

GESTIÓN ASISTENCIAL Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA:

SITUACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS ISLAS BALEARES
(IB-SALUT)



**Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de les illes Balears**







GESTIÓN ASISTENCIAL Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA:

**SITUACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS ISLAS BALEARES
(IB-SALUT)**



**Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de les illes Balears**

Título de la obra: GESTIÓN ASISTENCIAL Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA: SITUACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LAS ISLAS BALEARES (IB-SALUT)

Autores: Miguel Ángel Capó-Juan, Alfonso Callejero-Guillén

Editado por: Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de les Illes Balears

Impreso en: Palma de Mallorca, España.

Enero, 2019.

ISBN: 978-84-09-08270-4

Depósito Legal: PM 50-2019

www.colfisiobalear.org

info@colfisiobalear.org

Licencia: Los autores y la editorial permiten copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente la obra, y hacer de ella un uso comercial siempre y cuando se cite y reconozca la autoría. No se permite generar una obra derivada sin autorización expresa a los autores.



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	11
II.	METODOLOGÍA.....	19
III.	DESARROLLO.....	23
III.I	<i>Resultados de las encuestas</i>	29
IV.	DISCUSIÓN.....	35
V.	CONCLUSIÓN.....	53
VI.	BIBLIOGRAFÍA.....	59



A solicitud del “Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de les Illes Balears”
hemos realizado el siguiente informe, con la intención de reflejar
la situación actual de la Fisioterapia en el IB-Salut.

Este estudio se ha llevado a cabo mediante la colaboración
de todos los coordinadores de fisioterapia del IB-Salut,
a los que queremos agradecer su participación.

Los autores

Dr. Miguel Ángel Capó-Juan

D. Alfonso Callejero-Guillén





I. INTRODUCCIÓN



La fisioterapia ha ido aumentando su implantación en la sociedad, especialmente en el sector privado, gracias a la repercusión mediática de los deportistas de alto rendimiento, o incluso por los tratamientos de niños con diversidad funcional, entre otras causas. Han pasado ya más de cincuenta años de historia de nuestra profesión en nuestro país, este bagaje ha permitido señalar la realidad de concebir al fisioterapeuta como un profesional totalmente autónomo en todo el circuito asistencial en su propio ejercicio.

Según el art. 7 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones sanitarias¹, se describe la función del fisioterapeuta mediante la “[prestación de los cuidados propios de su disciplina a través de tratamientos con medios y agentes físicos dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunción o discapacidad somática, así como su prevención](#)”. En 1968 la Organización Mundial de la Salud (OMS)² ya definió la fisioterapia como arte y ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masajes y electricidad (...), de hecho, el fisioterapeuta es el **único profesional clínico/sanitario** quien mediante el uso correctivo y específico del ejercicio terapéutico puede resolver eficazmente un problema de salud. Así como evaluar, planificar y prescribir un plan de ejercicio físico en cualquier ámbito de la salud o diseñar un programa de ejercicio físico³. Como ya expuso la *World Confederation of Physical Therapy (WCPT)* en el año 2010, el fisioterapeuta es el profesional experto

en movimiento y ejercicio, y conocimiento profundo de los factores de riesgo y afectación, y sus efectos en todos los sistemas del organismo, resultando el profesional adecuado para promocionar, guiar, prescribir y gestionar las actividades de ejercicio y esfuerzo a lo largo de la vida⁴.

Por tanto, parece ser que un sistema sanitario no puede sostenerse sin esta figura, y por ello la OMS² indica que se requiere “un fisioterapeuta para cada 1.200 habitantes”, más o menos eso indicaría que un sistema público requiere más fisioterapeutas que médicos de familia, ya que la OMS recomienda un médico de familia por cada 1.500 habitantes⁵. Al cuantificar este número de fisioterapeutas, cualquier persona podría pensar que tal vez no existan tantos fisioterapeutas en España, pero nada más lejos. El número de fisioterapeutas españoles se incrementa considerablemente cada año a razón de unos 3.000, de modo que anualmente hay un aumento de colegiación de un 7%, porcentaje que va en aumento. En el año 2016 el Instituto Nacional de Estadística (INE) estimó que en España existían 48.173 fisioterapeutas colegiados⁶, actualmente unos 54.000. España tiene una población actual de 45.847.578 habitantes y necesitaría según la OMS tener en plantilla 38.207 fisioterapeutas contratados. Por tanto, el número de fisioterapeutas españoles es más que suficiente. Así, el servicio público podría ofrecer fisioterapia a la población acorde a las ratios de la OMS. De este modo los 15.793 fisioterapeutas restantes, es decir, el 29,24% de los fisioterapeutas colegiados en España podrían dedicarse al ámbito privado. Sin embargo,

en nuestro país la contratación pública en fisioterapia es simbólica, ya que aproximadamente se estima que solamente **6.000** fisioterapeutas en toda España trabajan en el ámbito público, es decir: nos enfrentamos a la realidad inversa.

Para que un residente de nuestro país pudiera acceder a fisioterapia como puede acceder a otros profesionales homólogos (médico, enfermero...) necesitaríamos contratar a **32.207** fisioterapeutas en el ámbito público. Resulta una cifra alarmante y casi una negligencia que atenta contra la salud de los españoles y ello conduce a que el ciudadano deba recurrir al servicio privado para obtener una **rápida atención**. Así como nadie imagina un país donde el 88% de los médicos fuesen de pago, esto sí ocurre con los fisioterapeutas en España³.

En cifras más claras, la relación de fisioterapeuta/usuario en el ámbito público es de un fisioterapeuta por cada **7.642** habitantes, así que incumplimos la cifra de la OMS sobrecargando a cada fisioterapeuta con un volumen de **6.442** personas más.

En referencia a Baleares, acorde a las plantillas orgánicas publicadas por el IB-Salut, existe en el servicio público de salud un total de 159 fisioterapeutas⁷. Lo que daría una ratio de **un profesional por cada 7.337 habitantes**.

Al hilo de estos datos, algo que resulta francamente increíble es girar nuestras tarjetas sanitarias y ver que se tiene una enfermera y una médica asignadas, pero **no una fisioterapeuta**. El fisioterapeuta puede

resolver problemas de salud y/o intervenir en todas las especialidades de primaria (familia y comunitaria) y especializada (suelo pélvico, neurología, pediatría, geriatría, deportiva, traumatología y ortopedia, reumatología, cardiovascular y respiratorio, dermatología y estética, oftalmología y optometría, oncología, psiquiatría...).

La alta competencia del fisioterapeuta es más que conocida en países europeos⁸ en los que la libertad de su ejercicio en el ámbito público, no pasa por estar limitada, pautada o dirigida por un médico, que bajo una sospecha diagnóstica y para que el usuario pueda soportar sus algias, pauta analgesia pudiendo **enmascarar el diagnóstico fisioterápico**. En todo caso, la respuesta del servicio público para resolver las listas de espera, mediante la que un médico realiza peonadas u horas extra y se dedica a **prescribir y altar al usuario de fisioterapia, realizar diagnóstico médico o pautar ejercicios terapéuticos**, para que luego el usuario tenga que esperar igualmente a ser atendido por el fisioterapeuta y generar posteriormente más presión asistencial, no pudiendo realizar un tratamiento adecuado desde el primer acceso al servicio. No es más que una praxis que permite el sistema sanitario, y puede conducir a cronificar la lesión. Este sistema de funcionamiento médico-centrista sigue colocando al médico como eje de todas las decisiones, hecho que va en detrimento del resto de competencias de profesiones sanitarias. Además, el objetivo de cualquier sistema sanitario es ofrecer al usuario la sanidad que necesita, con el número de profesionales adecuados

y respetando siempre los principios de cada profesión. Solamente así pueden respetarse las parcelas profesionales, y a pesar de vivir tiempos caracterizados por modelos transdisciplinares, esos modelos no deben confundirse con el intrusismo sino entenderse como un conocimiento enriquecedor y transprofesional, aumentando así la comunicación y cooperación entre profesionales.

A la luz de los hechos, desde las administraciones sanitarias públicas autonómicas, en colaboración con los colegios profesionales y órganos de representación de fisioterapeutas como la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) debe mejorarse dicho **acceso a la fisioterapia** por parte de los usuarios de los sistemas públicos de salud, aumentando el número de fisioterapeutas contratados y apostando por la creación dentro de la sanidad pública de la Fisioterapia Familiar y Comunitaria⁹. Que a la postre permitiría centrar la Atención Primaria en sus verdaderos valores de prevención sanitaria y educación para la salud¹⁰.





II. METODOLOGÍA



Para realizar este informe se ha revisado la bibliografía sobre el tema, así como una reciente encuesta, respondida entre mayo y julio del 2.018, por todos los coordinadores de Atención Primaria y Especializada de fisioterapia del IB-Salut en el ámbito público, con la finalidad de reflejar de primera mano la realidad actual de la fisioterapia en nuestras islas.

Los resultados obtenidos se han analizado por medio de porcentajes y han sido expuestos y comentados mediante bibliografía relacionada destacando especialmente artículos de la revista Fisioterapia como órgano Oficial de la AEF.

TABLA 1. ENCUESTA REALIZADA

SOBRE RATIOS Y POBLACIÓN:

- ¿Volumen de población que atiende su Centro de Salud/ Hospital?
- ¿Número de fisioterapeutas a jornada completa contratados?
- ¿Número de fisioterapeutas contratados a media jornada o con reducciones?
- ¿Tiempo medio de espera desde que se presenta la solicitud de fisioterapia hasta que es atendido por fisioterapia?
- ¿Número de usuarios en lista de espera?
- ¿Cuántos usuarios atiende un fisioterapeuta en su servicio por jornada completa?
- ¿Se cubren las vacaciones de los fisioterapeutas contratados?
- En el caso que la respuesta anterior sea negativa, ¿qué se hace con los usuarios?
- ¿Cree que aumentar la figura del fisioterapeuta puede llevar a un ahorro dentro de la sanidad pública?
- ¿Cree qué parte de los problemas se solucionaría aumentando el número de fisioterapeutas en primaria y en especializada?

SOBRE NUESTRO ROL:

- ¿Puntúe de 0 (peor puntuación) a 10 (mejor puntuación) cuál es la imagen que tiene el usuario sobre la figura del fisioterapeuta y la resolución y eficacia terapéutica?
- ¿Cree que el fisioterapeuta debe realizar su propia valoración o que debe basarse en la valoración médica?
- ¿Cree que el ejercicio terapéutico es la herramienta clave prescriptiva de fisioterapia que puede llevar a reducir la necesidad de analgesia farmacológica y evitar episodios recidivantes de dolor?
- ¿Cree que el acceso directo a fisioterapia (sin pasar por la figura médica) siendo siempre la causa de carácter músculo-esquelético podría mejorar la calidad asistencial en fisioterapia, así como la visibilidad de la profesión?
- ¿Cree que la autogestión del fisioterapeuta y su propia dirección tanto en primaria como especializada sin depender del colectivo de enfermería o médico, puede ser un elemento que facilite nuestra visibilidad y mejore el uso de recursos?

COMENTARIOS:

- Alguna reivindicación (cuestiones que deben mejorar).
- Alguna cosa que funcione que quiera destacar.



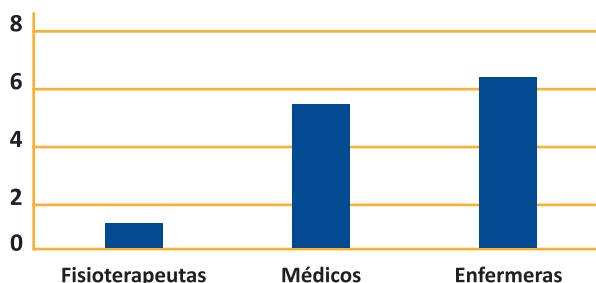
III. DESARROLLO



La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) realizó un informe titulado “State Health in the UE” en el 2017 en el que se habla solamente de ratios de medicina (3,8 por cada 1000 habitantes) y de enfermería (5,3 por cada 1000 habitantes)¹¹, colectivos más representativos de los sistemas sanitarios en número, obviando a otros profesionales imprescindibles para el sistema no tan presentes en número. Por su parte, el INE⁶ presentó datos más favorecedores indicando en el año 2016 la existencia de 6,4 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes y 5,4 profesionales de medicina por cada 1.000 habitantes. En todo caso el número de fisioterapeutas pasó del 2012 de 0,84 fisioterapeutas titulados por cada 1.000 habitantes, a un fisioterapeuta por cada 1.000 habitantes en la actualidad.

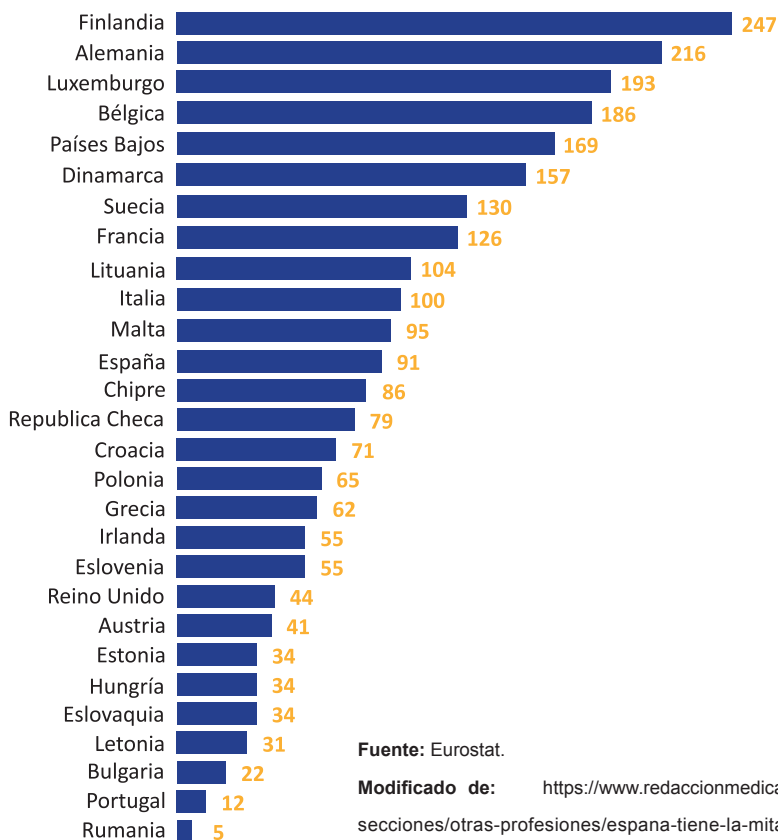
En el gráfico 1 se muestra el número de fisioterapeutas, enfermeros y médicos que posee España aproximadamente en la actualidad por cada 1.000 habitantes.

GRÁFICO 1. Profesionales sanitarios en España acorde INE (datos 2016).



Según indicó la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), en el año 2014 determinados países como Finlandia encabezaban la lista en profesionales titulados en fisioterapia a razón de 2,47 fisioterapeutas por cada 1.000 habitantes, Alemania (2,16), Luxemburgo (1,93) (...) y en España 0,91 por cada 1.000 habitantes¹².

GRÁFICO 2: Estadística de profesionales por cada 100.000 habitantes.



Fuente: Eurostat.

Modificado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/espana-tiene-la-mitad-de-fisioterapeutas-por-persona-que-la-elite-europea-7406>

Evidentemente, cuando un país genera formación en una área de conocimiento es porque considera que su contenido es vital e imprescindible para el desarrollo, y en este caso, para la salud del país. En muchos países la formación crece al ritmo que crece la demanda poblacional. Así se explica como en los últimos años otros países europeos como Estonia, Letonia o Rumania han doblado su ratio registrada en cinco años, no siendo así en España¹⁰.

Desde la publicación de la Circular 4/91 en la que la Subdirección General de Gestión de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud se establecieron normativamente las funciones del fisioterapeuta de área, desde entonces, el desarrollo de las mismas ha sido irregular, lento y falto de recursos¹³. El incremento de la demanda^{14,15}, y las limitaciones al acceso^{10,16} no ha hecho más que ser testigo de esta carente falta de progresión.

La consecuencia directa de todo esto es que se producen situaciones como insatisfacción del usuario, saturación de las salas o tiempos de espera prolongados¹⁷. Este último ítem está íntimamente relacionado con ratios inadecuados por fisioterapeuta, como explica Mesa Ruiz et al¹⁸, “se ha demostrado que, una unidad con 20.000 habitantes asignados tiene un 71% más posibilidades de tener demora inaceptable para los usuarios derivados de forma preferente, que una sala con 10.000 habitantes por fisioterapeuta”.

Así, ante esta situación desde el documento marco para el

rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria, se recomendaron a razón de un fisioterapeuta por cada 4.000 habitantes siendo adaptado a una ratio de 1 cada 3.000 para las unidades rurales y de 1 cada 5.000 a 1 cada 8.000 para los centros de salud urbanos¹⁹. En contrapartida, en el Senado en la “[Ponencia de Estudio de las Necesidades de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud](#)”, así como acorde a la OMS² se propone una ratio de 1 cada 1.200. La no consecución de estos ratios conduce a mantenerse en unos límites que se alejan de la posibilidad de atender a los usuarios como se requiere, para basarse en sistemáticas aplicaciones electroterápicas, pobres valoraciones e imposibilidad de aplicar correctamente el ejercicio terapéutico. Llegando a situaciones de colapso por las altas listas de espera, que conducen a que los fisioterapeutas tengan que obviar parte de las funciones que se suponen en dicho nivel asistencial, para dedicar toda su jornada laboral, de forma generalizada, a la labor asistencial no auto-pautada, mediante aplicaciones electroterápias prescrita por otro profesional. Sin poder enfocar nuestro cometido profesional hacia el verdadero objetivo que tiene la Atención Primaria que es la prevención y la promoción de la salud desde el propio ejercicio profesional con total libertad¹⁰.

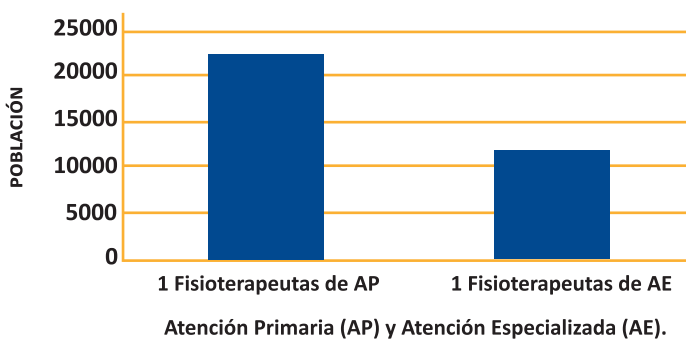
III.1. Resultados de las encuestas

En Baleares la situación es grave respecto a la media española. Para una población actual de 1.166.603 habitantes⁶, acorde a las respuestas obtenidas de las encuestas hay **151** fisioterapeutas con jornada de 37.5 horas/semana en toda la red sanitaria pública (Atención Primaria y Especializada). Lo que daría una ratio de ***un profesional por cada 7.726 habitantes***. Debemos considerar la ligera diferencia entre la cantidad reflejada en las plantillas orgánicas a la transmitida en las encuestas, en base a las posibles políticas de contratación que tienen las Administraciones Públicas, de las bajas, vacaciones, permisos, licencias, excedencias... entre otras.

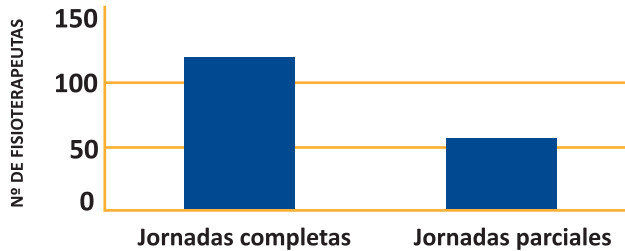
Este desajuste aumenta al interpretar que el fisioterapeuta de Atención Primaria desarrolla una actividad diferente al de Atención Especializada. Así, acorde a las encuestas, en Baleares hay **52** fisioterapeutas en Atención Primaria y **99** en Atención Especializada.

Como puede observarse en el gráfico 3, esta consideración conduce a unas ratios de **un fisioterapeuta por cada 22.435 habitantes en Atención Primaria** y de **un fisioterapeuta por cada 11.784 habitantes en Atención Especializada**. Aunque ciertamente, al contabilizar las cartillas asignadas a los centros en lugar de contabilizar el número de habitantes, los resultados no son coincidentes.

GRÁFICO 3. Relación entre población total que corresponde a la atención de un fisioterapeuta en el IB-Salut.



Como se puede observar en el gráfico 4, acorde a las encuestas, al considerar toda la contratación existen en su totalidad **177** fisioterapeutas contratados, contemplando diversas jornadas y los contratos de refuerzo en épocas estivales. De los cuales, **120** tienen una jornada completa y los otros presentan reducciones, siendo los profesionales que están en reducción o porcentaje inferior de jornada laboral el **32,20%** aproximadamente.

GRÁFICO 4. Jornadas de fisioterapeutas en el IB-Salut

Según resultados obtenidos tras el análisis, el número de usuarios atendidos por día en Atención Primaria oscila entre **15 y 30** en Menorca, entre **20 y 30** en Formentera e Ibiza y entre **28 y 30** en Mallorca. Por otra parte, en Atención Especializada al contemplarse otro tipo de atención (no tan centrada en aplicaciones electroterápicas) se atienden entre **14 y 18** usuarios, siendo en este caso Mallorca en dónde el mínimo de usuarios atendidos por día es de **17**. Estos datos indican que los fisioterapeutas de Mallorca sufren mayor demanda y carga laboral, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

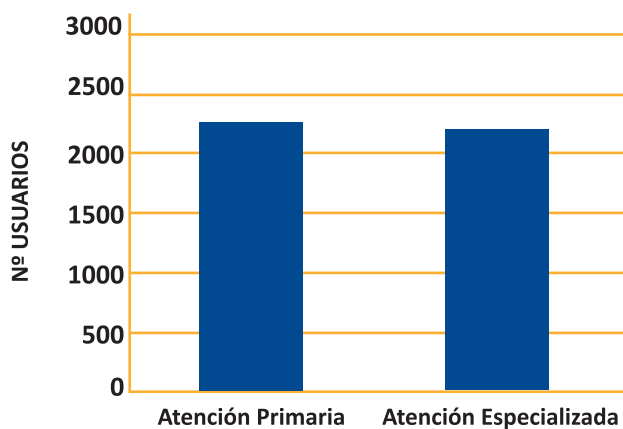
En lo referente a la cobertura del servicio, acorde a las encuestas, los fisioterapeutas se encuentran generalmente cubiertos en sus vacaciones. Aunque existe cierta variabilidad, dado que hay centros que tienen una cobertura del 50% y otros en donde es del 100%.

Según el análisis, actualmente hay unos **4.459 usuarios en lista de espera que puede llegar a los doce meses** en función del centro y la prioridad de la patología causante de la demanda de atención fisioterápica.

En los casos preferentes se prioriza su pronta atención, en menos de un mes en todo el IB-Salut (entre 8 y 20 días). En Atención Primaria la mayor lista de espera se da en Menorca (cinco meses para casos no preferentes). En Atención Especializada, para casos no preferentes, la mayor lista de espera se da en Inca (doce meses), seguido de Menorca (siete meses).

En el gráfico 5 puede observarse un número de usuarios de espera similar para Atención Primaria y Especializada, siendo mayor en 53 pacientes en el caso de la Atención Primaria.

GRÁFICO 5. Lista de espera de usuarios para ser atendidos en el IB-Salut



ACORDE A LA ENCUESTA:

- El 100% de los resultados recogidos señalan que aumentar la figura del fisioterapeuta es un elemento clave en el ahorro dentro de la sanidad pública, ya que podría subsanar y evitar la cronificación de problemas de salud como las lumbalgias que generan un gran coste, y disminuir en algunos casos el consumo farmacológico.
- El 100% de los resultados recogidos señalan que la figura del fisioterapeuta debe ser de acceso directo en la sanidad pública.
- El 100% señala que el fisioterapeuta debe realizar su propia valoración, pudiendo considerar en el 50% de los casos la utilidad complementaria de la valoración médica. En ningún caso se cree que el fisioterapeuta deba basarse en la valoración médica exclusiva.
- El 100% de los coordinadores de fisioterapia considera de vital importancia incorporar el ejercicio terapéutico, algunos de ellos indicando que se trata de un aspecto clave, como herramienta profesional diaria de los fisioterapeutas.
- La valoración media del desempeño profesional del fisioterapeuta por parte de los usuarios atendidos es de 8.33.
- El 100% de los resultados señalan que la figura del fisioterapeuta debe ser de total y completa autogestión en la sanidad pública.





IV. DISCUSIÓN



Una vez revisados los resultados obtenidos en las encuestas, valorando ratios y listas de espera, resulta importante regular el número de fisioterapeutas en el IB-Salut. Este hecho podría rentar en multitud de beneficios que se presentan a continuación:

1) AHORRO DEL GASTO SANITARIO Y EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Un aumento de la presencia de fisioterapeutas en la sanidad pública cifra en 1.300 euros por usuario el ahorro que supondría, así como un beneficio en la calidad asistencial y social⁹. Esto a su vez, lleva aparejado otra fuerte ventaja, para el servicio sanitario: una menor prescripción de pruebas diagnósticas complementarias como radiografía, ecografía, Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Tomografía Axial Computarizada, entre otras, que tal vez no siempre sean necesarias.

En episodios de lumbalgia se realizan, según las estimaciones, 1.800.000 estudios radiológicos simples, 1.100.000 analíticas, 319.000 TAC lumbares y 250.000 RMN lumbares, en un período de seis meses²⁰. En España, durante el año 2010, las patologías de la columna lumbar fueron la principal causa de pérdida de jornadas laborales, agrupando todos sus posibles diagnósticos en un mismo conjunto sumaron el 73,4% del total de dichas jornadas. Así, este porcentaje sumó un total de 6.188.626 de días de incapacidad temporal, durante el 2009⁽²¹⁾. Según el informe anual del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en España esta patología representa un

12,5% de las bajas laborales, lo cual supone un gasto de unos 16.000 millones de euros (1,7% del PIB)²². Según Fritz et al²³, el uso de la fisioterapia en Atención Primaria como primera medida, se asoció a un menor gasto sanitario de esos usuarios durante el año siguiente. Además, diversos autores recomiendan la actividad física supervisada y adaptada como tratamiento de elección²⁴ por su máxima evidencia científica^{25, 26}, que permite reducir el tiempo de incapacidad laboral, en contra de otros tratamientos como el reposo²⁷.

El valor de la fisioterapia va más allá de algias músculo-esqueléticas. Según un protocolo implantado en Argentina, mediante la fisioterapia respiratoria se redujeron en un 95% los ingresos por bronquiolitis en usuarios en edad pediátrica²⁸. La fisioterapia tiene una alta evidencia para mejorar la calidad de vida, disminuir la disnea y mejorar la capacidad de ejercicio en el usuario con EPOC, así como reducir las exacerbaciones de los síntomas²⁹, ya que los ingresos hospitalarios habituales son de uno a cuatro anuales. Acorde a Llauger Rosselló et al³⁰, los usuarios con EPOC consumen “entre el 10-12% de las consultas de Atención Primaria, entre el 1-2% de todas la vistas a urgencias y alrededor del 10% de los ingresos. La EPOC es la tercera causa más frecuente de ingreso hospitalario (2,5%), con una estancia media entre ocho y diez días. Los gastos producidos por esta enfermedad llegan al 2% del presupuesto anual del Ministerio de Sanidad y Consumo”. En resumen, según datos del Ministerio de Sanidad (2007), la EPOC es una

enfermedad frecuente cuyos ingresos hospitalarios conllevan un coste medio de 3.044€ por usuario³¹.

El acceso al fisioterapeuta evita la cronificación del dolor, aportando un tratamiento seguro, eficaz, eficiente y de calidad, así como económico, para las arcas del sistema sanitario público según concluyeron Mitchell y de Lissovoy³².

Así que, mediante estos ejemplos y los resultados obtenidos en las encuestas, se observa el valor de la fisioterapia en reducir los reingresos provocados por patologías crónicas, o que cursan con un alto nivel de hospitalización. Por ello, vemos como este hecho repercute económicamente en el ahorro del sistema sanitario.

2) MENOR CONSUMO FARMACOLÓGICO, IATROGENIA, Y DE EFECTOS SECUNDARIOS DEL USUARIO

Desde el punto de vista farmacológico se calcula que cinco millones de personas consumieron analgésicos y también más de cinco millones de usuarios recibieron AINE durante más de un mes en el último año²⁰.

El cambio de la filosofía actual, lleva a que **la población joven visite con más frecuencia a su fisioterapeuta que a su médico de familia**. El incremento de fisioterapeutas en el IB-Salut permitiría que accediese al fisioterapeuta un nuevo perfil de usuario que antes no acudía a él (personas jóvenes)³³. Con esta idea, en un futuro cercano podríamos

evitar la cronificación y aparición de patologías músculo-esqueléticas y la mejora de la salud mediante el ejercicio terapéutico, con la consecuente reducción de consumo farmacológico. El ejercicio terapéutico, como herramienta fundamental, puede conseguir que el usuario consuma menos fármacos durante el proceso patológico³⁴. Es al menos tan efectivo como los AINE, y entre dos y tres veces más efectivo que el paracetamol en la reducción del dolor en la artrosis de rodilla³⁵. La intervención educativa y terapéutica del ejercicio pautado y controlado permite prevenir treinta y cinco afecciones crónicas y tratar veintiséis como mínimo³⁵. Todo ello, redundando en un claro beneficio para el propio usuario^{36, 37}.

Un sistema que no apuesta por el ejercicio terapéutico frente a un gran número de procesos, como tratamiento vertebrador, es un sistema condenado al fracaso, ya que debe reservarse la farmacología en casos de enfermedad y gravedad haciendo un uso razonado³⁸. Además, no debemos olvidar el impacto ambiental de la eliminación del medicamento acumulado en el domicilio, bien por una inadecuada gestión en la prescripción o por una incorrecta utilización por parte del usuario³⁹.

Un sistema sanitario rentable es aquel que no palía sino que previene y que se centra en la prevención y en el ejercicio terapéutico. Es aquel que evita fármacos innecesarios, cronificación de enfermedades y lesiones, que promueve hábitos saludables para mejorar enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad, EPOC...). Es aquel que se centra en fisioterapeutas que conocen y poseen las estrategias de

intervención y por tanto, las medidas educativo-terapéuticas⁴⁰.

Por ello, y acorde a las encuestas, se observa que mediante más fisioterapia puede conseguirse un menor consumo de fármacos evitando aquellos innecesarios para el usuario, hecho que contribuiría a un beneficio medioambiental mediante una menor fabricación y generación de residuos derivados.

3) DESAHOGO DE OTROS PROFESIONALES

El hecho de incorporar más fisioterapeutas supondría una menor presión asistencial para muchos profesionales sanitarios, hasta un 30% menos demanda de consultas para el médico de familia acorde al ICPFA⁹ y otros autores³³, así como menos derivaciones a Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación⁴¹. Este hecho permitiría reorganizar agendas y cartillas de forma que otros profesionales de la salud pudiesen desarrollar su atención sanitaria con una menor presión, y disponer de ese tiempo para acometer otras funciones propias de su categoría profesional.

Como refleja Cilleruelo Laiseca⁴² “debido a ese peregrinar tenemos que hacer varias consultas intermedias en Atención Primaria, porque la patología se mantiene, y realizamos tratamientos intermedios aun sabiendo que solamente van a paliar el problema”, o como reflejan Giménez y Zarco⁴³ “las patologías que podrían solucionarse en el entorno ambulatorio de fisioterapia [...] son derivadas desde el principio a traumatología o reumatología, independientemente de la incomodidad

para el usuario, la dilatación en ser atendidos y el colapso, finalmente, del sistema”.

Por tanto, mediante la fisioterapia se contribuye a un mejor estado de salud de los usuarios hecho que lleva implícito un desahogo en la atención por parte de otros profesionales sanitarios.

4) FACILITARLE AL USUARIO UNA RESPUESTA RÁPIDA Y RESOLUTIVA EVITANDO LA CRONIFICACIÓN A LA QUE LE LLEVA EL SISTEMA ACTUAL

Acorde a varios autores⁴⁴, “no es concebible que un usuario que acuda al médico de familia y requiera rehabilitación sea derivado previamente al reumatólogo o traumatólogo, que a su vez este solicite pruebas y, posteriormente, sea derivado al especialista de medicina física para que finalmente se proponga rehabilitación. Para entonces han podido transcurrir varios meses, siendo nula la satisfacción del usuario y desmesurado el uso de los recursos asistenciales, independientemente de la repercusión que esta demora haya podido trascender en su estado físico, lo que implicaría un mal pronóstico”.

Acorde a Mitchell y de Lissovoy³² el fisioterapeuta evita la cronificación del dolor, aportando un tratamiento seguro, eficaz, eficiente y de calidad.

Por otra parte, diferentes revisiones⁴⁵ y estudios realizados en los últimos años en Australia, Canadá, Japón (entre otros países) destacan no

solamente el ahorro que supone la implantación del fisioterapeuta durante los fines de semana en el ámbito hospitalario, sino también el beneficio para el usuario evitando la cronificación y las incomodidades derivadas de largas estancias. Así, se reducen los periodos de hospitalización, principalmente en ictus⁴⁶, así como en la fase aguda y subaguda de las intervenciones traumatológicas⁴⁷⁻⁵¹. Mientras que en las unidades de reumatología, la intervención de fisioterapia en fines de semana mejora sobre todo la funcionalidad del usuario más prontamente⁵².

De esta manera, y acorde a comentarios obtenidos en las encuestas, un aumento de fisioterapeutas en más franjas horarias puede ofrecer al usuario una respuesta rápida y resolutive.

5) ACCESO DIRECTO Y FISIOTERAPIA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La WCPT “reconoce al fisioterapeuta especialista como el profesional con formación avanzada, con capacidad de gestión en los ámbitos clínicos [...], toma de decisiones complejas y cumplimiento de altos estándares de investigación en un área específica del ámbito profesional”⁴. En base a esta reglamentación entendemos y defendemos, por ello, el acceso directo a fisioterapia en los centros de salud, para que el **fisioterapeuta de familia** pueda dar respuesta al dolor frente a patologías músculo-esqueléticas, y derivar a otros campos y/o especialidades en fisioterapia que considere (suelo pélvico, pediatría, deportiva, geriatría,

neurología, respiratorio...).

Está claro que **el fisioterapeuta es un profesional autónomo el cuál detecta, realiza su propio diagnóstico y trata**. Sabemos que la idea del acceso directo presenta detractores: “1) Por parte del colectivo médico alegando que estos profesionales no médicos no tienen el adecuado conocimiento diagnóstico, y que se disminuiría la relación entre el médico y los usuarios; 2) Por parte de los proveedores de salud, compañías o sistemas sanitarios públicos, tendrían miedo de que se incrementase la demanda al no existir el control del médico de familia o del especialista hospitalario, especialmente el rehabilitador haciendo de filtro o gatekeeper”⁴¹.

En referencia al primer punto, los fisioterapeutas proporcionamos precisión diagnóstica y efectividad terapéutica, así como un adecuado uso de los recursos y costes (*ahorrando 1.321€ por paciente con dolor lumbar o cervical que accede a fisioterapia directamente*)⁵³, consiguiendo además la satisfacción del usuario⁵⁴. En referencia al segundo punto, la bibliografía existente demuestra que todas estas hipótesis no son ciertas ya que la reconversión del fisioterapeuta de Atención Primaria en un profesional de acceso directo no conlleva un aumento de la demanda de fisioterapia, como demuestran Mitchell et al³² y Leemrijse et al³³ en sus estudios. En países donde está instaurado este proceso, los números de atención sanitaria se mantienen estables respecto al sistema de derivación a fisioterapia. Además, se concluye en los mismos estudios

que supone un importante ahorro económico y se recomienda seguir con la implantación de este sistema.

Por otra parte, debemos reseñar que dentro de nuestras competencias tenemos la capacidad de emitir un diagnóstico, en virtud de la Orden CIN/2135/2005 de 3 julio⁵⁵, ratificada posteriormente por sentencia de la Audiencia Nacional, la cual añade que el término diagnóstico no es exclusivo del ámbito médico⁵⁶.

Los artículos remarcan que el acceso directo no supone un riesgo para los usuarios, por un posible error de diagnóstico por parte del fisioterapeuta, y por ende, no hay un riesgo añadido para la salud del usuario. Dado que se ha demostrado que un fisioterapeuta con experiencia profesional tiene la misma capacidad de diagnosticar que un cirujano ortopédico^{57, 58}.

Ooijendonk et al⁵⁹ añaden que el acceso directo al fisioterapeuta no solo satisface a los usuarios, sino también a los propios médicos. Y por ello, se indica con este nuevo sistema la necesidad de mejorar la comunicación, la información y las sinergias entre los médicos de familia y los fisioterapeutas³³, así como con otros profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta que según Calcerrada-Díaz Santos et al⁶⁰ las patologías más prevalentes en un servicio de rehabilitación en Atención Primaria son síndromes relacionados con la columna cervical, lumbalgias, síndromes del hombro, artrosis, dorsalgias, patologías tendinosas y esguinces. El motivo de la demanda de consulta al fisioterapeuta de

familia en otros países ha sido, según Leemrijse et al³³, principalmente por dolor de espalda y de rodilla, y en cuanto a su evolución destaca que en su mayoría eran dolores agudos, de menos de un mes de evolución. Este principio concuerda con el rol del fisioterapeuta de familia, atender patologías músculo-esquelética en un principio, con el claro beneficio de atender terapéuticamente y no farmacológicamente a los usuarios en un plazo menor de tiempo, y se evidencia que se requieren menos sesiones para resolver la patología causante³³. Con el doble beneficio: el usuario resuelve antes su problema de salud, y el sistema sanitario puede ahorrarse consultas médicas, atenciones en urgencias médicas, un gasto farmacéutico, así como en pruebas diagnósticas.

De esta manera defendemos el acceso directo al fisioterapeuta en Atención Primaria porque esto supone agilizar y acercar la atención sanitaria al usuario. Además de generar una total autonomía en el ejercicio de la profesión⁶¹.

En consecuencia, y acorde a las encuestas, el acceso directo al fisioterapeuta en Atención Primaria ofrece al usuario una respuesta rápida, resolutive y de calidad, y por ende, centra la atención en aspectos preventivos y educativos.

6) DESARROLLO DE LA PROFESIÓN Y SUS ESPECIALIDADES MEDIANTE LA PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO TERAPÉUTICO COMO EJE EN LA PRESCRIPCIÓN FISIOTERÁPICA

Actualmente, el Grado de Fisioterapia así como formación de postgrado (Máster, Especialista, Experto...) se imparte en alrededor de cuarenta universidades en nuestro país. Es una ciencia que posee su propia área de conocimiento, así como un volumen destacable de producción científica, muestra de ello, es la existencia en la actualidad de más de 1.000 doctores en fisioterapia en España. Todo ello se relaciona con un crecimiento de la profesión, y con el desarrollo autónomo de la misma en todo su ejercicio sin necesidad de filtros intermedios.

A pesar de que aún no están definidas las especialidades en fisioterapia, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹, así como la Ley Orgánica 6/2001 de Universidades⁶² y la AEF⁶³ contemplan propuestas de desarrollo. Estas especialidades sumarían más crecimiento profesional y con ello mayor desarrollo de competencias.

Acorde a Juan García⁴¹ el acceso directo al fisioterapeuta reportaría un incremento de la responsabilidad de estos profesionales. Así, según Freeborn⁶⁴ el fisioterapeuta se sentiría motivado, incrementando su grado de satisfacción y contribuyendo a crear un vínculo de compromiso de la persona con la organización, y a la vez según Peiró y Salvador⁶⁵ se incrementaría el grado de satisfacción laboral. Además, como señalan diversos estudios⁶⁶, el fisioterapeuta obtiene puntuaciones excelentes en la práctica de su ejercicio habitual.

El ejercicio terapéutico como “conjunto de actividades terapéuticas basadas en una actividad física específica dirigidas a obtener globalmente beneficios sobre la salud y concretamente sobre la rehabilitación y/o habilitación de la estructura y función”⁶⁷ es la base de nuestra actividad diaria. Taylor⁶⁸ lo define como “prescripción de un programa de actividad física que involucra al usuario en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con objetivo de aliviar los síntomas y mejorar la función, o mejorar, mantener o frenar el deterioro de la salud”. Así, tratamos de aplicar los conocimientos biomecánicos, fisiológicos, anatómicos y bioquímicos para desarrollar pautas y ejercicios en las áreas anatómicas donde se detecte una lesión. Estos ejercicios serán determinados en función de la lesión y adaptados a cada usuario, sin olvidar el componente preventivo que hemos mencionado anteriormente. Además, la posibilidad de la prescripción ortopédica para facilitar la función del paciente durante el ejercicio terapéutico, podría considerarse un valor añadido dentro de las competencias profesionales. El fisioterapeuta “como experto en movimiento y ejercicio, y conocimiento profundo de los factores de riesgo y la afección, y sus efectos en todos los sistemas del organismo, es el profesional adecuado para promocionar, guiar, prescribir y gestionar las actividades de ejercicio y de esfuerzo a lo largo de la vida” (WCPT, 2010)⁴.

Según la literatura y la normativa vigente el ejercicio terapéutico es un concepto que debe encuadrarse en el ámbito sanitario, donde se

utiliza el ejercicio con fines terapéuticos para rehabilitar o habilitar la función. De esta manera, la WCPT avala la prescripción por parte del fisioterapeuta. En un comunicado con fecha de 20 de diciembre de 2017, el Ministerio de Sanidad explica que la prescripción de ejercicio físico terapéutico (dirigido a lesionados) es actividad exclusiva de profesionales sanitarios. En esta línea, en el XV Congreso Nacional de Fisioterapia y I Congreso Nacional de Fisioterapia del Deporte, Prescripción de ejercicio y especialidades en Fisioterapia en el 2017 se acordó: “[el reconocimiento de la prescripción del ejercicio terapéutico como competencia nuclear del fisioterapeuta](#)”⁶⁹. Recientemente, fue publicada una Resolución⁷⁰ sobre la verificación del título de Graduado en Ciencias de la Actividad Física y Deporte, en la que se señaló que este profesional tiene competencias para readaptar, prevenir lesiones, trabajar frente a patologías y problemas de salud, mediante el ejercicio físico para la salud, siempre que un personal médico así lo prescriba. En todo caso, este profesional queda a depender de otro para su libre ejercicio, y por tanto exento en su actividad, por carecer de la categoría de profesional sanitario, siempre que se trate de un problema de salud.

A su vez es de vital importancia, como hemos mencionado previamente, el carácter preventivo que presenta el ejercicio terapéutico, ya que permite que el usuario aprenda unas pautas saludables, las interiorice y las pueda reproducir en el tiempo. Permitiendo así, que presente menos recidivas de su patología, o que la misma se presente

en un futuro. Como expuso Cilleruelo⁴², “permite a los usuarios tomar conciencia de su papel activo en su tratamiento, lo cual mejora el autocuidado, favoreciendo la recuperación y mejorando la calidad de vida. También puede ser un apoyo muy importante para los familiares a la hora de realizar los cuidados”.

Por otra parte, las experiencias en las que se ha implicado al usuario en el cuidado de su salud, son los programas de automanejo en los que mediante la participación activa del usuario en el cuidado de su propia salud han demostrado su efectividad en autoeficacia y calidad de vida frente a enfermedades crónicas⁷¹.

Por todo ello, y acorde a las encuestas, el uso del ejercicio terapéutico como herramienta fundamental es la clave para demostrar una actividad exclusiva propia de nuestra profesión, hecho que refuerza el desarrollo de nuestras especialidades y competencias, contribuyendo así a la satisfacción del usuario.

7) LA INCLUSIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN LA GESTIÓN DEL IB-SALUD

Los estudios demuestran como el fisioterapeuta muestra interés por la investigación, las actividades encaminadas a la prevención o Educación para la Salud (actividad muy valorada por los usuarios de fisioterapia en Atención Primaria, según del Baño-Aledo et al⁷²), el trabajo en equipo, así como un nuevo modelo de gestión⁷³. Ahora bien, los fisioterapeutas

no participan siempre en los ítems reseñados^{74, 75}. En la mayoría de los casos tienen que dedicar toda su jornada laboral a tratamientos en sala de fisioterapia, por las altas listas de espera existentes⁷⁶, teniendo que dejar en un segundo plano otras actividades, como la Educación para la Salud, actividades preventivas o de participación en la comunidad. Esto se debe a que la fisioterapia es una profesión joven que no tiene ni el bagaje de otras titulaciones, ni el número de titulados que otras profesiones sanitarias sí poseen, entendiéndose que en la actualidad somos más asistenciales que investigadores o gestores en número.

La mejor manera de gestionar los recursos en una profesión es conocerla y ejercerla. En esta línea, un porcentaje incipiente de fisioterapeutas se dedican a la coordinación y gestión, hecho que lleva a plantear la necesidad de generar la propia dirección de fisioterapia dentro del sistema de salud, para cada Área de Salud y un coordinador de fisioterapia a nivel autonómico^{77, 78}.

En esta línea, y en concordancia a las encuestas, el fisioterapeuta debe asumir todas las competencias para las que está capacitado y dirigir su desempeño profesional, desde su propia dirección.





V. CONCLUSIÓN



Los resultados de los cuestionarios indican que la situación de la Fisioterapia Balear es crítica a nivel de ratios. Por ello, se hace imprescindible apostar por un nuevo modelo donde el fisioterapeuta asuma nuevas competencias, que se prevén para la profesión y además suponen un importante ahorro. De esta manera, para poder abarcar estas nuevas capacidades profesionales, el IB-Salut debe aumentar el número de plazas de fisioterapeutas, incrementándose en más de **800** para poder cumplir las ratios indicadas. Además, necesitamos en España una Ley que regule las ratios de pacientes por fisioterapeuta para garantizar una rehabilitación de calidad, una mejor intervención, sin desigualdades territoriales y equiparada a la media europea.

El fisioterapeuta, con estas nuevas competencias profesionales, puede permitir que otros profesionales de su entorno resulten beneficiados de esta medida, a la par que se podrán mejorar los indicadores de salud y la atención a muchos usuarios. Sin olvidar que se podrá reducir, de forma relevante, el consumo de fármacos y la demanda de pruebas diagnósticas, especialmente en usuarios con patologías músculo-esqueléticas, con el consecuente ahorro antes mencionado.

Al fin y al cabo, el usuario necesita un tratamiento del cual el fisioterapeuta es el único proveedor, mediante intervenciones clínicas enfocadas a la prevención, promoción y aplicación del ejercicio terapéutico. Por ello, como se recoge en las Conclusiones del XV Congreso Nacional de Fisioterapia, **“es necesario la ampliación del marco competencial en**

sintonía con el desarrollo alcanzado por la profesión en otros países de nuestro entorno”.

Asimismo, mejorar la comunicación y las sinergias entre los profesionales sanitarios y fisioterapeutas para compartir la información relevante del usuario, mejorará los circuitos de calidad asistencial. Además, debemos trabajar con evidencia y aplicar el ejercicio terapéutico como herramienta clave de los fisioterapeutas del IB-Salut, únicamente pautada y supervisada por dichos profesionales, pudiendo también prescribir otras intervenciones propias de nuestra competencia. Por ello, en base a lo expuesto nos atrevemos a definir el fisioterapeuta que queremos en IB-Salut como aquel **“Profesional autónomo que puede abordar todo el circuito asistencial: 1) Diagnóstico fisioterápico y 2) Tratamiento fisioterápico incluyendo la prevención, recuperación y promoción de la salud, sin efectos adversos y ningún riesgo secundario”**.

EN RESUMEN, LAS VENTAJAS DEL AUMENTO DE FISIOTERAPEUTAS SON:

1. *Ahorro del gasto sanitario y de Seguridad Social.*
2. *Menor consumo farmacológico, iatrogenia, y efectos secundarios del usuario.*
3. *Desahogo de otros profesionales.*
4. *Facilitar al usuario una respuesta rápida y resolutive evitando la cronificación a la que le lleva el sistema actual.*
5. *Acceso Directo al Fisioterapeuta de Familia y Comunitaria (Atención Primaria) y centrar la atención en principios preventivos y educativos.*
6. *Desarrollo de la profesión y sus especialidades mediante la prescripción de ejercicio terapéutico entre otras intervenciones.*
7. *Mejora en la autogestión y dirección.*





VI. BIBLIOGRAFÍA



- ¹ España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones sanitarias. BOE núm. 280.
- ² Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado el 10/08/2018. Disponible en: www.who.int/es
- ³ Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Consultado el 10/08/2018. Disponible en: www.aefi.org
- ⁴ World Confederation of Physical Therapy (WCPT). Physical Therapists as exercise experts across the life span. Consultado el 07/08/2018. Disponible en: www.wcpt.org
- ⁵ Amigo Rodríguez P. Institucionalización de la medicina familiar y comunitaria como especialidad médica España (1978-2008). Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011. pp145.
- ⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa. Consultado el 07/08/2018. Disponible en: www.ine.es/prensa
- ⁷ Govern de les Illes Balears. Consultado el 08/08/2018. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/recursos-humanos/plantillas>
- ⁸ World Confederation of Physical Therapy (WCPT). Norwegian physical therapists celebrate direct acces for patients. Consultado el 05/08/2018. Disponible en: www.wcpt.org/news/norwegian-direct-acces-jan-18/
- ⁹ Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (ICPFA). Según estudios, una apuesta por la prevención desde la fisioterapia, ayudaría a reducir citas médicas y disminuiría la necesidad de medicación y pruebas diagnósticas. Consultado el 05/08/2018. Disponible en: https://www.colfisio.org/comunicacion_y_prensa/noticias/786_El_30_de_los_pacientes_que_acude_al_medico_de_familia_podria_ser_atendido_por_el_fisioterapeuta.html
- ¹⁰ Capó-Juan MA, Callejero-Guillén A. Fisioterapia y Sociedad. Aproximándonos a las necesidades reales. Fisioterapia 2018; 40(5):278-279.

¹¹ OECD. State of Health in EU. España: Perfil Sanitario del país. París/Bruselas: European Observatory on Health System and Policies; 2017.

¹² Redacción médica. España tiene la mitad de fisioterapeutas por persona que la élite europea. Consultado el 01/08/2018. Disponible en: www.redaccionmedica.com

¹³ Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria* 2008; 40(6):277–282.

¹⁴ Carles R, Gómez-Conesa A, Abril E. Estrés de índole laboral. *Fisioterapia*. 2006; 28(2):87–97.

¹⁵ Gandini BJ, Paulini SS, Irusta MJ, Sales J, Freitas L. El desgaste profesional o síndrome de estrés laboral asistencial (burnout) entre los profesionales de la salud de la ciudad de Córdoba. *Rev Fac Cienc Med*. 2006; 63(1):18–25.

¹⁶ Gervás J, Pérez M, Palomo L, Pastor R. 20 años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para el aprendizaje por acierto-error. Madrid: REAP; 2005.

¹⁷ Medina F, Meseguer AB, Navarrete S, Saturno PJ, Valera JF, Montilla J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2005; 8(1):3–10.

¹⁸ Mesa Ruiz AM, López Liria R, Garrido Fernández P, Rocamora Pérez P, Fernández Sánchez M, Pérez de la Cruz S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Fisioterapia* 2010; 32(3):103-110.

¹⁹ Inglés MM, Luengo MD, Medina F, Pérez MR, Sanz C, Sánchez ME. Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en atención primaria. Salamanca: Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León; 2007.

²⁰ Club de la farmacia. Dolor de espalda, una patología de elevada prevalencia.

Consultado el 08/08/2018. Disponible en: <https://www.clubdelafarmacia.com/blogclub/atencion-farmaceutica/dolor-de-espalda-una-patologia-de-elevada-prevalencia/>

²¹ Vicente-Herrero MT, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV, Capdevila-García LM, López-González AA, Terradillos-García MJ, Aguilar-Jiménez E, et al. Impacto científico, costes por incapacidad temporal y repercusión jurídica. Las enfermedades de la Columna Lumbar y su relación con el trabajo en España. Seguridad. 2012; 126(2):34-47.

²² Diario Salud a diario. Las bajas por dolor de espalda suponen unas pérdidas anuales de 16.000 millones de euros. Consultado el 01/08/2018. Disponible en: <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/las-bajas-por-dolor-de-espalda-suponen-unas-perdidas-anuales-de-16-000-millones-de-euros>

²³ Fritz JM, Kim J, Thackeray A, Dorius J. Use of Physical Therapy for Low Back Pain by Medicaid Enrollees. Phys Ther. 2015; 95(12):1668-1679.

²⁴ Louro González A, Cano Martínez S, Moyano de Beça F, Vila Longueira M. Novedades en el manejo del dolor lumbar. Aten Primaria 2001; 28(10):662-667.

²⁵ García Á, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38(1):117-130.

²⁶ Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza Salud; 2007.

²⁷ Ministerio Salud Pública. Dolor lumbar. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud; 2016.

²⁸ La Gaceta. La fisioterapia bajó un 95% la internación por bronquiolititis. Consultado el 12/08/2018. Disponible en: <https://www.lagaceta.com.ar/nota/440151/>

informacion-general/fisioterapia-bajo-95porciento-internacion-bronquiolitis.html

²⁹ Foglio K, Ambrosino N, Agati S. Maintaining the benefits of pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*. 2007; 4(3):131-133.

³⁰ Llauger Roselló M^a A, Pou M^a A, Domínguez L, Freixas M, Valverde P, Valero C. Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2011; 47(11):539-578.

³¹ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Los costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio Sanidad; 2007.

³² Mitchell JM, de Lissoyoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referrer episodes of physical therapy. *Phys Ther*. 1997; 77(1):10-18.

³³ Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008; 88(8):936-946.

³⁴ Ministerio de educación, cultura y deporte. Actividad física y prevalencia de patologías en la población española. España: Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte Departamento de Deporte y Salud; 2016.

³⁵ Skou ST, Pedersen BK, Abbott JH, Patterson B, Barton C. Physical activity and exercise therapy benefit more than just symptoms and impairments in people with hip and knee osteoarthritis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018; 48(6):439-447.

³⁶ McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLoS Med*. 2011; 8(9):e1001098.

³⁷ Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ*. 2011; 342:c7086.

- ³⁸ García Milián AJ, Delgado Martínez I, Lara Bastanzuri C. Estrategia para lograr un uso racional de los medicamentos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2003; 19(2).
- ³⁹ Silva Graciani F, Bonorra Vidrich Ferrerira GL. Impacto ambiental de los medicamentos y su regulación en Brasil. *Rev Cubana Salud Pública* 2014; 40(2):268-273.
- ⁴⁰ Capó-Juan MA. Efectividad de medidas educativo-terapéuticas en fisioterapia. *Rev Soc Esp Dolor* 2016; 23(3):154-158.
- ⁴¹ Juan García FJ. Acceso directo a fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. *Rehabilitación* 2012; 46(3):254-257.
- ⁴² Cilleruelo Laiseca E. La rehabilitación vista por un médico de atención primaria. *Rehabilitación* 2011; 45(1):68-71.
- ⁴³ Giménez Basallotea S, Zarco Rodríguez J. Rehabilitación desde la perspectiva de atención primaria *Rehabilitación* 2011; 45(1):65-67.
- ⁴⁴ Martínez-Lentisco MM, Abad-Querol J, Asensio-García C, Rodríguez-Pérez M, Escobar-Molero P. Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2011; 14(1):15-19.
- ⁴⁵ Sarkies M, Henderson J, Haas R, Bowles J. Additional weekend allied health services reduce length of stay in subacute rehabilitation wards but their effectiveness and cost-effectiveness are unclear in acute general medical and surgical hospital wards: a systematic review. *J Physiother.* 2018; 64(3):142-158.
- ⁴⁶ Kinoshita S, Momosaki R, Kakuda W, Okamoto T, Abo M. Association between 7 days per week rehabilitation and functional recovery of patients with acute stroke: a retrospective cohort study based on the Japan Rehabilitation Database. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017; 98(4):701-706.
- ⁴⁷ Haas R, O'Brien L, Bowles KA, Haines T. Effectiveness of a weekend physiotherapy service on short-term outcomes following hip and knee joint replacement surgery: a quasi-experimental study. *Clin Rehabil.* 2018; 1:269215518779647.

- ⁴⁸ Maidment Z, Hordacre B, Barr C. Effect of weekend physiotherapy provision on physiotherapy and hospital length of stay after total knee and total hip replacement. *Aust Health Rev.* 2014; 38(3):265-270.
- ⁴⁹ Boxall A, Sayers A, Caplan G. A cohort study of 7 day a week physiotherapy on an acute orthopaedic ward. *J Orthop Nursing* 2004; 8(2):96-102.
- ⁵⁰ Monastero M, Chen X, Fisch S, Donaghy S, Gomez M. Efficacy of 7 Days per Week Inpatient Admissions and Rehabilitation Therapy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012; 93(12):2165-2169.
- ⁵¹ Haas R, Sarkies M, Bowles K, O'Brien L, Haines T. Early commencement of physical therapy in the acute phase following elective lower limb arthroplasty produces favorable outcomes: a systematic review and meta-analysis examining allied health service models. *Osteoarthr Cartil.* 2016; 24(10):1667-1681.
- ⁵² David C, Price N, Price T, Sheeran T, Mulherin D. Impact of weekend physiotherapy delivery on the throughput of rheumatology in patients: Feasibility study. *Physiotherapy* 2003; 89(1):25-29.
- ⁵³ Denninger TR, Cook CE, Chapman CG, McHenry T, Thigpen CA. The influence of patient choice of first provider on costs and outcomes: Analysis from a physical therapy patient registry. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018; 48(2):63-71.
- ⁵⁴ Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson M^a EH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016; 17:257.
- ⁵⁵ España. Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. BOE núm.174.
- ⁵⁶ España. Audiencia Nacional. Sala de lo Contencioso, Sección 5^a. Sentencia 2 de diciembre 2009.
- ⁵⁷ Weale AE, Bannister GC. Who should see orthopaedic outpatients:

- physiotherapists or surgeons? *Ann R Coll Surg Engl.* 1995; 77(s):71–73.
- ⁵⁸ Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, et al. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005; 35(2):67–71.
- ⁵⁹ Ooijendonk WTM, Van Hespen ATH, Pronk MG, de Vries SJ. Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie [Pilot Study on Direct Access to Physical Therapy]. Leiden, the Netherlands: TNO-PG; 2004.
- ⁶⁰ Calcerrada-Díaz Santos N, Gracia-San Roman FJ, Blasco Amaro JA, Andradas-Aragonés E, Pla-Mestre. Sistema de clasificación de patologías en Rehabilitación en pacientes ambulatorios. *Rehabilitación* 2006; 40(4):180-187.
- ⁶¹ Souto Camba S. Autonomía profesional y acceso directo en Fisioterapia. *Fisioterapia* 2013; 35(3):89-91.
- ⁶² España. Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE núm. 307.
- ⁶³ Fernández R, Souto S, González L, Lisa A, Gómez A. Proyecto de especialidades en fisioterapia. Madrid: Asociación Española de Fisioterapeutas; 2015.
- ⁶⁴ Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med.* 2001; 174(1):13-18.
- ⁶⁵ Peiró JM, Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993.
- ⁶⁶ Capó-Juan MA, Fiol-Delgado RM, Alzamora-Perelló MM, Bosch-Gutiérrez M, Serna-López L, Bennasar-Veny M, Aguiló-Pons A, de Pedro-Gómez JE. Satisfacción de las personas con lesión medular con el servicio de promoción de la autonomía personal en las Islas Baleares. *Rev Esp Salud Publica.* 2016:90-96.
- ⁶⁷ Capó-Juan MA. Fisioterapia. Conceptos y aplicación en Atención Primaria y Especializada. Madrid: FUDEN y SATSE; 2017.
- ⁶⁸ Taylor NF. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: a summary

of systematic reviews 2002–2005. Disponible en: <http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/53-1/austjphysiotherv53i1taylor.pdf>

⁶⁹ Ramos-Gómez F, Suárez-Serrano C, González-Iglesias J, Marcén-Román Y, Pampín-Lado P, Pallín-Tato E, et al. Conclusiones del XV Congreso Nacional de Fisioterapia y I Congreso Nacional de Fisioterapia del Deporte. Prescripción de ejercicio y especialidades en Fisioterapia. *Fisioterapia* 2018; 40(4):167-167.

⁷⁰ España. Resolución de 18 de septiembre, por la que se establecen recomendaciones propuestas por las universidades de memorias de verificación del título oficial de Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. BOE núm. 228.

⁷¹ Carrión-Pérez F, López-Medina S, Rodríguez-Moreno S. Modelos de rehabilitación en atención primaria y comunitaria. Revisión bibliográfica. *Rehabilitación* 2011; 45(1):8-13.

⁷² del Baño-Aledo ME, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Collins SM. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy* 2014; 100(1):73-79.

⁷³ Rebelo Ferreira de Carvalho ST, Vilella Bueno SM, Martín Casas P, Bonilla Solís R. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid. *Fisioterapia* 2014; 36(2):81-86.

⁷⁴ García-Sanz E, Jiménez-Rejano JJ, Pérez-Cabezas VR, Chillón-Martínez R, de la Casa Almeida M, Rebollo-Salas M. Calidad de vida profesional de los fisioterapeutas en el ámbito hospitalario público de Sevilla. *Fisioterapia* 2018; 40(2):6572.

⁷⁵ Frau Escales P, Moret Vilar J, Igual Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia. *Fisioterapia* 2011; 33(4):166-172.

⁷⁶ Barra López M. Fisioterapia en atención primaria. Estudio analítico de las cargas

de trabajo. *Fisioterapia* 2003; 25:159-69.

⁷⁷ Capó-Juan MA. Liderazgo, Gestión y Dirección. *fisioGlía* 2017; 4(2):28.

⁷⁸ Abril Belchí E, Velasco Velasco R. La gestión de los servicios de fisioterapia de Atención Primaria: un techo de cristal para los fisioterapeutas. *Fisioterapia* 2018; 40(6):281-283.



SOBRE LOS AUTORES:

Miguel Ángel Capó Juan

Palma (Mallorca). Islas Baleares



 @macapo_  @macapo_  macapoj

Generé mis bases en fisioterapia en la Universitat de les Illes Balears hace ya más de una década, apostando por formarme en pediatría, neurociencia y ejercicio terapéutico entre otras áreas, en diversas universidades. Continué mi formación en gestión y me doctoré con la intención de aprender y poder aplicar conocimientos a nuestro campo. Siempre creí en un Servicio público de calidad y en una fisioterapia pública y gratuita. Por ello aposté por el ejercicio profesional y docente en este sector, así como por la gestión en fisioterapia con el objetivo de visibilizar y promover nuestra profesión.

Alfonso Callejero Guillén

Fraga (Huesca). Aragón



 @alfonso_callejero  @a_callejero

Me diplomé en Fisioterapia en la Universitat de les Illes Balears y me formé en diversas áreas. Años después, decidí especializarme en investigación y neurología con la intención de dar evidencia a nuestra práctica clínica. Llevo cerca de diez años en Atención Especializada trabajando junto con los usuarios en fisioterapia neurológica, para mejorar sus capacidades, llegar a sus objetivos y cumplir, en consecuencia, sus necesidades diarias.









