



## **El papel de la Fisioterapia en el Novo Modelo de Atención Primaria del Servizo Galego de Saúde.**

**Documento realizado por la SOGAFI.**

### **1. Nuevo rol de la Fisioterapia en Atención Primaria.**

En estos tiempos en que se está cuestionando nuevamente la sostenibilidad del sistema sanitario público, universal y gratuito, tal y como lo conocemos, urge más que nunca un cambio de modelo donde la gestión de los recursos sanitarios públicos se haga de una forma más racional y eficiente.

Son muchas las organizaciones y sociedades científicas que postulan que cualquier medida destinada a mejorar la eficiencia de dicho sistema sanitario debe pasar obligatoriamente por el fortalecimiento de la atención primaria, dotándola de recursos y estructuras directivas propias así como de una financiación completa y no dependiente de las estructuras de atención hospitalaria ya que es bien sabido que es esta atención más cercana a la población la que está en la mejor disposición de conseguir dicha gestión racional de los recursos públicos contribuyendo de una manera esencial a la sostenibilidad del sistema.

El fisioterapeuta, profesional formado y capacitado para el desarrollo de sus funciones de una forma autónoma, está en disposición de aportar al Equipo Básico de atención primaria todo su

potencial en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y manejo de la discapacidad y del dolor, así como la minimización de las secuelas de diversos procesos. Su formación específica en el abordaje de los pacientes con alteraciones neuromusculares, que se estima comprende en torno a un 30-40% de la carga asistencial de la consulta de los médicos especialistas de atención primaria, lo sitúa en disposición de ser un elemento clave en la mejora de la gestión de dichos procesos desde y por la atención primaria.

En este nuevo papel, el fisioterapeuta pretende ser un aliado del médico especialista en medicina familiar y comunitaria en la gestión la demanda de toda aquella patología musculoesquelética de alta incidencia y baja complejidad que se atiende a diario en las consultas de atención primaria, reduciendo la necesidad de derivar al segundo nivel asistencial mucho menos eficiente y costo-efectivo en la resolución de dichos procesos. A pesar de este papel centrado en la atención de los procesos musculoesqueléticos, no debemos pasar por alto todo el potencial que puede aportar el fisioterapeuta en la atención y manejo de toda aquella patología respiratoria aguda y crónica, cardiovascular y metabólica que se atiende en las consultas de AP. El fisioterapeuta es el profesional más capacitado y mejor formado para el uso y prescripción del ejercicio terapéutico (guiándolo, adaptándolo y supervisándolo), herramienta esencial para el tratamiento de gran parte de los procesos anteriormente citados, que saturan las consultas de Atención Primaria y que, en el modelo actual, se están manejando en contra del criterio que recomiendan las Sociedades Científicas, las Guías de práctica clínica y las publicaciones más prestigiosas.

Desde SOGAFI consideramos que la fisioterapia está destinada a jugar un papel muy importante en este necesario nuevo modelo de atención primaria; y para poder contribuir con todo nuestro potencial urge un cambio de rol de los profesionales fisioterapeutas en este importante primer nivel asistencial.

Tanto la evidencia científica actualmente disponible como los resultados obtenidos en los países de nuestro entorno, donde se ha apostado por un nuevo modelo de AP que incluye a los fisioterapeutas como uno de los elementos claves, avalan el necesario e urgente cambio de rumbo.

El cambio del rol que proponemos desde SOGAFI debe pivotar en torno a varios elementos clave:

1. **Integración dentro del Equipo Básico de AP** y con autonomía asistencial plena, realizando los cambios legislativos necesarios. Actualmente circular 4/91.
2. **Mejorar ratios actuales** como medida de choque inicial: **1/ 10.000**. Para ello se necesitarían unos 72 fisioterapeutas en toda la Comunidad. Con ello se podría empezar a reducir la inoperante concertación con empresas privadas que actualmente existe del recurso de Fisioterapia en Áreas cómo Ferrol, Pontevedra y Vigo.

Además se debería nombrar un **Coordinador en cada Área** con posibilidad de liberar agendas de asistencial y poder gestionar todas las UFAP del Área muy distantes unas de otras: necesidades de material, de formación, de espacio, etc.

3. **Ser un recurso de AP en la realidad asistencial**, no sólo a nivel legal. Tenemos que dejar de ser un recurso para uso del Hospital, colapsando las UFAP con muchas derivaciones y excesivas sesiones y no permitiendo realizar nuestra fundamental actuación en primaria de prevención y promoción de la salud.

Se debe además **descargar al fisioterapeuta de todo el trabajo administrativo** que actualmente realiza, para que lo realicen los PSX de los distintos centros de salud: citar / cambiar las citas de los pacientes, atender llamadas telefónicas a las UFAP, registrar los datos estadísticos, cargar los datos en las listas de espera de las UFAP, etc.

4. **Guía de AP elaborada por los profesionales de este nivel asistencial**: qué necesitan los MEAP y qué podemos aportar nosotros. Intentar resolver los procesos que acuden al 1er nivel asistencial con los recursos existentes en este nivel como es la Fisioterapia, sin recurrir permanentemente al nivel Hospitalario. Para esto es importante que las UFAP tengan disponibilidad de tiempo asistencial para hacer este trabajo.

Es importante no permitir que el control de las UFAP se realice desde los servicios Hospitalarios (ellos ya tienen su recurso de fisioterapia para esta patología). Actualmente y como ejemplo, en la EOXI de Vigo hay 48 fisioterapeutas en Hospitales y sólo 25 en AP. A nivel Hospitalario se deberá mejorar la gestión de agendas y/o número de sesiones, o incluso aumentar la dotación de fisioterapeutas en Hospital, pero no utilizar los recursos de Fisioterapia de Primaria para realizar esos tratamientos que se deben asumir desde AH.

Tras la elaboración de esta Guía, se necesitaría a **un fisioterapeuta en S.S. C.C. que lidere su implantación en toda la Comunidad**, según las necesidades de cada Área.

En esta guía se recogería la **Cartera de Servicios ampliada** que se puede ofertar desde las UFAP: Neuromusculoesquelético / Dolor / Actividad Física / ENT / Cardiovascular / EPOC / ATM y dolor orofacial / Pediatría (respiratorios, tortícolis congénita sin bultoma, afecciones de crecimiento – Sever y Osgood Slater-, escoliosis e hipercifosis).

5. **Ser referentes para la atención Comunitaria** en cuanto a fomentar la actividad física y uso de los recursos comunitarios.

6. **Atención domiciliaria** para diseñar la adaptación de los espacios, cómo movilizar a las personas dependientes y educación al cuidador.

7. **Incluir las UFAP como centros docentes** no sólo para Fisioterapia, sino también para Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria.

## 2. Tabla resumen de contenidos.

| Cambio de rol del fisioterapeuta en Atención Primaria (AP) |   |
|--|---|
| 1.   | Integración del fisioterapeuta dentro del equipo básico de AP.  |
| 2.   | Mejora inicial de ratios: 1/10.000 habitantes (son necesarios de inicio 72 fisioterapeutas más).      |
| 3.   | Fisioterapia como recurso de Atención Primaria y no sólo para atención Hospitalaria.                  |
| 4.   | Participación exclusiva de los Profesionales de AP en la Elaboración del Guía de Fisioterapia en AP.  |
| 5.   | Fisioterapia como referencia de atención comunitaria en el fomento de actividad física para la salud. |
| 6.   | Fisioterapia en la Atención domiciliaria.   |
| 7.   | Incluir a las UFAP como centros docentes para todos los profesionales del equipo de AP.               |