



ORIGINAL

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?

A.B. Morata Crespo^{a,*} y R. Escriche Ros^b

^a Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^b Atención primaria, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

Recibido el 8 de julio de 2011; aceptado el 9 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Medicina física y rehabilitación;
Atención Primaria

Resumen

Introducción: La medicina física y rehabilitación ha de considerarse bajo un enfoque biopsicosocial, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de salud; para conseguirlo es fundamental el desarrollo de la rehabilitación en el primer nivel asistencial. Este estudio nace con objeto de conocer la opinión entre los Médicos de Atención Primaria (MAP) de dos Centros de Salud (CS) del área II de Zaragoza sobre un mismo Servicio de Rehabilitación (SRHB), observando diferencias entre ambos, pues uno goza de presencia física del SRHB y otro no.

Material y método: Estudio transversal por medio de encuesta anónima, valorando 9 ítems, presentada a 44 facultativos de los CS Fuentes Norte y San José Norte-Centro.

Resultados: Participación: 72,7%, mayoritariamente del CS de Fuentes Norte. La integración física del SRHB en los Centro de Atención Primaria (CAP) resulta imprescindible para el 94%, la satisfacción actual con el SRHB es alto en el 37,5%, el grado de acuerdo con los tratamientos muy alto en el 50%, y la información útil siempre en el 56%. Por el contrario, el tiempo de demora de la primera consulta es considerado excesivo para el 97% y el seguimiento de pacientes aceptable para el 78%. La formación conjunta con rehabilitación resultaría de interés para el 97%.

Conclusiones: Encontramos consenso en cuestiones como el tiempo excesivo de demora, el interés por la formación conjunta y la necesidad de consensuar criterios de derivación y manejo. Por el contrario, existen grandes diferencias en otros aspectos, tales como el grado de acuerdo con los tratamientos, y la información recibida, siendo el grado de satisfacción muy superior en el centro con presencia física del SRHB.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abelenmorata@hotmail.com (A.B. Morata Crespo).

KEYWORDS

Physical medicine and rehabilitation;
Primary Care

Opinion of the Primary Care physicians on a Rehabilitation Service: are there differences between the healthcare centers with physical presence of a rehabilitation center and those that do not have it?

Abstract

Introduction: Physical medicine and rehabilitation should be considered within the biopsychosocial approach, providing a coherent view of the different health dimensions. In order to achieve this, it is essential to develop rehabilitation on the first care level. This study arose in order to know the opinion between the Primary Care Physicians (PCP) of 2 Healthcare Centers of area II of Zaragoza on the same rehabilitation service (RHBS), differences being observed between both, since one of the centers had a physical presence of the RHBS and the other did not.

Materials and methods: A cross-sectional study was performed within an anonymous survey, evaluating 9 items, submitted to 244 medical specialists of the Healthcare Centers Fuentes Norte and San José Norte-Centro.

Results: Participation: 72.7%, mostly in Fuentes Norte. Physical integration of the RHBS in the healthcare centers is essential for 94%. Current satisfaction with the RHBS is high in 37.5%. Grade of agreement with the treatments is very high and 50% in useful information always and 56%. On the contrary, delay time of the 1st visit is considered excessive and 97% in the follow-up of patients except about 47.8% the combined training with rehabilitation would be of interest for 97%.

Conclusions: We found a consensus regarding excessive time of delay, interest in joint training and the need to have a consensus on referral and management criteria. On the contrary, there were large differences in other aspects, such as grade of agreement with the treatments and information received, greater satisfaction being much higher in the center with physical presence of the RHBS.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

Las especialidades de Medicina Física y Rehabilitación y de Medicina Familiar y Comunitaria tienen en común algunos aspectos fundamentales, uno de ellos es que en ambas se tiene muy en cuenta el enfoque biopsicosocial del paciente, lo que proporciona una visión más coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.

Es interesante recordar la definición dada en la conferencia internacional sobre Atención Primaria (AP) de la salud, de la OMS-UNICEF, en Alma-Ata en 1978: «La AP de salud integrada en el Sistema Nacional de Salud representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad. Presta servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación». El hecho de que en la propia definición de la atención que se dispensa en el primer nivel asistencial sanitario aparezca la palabra rehabilitación, añadido a la importante demanda asistencial de rehabilitación en nuestro país, hace necesario que se deba tener en cuenta la coordinación entre los médicos de Atención Primaria, y el médico especialista en rehabilitación, ya que parte del proceso de la rehabilitación ha de hacerse en el medio extrahospitalario¹. Los modelos de atención rehabilitadora en las diferentes comunidades autónomas de nuestro país son muy variables, no solo entre ellas, sino que presentan importantes oscilaciones dentro del mismo Servicio de Salud a lo largo del tiempo y en las diferentes áreas de salud que lo constituyen. Estas variaciones en la organización dejan entrever dos problemas fundamentales, por un lado que no existe un modelo

de organización con claras ventajas respecto a otro, y además como consecuencia de lo anterior los profesionales que nos derivan pacientes no tienen unos conceptos uniformes sobre la forma de realizar esta tarea, lo cual origina una gran variabilidad clínica ya desde el momento en el cual el paciente es derivado a los servicios de rehabilitación.

Una de las principales características de la calidad asistencial² es la adecuación, entre la disponibilidad de nuestros servicios de rehabilitación, y las necesidades, tanto de los servicios que nos derivan pacientes, como de los propios pacientes. Un primer paso para medir esta adecuación es conocer la opinión que los médicos de familia tienen sobre nuestra especialidad, y sobre nuestra actividad, tanto científica, como organizativa. También la coordinación asistencial es otro de los puntos clave de la gestión clínica de calidad, podríamos definirla como la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente, independientemente del lugar y del tiempo en el que sea atendido. La deficiente relación o falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales dificulta enormemente el correcto funcionamiento del Sistema Sanitario, derivando todo ello en una atención sanitaria deficiente para nuestros pacientes, por que al fin y al cabo, la continuidad asistencial es en realidad la percepción que el usuario tiene sobre la coherencia de la asistencia recibida. Es muy importante coordinar los dos niveles asistenciales, máxime cuando una parte del tratamiento rehabilitador se va a realizar en el primer nivel asistencial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4085060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4085060>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)