36,6
Coloproctología	1	0,8	Adultos y adultos mayores	30	22,9
Geriatría	1	0,8	Niños, adultos y adultos mayores	23	17,6
Ginecología y obstetricia	1	0,8	Total	131	100
Infectología	1	0,8			
Medicina familiar	4	3,1			
Medicina interna	5	3,8			
Neurología	2	1,5			
Neuropediatría	3	2,3			
Oftalmología	1	0,8			
Pediatría	4	3,1			
Psiquiatría	3	2,3			
Radiología	1	0,8			
Reumatología	6	4,6			
Traumatología infantil	2	1,5			
Traumatología y ortopedia	1	0,8			
UCI adultos	1	0,8			
UCI pediátrica	1	0,8			
Urología	1	0,8			
Total	48	36,6			
TOTAL	131	100			

Frec: frecuencia; %: porcentaje del total de la muestra;
bec: médico becario; perdidos: pregunta no contestada.

Gráfico 1a: Discriminación de las áreas del quehacer del médico fisiatra

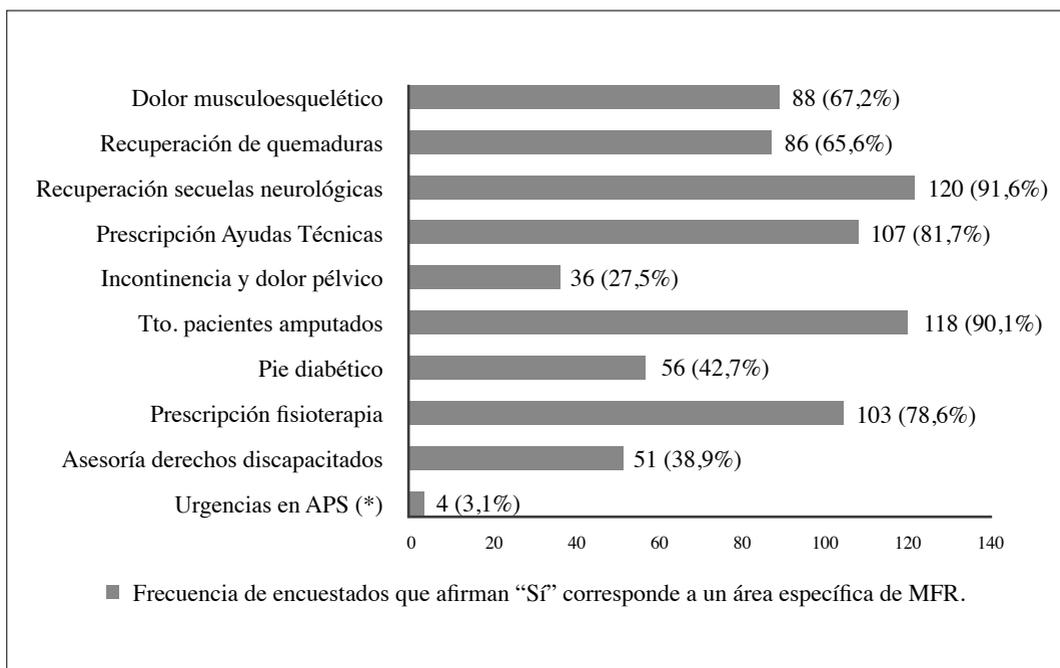
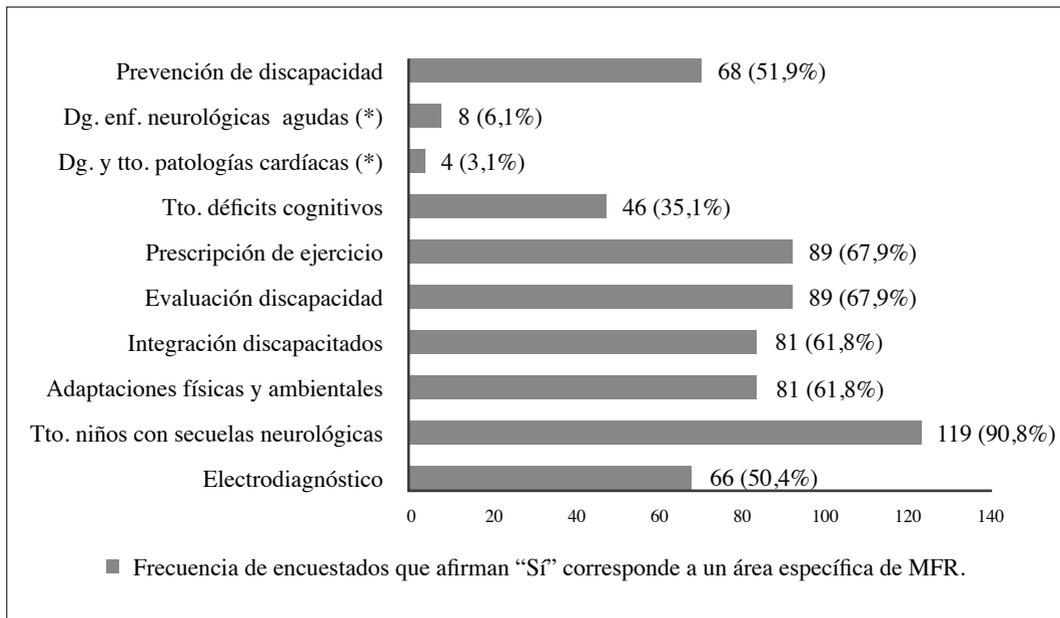


Gráfico 1b : Discriminación de las áreas del quehacer del médico fisiatra



Los gráficos 1a y 1b detallan el número y porcentaje de médicos que respondió que dicha área corresponde a un quehacer específico del especialista en MFR. Eje Y corresponde a las intervenciones médicas propuestas como específicas del fisiatra, y el Eje X a la cantidad de encuestados que respondieron "Sí" es un área específica.

Tto: tratamiento; Dg: diagnóstico; Enf: enfermedades; (*): distractor (área de la medicina que no corresponde a una competencia específica del especialista en MFR).

Gráfico 2a: Reconocimiento de instituciones que cuentan con médicos fisiatras

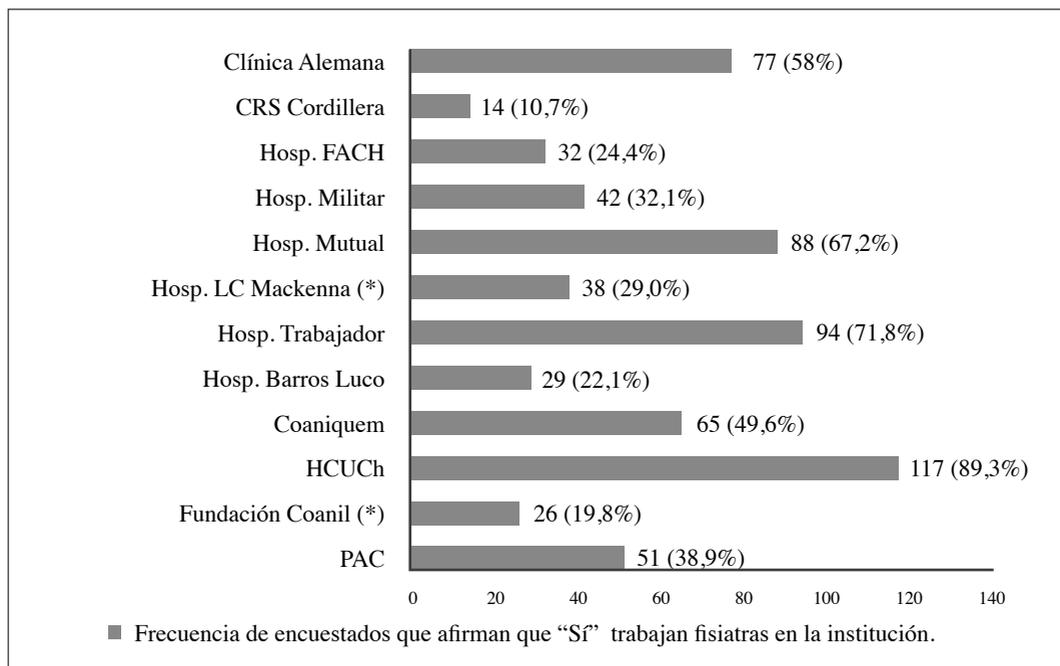
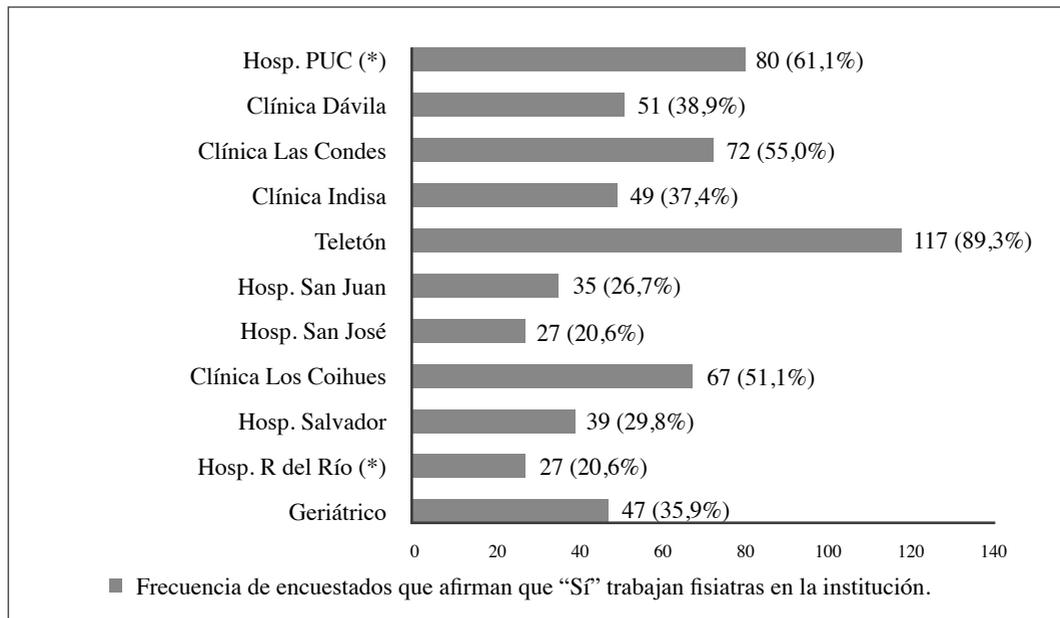


Gráfico 2b: Reconocimiento de instituciones que cuentan con médicos fisiatras



Los gráficos 2a y 2b describen la frecuencia en que los médicos consideraron que el establecimiento "Sí" contaba con fisiatras entre sus funcionarios, desde una lista de instituciones de salud pública y privada de la RM. El eje Y muestra las instituciones a discriminar y el eje X corresponde a la cantidad de encuestados que respondieron que "Sí" la institución contaba con especialistas en MFR.

Hosp: Hospital; CRS: Centro de Referencia de Salud; HCUCH: Hospital Clínico Universidad de Chile; PAC: Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda; (*): Distractor (institución que no cuenta con médicos especialistas en MFR).

Discriminación de las áreas del quehacer del fisiatra y autopercepción de conocimiento sobre la especialidad

Los gráficos 1a y 1b expresan en porcentajes las respuestas afirmativas a la pregunta ¿cuáles de las alternativas corresponden a áreas específicas del quehacer del médico especialista en MFR?

En relación al mismo tema, 98 encuestados (74,8%) se mostró en desacuerdo o totalmente en desacuerdo frente a la afirmación “los médicos conocemos perfectamente las áreas médicas que involucra la especialidad MFR”; en contraste, 31 (23,7%) médicos respondieron de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Reconocimiento de los lugares de trabajo del médico fisiatra y frecuencia de derivación

Los gráficos 2a y 2b describen la frecuencia en que los médicos consideraron que el establecimiento “sí” contaba con fisiatras entre sus funcionarios, desde una lista de instituciones de salud pública y privada de la RM.

En relación a la pregunta sobre la existencia de fisiatras en su lugar de trabajo, 32 encuestados (24,4%) respondieron afirmativamente, 74 (56,5%) dijeron que no contaban con el recurso y 25 (19,1%) lo desconocían.

Finalmente, 52 encuestados (39,7%) respondieron “nunca” realizar derivaciones o interconsultas al especialista en MFR (Gráfico 3). Sin embargo, frente a la afirmación “si existiera un servicio de rehabilitación en mi lugar de trabajo, con médicos fisiatras, les derivaría pacientes frecuentemente”, 126 encuestados (96,2%) respondieron “de acuerdo o totalmente de acuerdo”.

En el análisis inferencial se asoció la variable “frecuencia de derivación” con “haber cursado clases de MFR” en el pregrado, con “presencia de fisiatra en el lugar de trabajo” y con “tipo de establecimiento” (hospital v/s APS). La prueba χ^2 resultó no significativa para las tres asociaciones. Sin embargo, la asociación entre la variable “realización de interconsultas” con “presencia de médicos rehabilitadores en el centro asistencial” sí resultó significativa con un nivel de significancia de 0,02 (p:0,02).

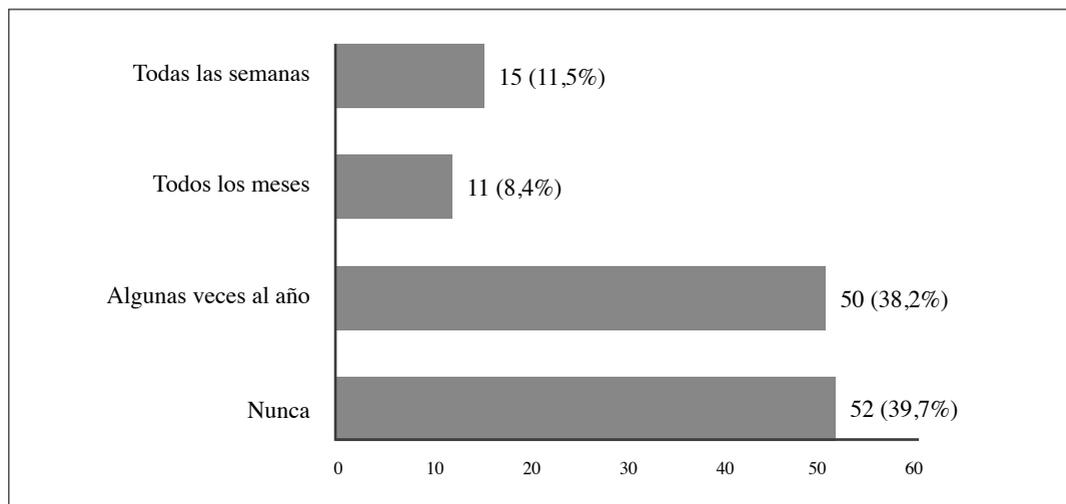
DISCUSIÓN

La recolección de datos fue realizada con una encuesta anónima y autoadministrada; dicha modalidad es la utilizada en estudios similares.^{18, 19, 21} De la misma manera, el número de participantes reclutados se asemeja a la población de otros trabajos que va desde 170²⁰ hasta 54 encuestados.¹⁸ Una diferencia interesante del presente estudio radica en el amplio espectro de establecimientos incluidos, abarcando hospitales y centros de APS. Esto contribuye a obtener diversidad de especialistas, incluyendo desde médicos generales a subespecialidades con un total de 23 áreas médicas. Esta heterogénea población contrasta con la de otros estudios que se han centrado en poblaciones menos diversas, limitándose a médicos de familia,²⁰ médicos generales¹⁹ o estudiantes de medicina.^{17, 18} Dénes Z y cols., en la búsqueda de un mayor espectro de participantes, incluyeron a estudiantes de medicina y especialistas en ortopedia, neurología y neurocirugía, pero de un único establecimiento.²¹ La diversidad de instituciones y áreas médicas podría brindar a este estudio una imagen más global del conocimiento de los médicos sobre la fisiatría.

Es sabido que aproximadamente el 15% de la población mundial corresponde a PSD.² Dicha cifra concuerda con los resultados de Raissi y cols., donde el 56,8% de los médicos generales declara haber atendido al menos una PSD en el último mes y un 11% a más de 10 en el mismo período.¹⁹ Los encuestados del presente trabajo atienden en promedio un 24,07% de PSD. Este valor algo superior a la literatura se podría explicar por la amplia disparidad de valores extremos, como también al importante número de residentes y especialistas de reumatología, neurología y traumatología que suelen recibir PSD.

Continuando la línea investigativa, se sabe que las PSD se encuentran con diferentes barreras en su interacción con los sistemas de salud, entre ellas las físicas, actitudinales y de experticia.²² La literatura es clara en dar cuenta de las debilidades existentes en la formación en MFR de las escuelas de medicina, siendo en general el conocimiento impartido

Gráfico 3: Frecuencia de interconsultas o derivación de pacientes al médico fisiatra



insuficiente y fragmentado.^{23,24} Raissi y cols. reportan que un 84,6% de los encuestados no estudió sobre discapacidad en el pregrado; de hecho actualmente existen limitados programas que ofrezcan rotaciones prácticas por fisiatría en Estados Unidos.^{17,19} Por su parte, Dénez y cols. destacan que la mayoría de los médicos especialistas encuestados había obtenido sus conocimientos en rehabilitación por autoformación y en segundo lugar durante sus estudios universitarios.²¹ Por ello algunos autores destacan la fuerte necesidad de implementar contenidos de rehabilitación en los programas de formación de todos los miembros del equipo de salud.^{24,25} En el presente estudio un importante número de participantes declaró haber recibido clases de MFR durante el pregrado. Esta discrepancia con la literatura se podría explicar por la cantidad de encuestados de la Universidad de Chile y Universidad de Santiago de Chile, que cuentan con cátedras de la especialidad y también a que la pregunta tiene una respuesta dicotómica (sí o no), sin especificar si el profesional participó de una clase, varias o un ramo, no profundizando en el grado de este conocimiento.

La rehabilitación es una estrategia fundamental en salud, la claridad sobre su necesidad e importancia evita tratamientos descoordinados, deficientes y/o tardíos.²⁵

Diferentes trabajos resaltan el escaso conocimiento de la población médica sobre los alcances de la MFR,¹⁷ constatando déficits en algunos conceptos básicos como también en áreas del quehacer y criterios de derivación.²¹ En la presente investigación destaca el desconocimiento del rol del médico fisiatra en áreas tales como el manejo conservador de la incontinencia y dolor pélvico, tratamiento de déficits cognitivos, prevención y manejo del pie diabético. Esto se correlaciona con el alto porcentaje de médicos que reconoce no estar interiorizado completamente sobre las áreas que involucra la especialidad. Un estudio similar reportó que solo la mitad de los encuestados respondió correctamente sobre las competencias del médico rehabilitador.²¹ Algunas áreas, como la recuperación de secuelas neurológicas –tanto en adultos como en niños–, el tratamiento de pacientes amputados y la prescripción de prótesis, son altamente reconocidos como competencias del fisiatra. Esto se podría relacionar con el importante número de literatura que aborda la neurorrehabilitación y la campaña televisiva que realiza el Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón en Chile.

Con respecto al reconocimiento de los lugares que cuentan con médicos especialistas en MFR, resulta preocupante que menos de la mitad afirme que en el Instituto Nacional de

Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda trabajan fisiatras y que un número todavía menor esté en conocimiento sobre la existencia de fisiatras en su lugar de trabajo. Por el contrario, existen instituciones bien reconocidas como el Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón y el HCUCh. Es de extrema relevancia que los médicos conozcan los posibles centros de derivación de sus pacientes, y más importante aún, que estén en conocimiento acerca de la existencia de especialistas en su lugar de trabajo para realizar una derivación oportuna.¹⁹

En cuanto a las derivaciones o interconsultas, la mayoría afirma que de contar con un servicio de rehabilitación en su centro asistencial, derivaría frecuentemente pacientes. Esto contrasta con el 39,7% que refiere “nunca” realizar derivaciones al especialista en MFR. Lo anterior se podría explicar por la poca claridad sobre los criterios de derivación y/o el desconocimiento o falta del recurso fisiátrico. Estudios en otros países postulan que la escasa derivación podría contribuir a la subutilización de recursos, generando PSD que no reciben atención.²¹ De hecho, centros asistenciales que cuentan con fisiatras enfatizan lo imprescindible que resultan sus intervenciones,²⁶ existiendo un alto grado de interés en el equipo médico por contar con ellos como interconsultores, debido a la importante satisfacción que tienen con sus tratamientos.²⁷

Otras variables analizadas en la búsqueda de factores que pudieran influir sobre la derivación o en la frecuencia de ella, fueron el haber recibido clases de rehabilitación en el pregrado, la presencia de médico fisiatra en el centro de salud y el tipo de establecimiento en el cual se trabaja (hospital versus APS). En este estudio solo resultó significativa la asociación entre la presencia de fisiatras en el centro asistencial y la realización de interconsultas; ello se podría deber a que la muestra sigue siendo limitada para establecer fuertes asociaciones estadísticas, pese a superar en número a estudios similares.

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede mencionar el tipo de muestreo. Lamentablemente resulta difícil conocer el universo exacto de médicos del sistema público

de la RM durante el tiempo de recogida de datos, ya que se trata de una población altamente fluctuante por el dinamismo laboral, lo que restringe otros métodos de muestreo. Sin embargo el amplio número de establecimientos y participantes podría otorgar una ventaja por la diversidad que representa.

Pese a las limitaciones, el presente trabajo explora esta interesante temática por primera vez en Chile, permitiéndonos una visión muy general del grado de conocimiento que existe sobre esta “joven” área de la medicina, y sienta las bases de futuros estudios que profundicen en la especialidad, el equipo rehabilitador y su interacción con las distintas ramas médicas. La información recabada en este trabajo contribuye a concienciar sobre la necesidad de conocer los alcances de esta disciplina para la correcta y oportuna atención de PSD.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de los médicos encuestados del sistema público de la RM de Chile, sobre la especialidad de MFR, es incompleto. Algunas áreas como la recuperación de secuelas neurológicas son bien conocidas, mientras que otras como la prevención y manejo de pie diabético son por lo general ignoradas. De la misma manera, existe un conocimiento parcial de los lugares donde trabajan médicos rehabilitadores; establecimientos como el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda son desconocidos, mientras que otros como el Instituto de Rehabilitación Infantil Teletón y el HCUCh son bien reconocidos. Finalmente, la frecuencia de derivación informada por los médicos es muy baja en relación al porcentaje de PSD reportados. Esto nos lleva a pensar en el importante número de pacientes que no estaría recibiendo las prestaciones que necesita, quizás por desconocimiento de los médicos respecto de los centros de derivación. Es necesario generar mecanismos de difusión que aumenten el conocimiento sobre la especialidad en pre y posgrado, junto con una mayor integración de los equipos rehabilitadores en los centros asistenciales.

REFERENCIAS

1. Ebenbichler G, Kersch-Schindl K, Brockow T, Resch KL. The future of physical & rehabilitation medicine as a medical specialty in the era of evidence-based medicine. *Am J Phys Med Rehabil*, 2008; Ene. 87: 1-3.
2. Organización Mundial de la Salud. *Resumen Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra, Suiza: OMS, 2011; p. 7.
3. Fondo Nacional de la Discapacidad (Chile). *Primer estudio nacional de la discapacidad*. ENDISC-CIF 2004. Chile: FONADIS, 2005; p. 3.
4. Chile. Ministerio de Salud; Pontificia Universidad Católica de Chile. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo II: Resultados*. Capítulo Discapacidad, pp. 603-620.
5. Vergara L. Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica. *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 2010; 21: 281-8.
6. Flax H. The Future of Physical Medicine and Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*, 2000; Jan-Feb. 79(1): 79-86.
7. Korvin G, Delarque A. Physical and rehabilitation medicine section and board of the European Union of Medical Specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way. *Ann Phys Rehabil Med*, 2009; Sep-Oct. 52(7-8): 594-607.
8. Section of Physical and Rehabilitation Medicine Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Society for Physical and Rehabilitation Medicine. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eura Medicophys*, 2006; Dec. 42(4): 292-332.
9. American Board of Physical Medicine and Rehabilitation (en línea). Rochester: abpmr.org; 2015 [actualizada 30.03.2015; acceso 30.05.2015]. Disponible en: https://www.abpmr.org/consumers/pmr_definition.html
10. Gutenbrunner C, Neumann V, Lemon F, Delarque A. Describing and developing the field of competence in Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. preface to a series of papers published by the Professional Practice Committee of the PRM section of the Union of European Medical Specialists (UEMS). *Ann Phys Rehabil Med*, 2010; Dec. 53(10): 593-7.
11. Reinhardt JD, Li J, Gosney J, et al. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action*, 2011; Aug. 4: 7191.
12. Gonzales JG, Zotovas A. Life care planning: a natural domain of physiatry. *PMR*, 2014; Feb. 6(2): 184-7.
13. Neumann V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini A, Delarque A. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *J Rehabil Med*, 2010; Jan. 42(1): 4-8.
14. Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en atención primaria de salud 2010-2014*. Chile: MINSAL, 2010; 50 pp.
15. Banco Mundial; Chile. Ministerio de Salud. *Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile*. Santiago: MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Estudios de Recursos Humanos, 2010.
16. Superintendencia de Salud (Chile). *Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud* [en línea]. Chile: Superintendencia de Salud. [sin fecha] [consultado 7.11.2015]. Disponible en: <http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscar?openForm>
17. Faulk CE, Mali J, Mendoza PM, Musick D, Sembrano R. Impact of a required fourth-year medical student rotation in physical medicine and rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.*, 2012; May. 91(5): 442-8.
18. Kirshblum SC, DeLisa JA, Campagnolo DI. Mandatory clerkship in physical medicine and rehabilitation: effect on medical students' knowledge of physiatry. *Arch Phys Med Rehabil.*, 1998; Jan. 79(1): 10-3.
19. Raissi GR, Mansoori K, Madani P, Rayegani SM. Survey of general practitioners' attitudes

- toward physical medicine and rehabilitation. *Int J Rehabil Res*, 2006; 29: 167-170.
20. Hettle M, Braddom RL. Curriculum needs in physical medicine and rehabilitation for primary care physicians. Results of a survey. *Am J Phys Med Rehabil.*, 1995; Jul-Aug. 74(4): 271-5.
 21. Dénes Z, Fazekas G, Zsiga K, Péter O. Rehabilitációs ismeretek kórházi orvosok és szigorlók körében (Physicians' and medical students' knowledge on rehabilitation). *Orv Hetil.*, 2012; Jun 17. 153(24): 954-61.
 22. McColl MA, Aiken A, Schaub M. Do people with disabilities have difficulty finding a family physician? *Int J Environ Res Public Health*, 2015; Apr. 28; 12(5): 4638-51.
 23. Kahtan S, Inman C, Haines A, Holland P. Teaching disability and rehabilitation to medical students. Steering Group on Medical Education and Disability. *Med Educ*, 1994; Sep; 28(5): 386-93.
 24. Bethge M, Von Groote P, Giustini A, Gutenbrunner C. The World Report on Disability: a challenge for rehabilitation medicine. *Am J Phys Rehabil*, 2014; Jan. 93(1 Suppl 1): S4-11.
 25. Gutenbrunner C, Bethge M, Stucki G, et al. Dissemination, analysis, and implementation of the world report on disability: the roadmap of the International Society for Physical and Rehabilitation Medicine. *Am J Phys Med Rehabil*, 2014; Jan. 93(1 Suppl 1): S68-72.
 26. Morata AB, Escriche R. Opinión de los médicos de Atención Primaria de un Servicio de Rehabilitación: ¿existen diferencias entre los centros de salud con presencia física del SRHB y los que no? *Rehabilitación (Madr)*, 2012; 46: 55-9.
 27. Varas F, Heredia A, Román P, Rodríguez M, Pérula L, Mayordomo F. Relación entre atención primaria y un servicio de rehabilitación. Opinión de los médicos de los centros de salud. *Rehabilitación (Madr)*, 2003; 37(4): 195-200.