
SOCIEDADE GALEGA
DE FISIOTERAPEUTAS

CONSELLERÍA DE SANIDADE

XUNTA DE GALICIA



DOCUMENTO DE ALEGACIONES
AL BORRADOR “PROPOSTAS PARA
O NOVO MODELO DE ATENCIÓN
PRMARIA”



SECRETARIA@SOGAFI.ORG



Autores:

D. Pablo Pérez Mariño.

Fisioterapeuta en la UFAP de Lavadores, EOXI de Vigo. Miembro y Representante de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas en el Grupo de Traballo para o Novo Modelo de Atención Primaria.

D. Guillermo Bilbao Ogando.

Fisioterapeuta en el Hospital comarcal do Salnés. EOXI Pontevedra-Salnés. Miembro de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

D. Manuel Fraiz Barbeito.

Fisioterapeuta en la Unidade de Desviacións do Raquis. EOXI Pontevedra-Salnés. Profesor Asociado de Estancias Clínicas da Facultade de Fisioterapia de Pontevedra (Universidade de Vigo). Miembro de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

Dña. Vanesa López Míguens. Fisioterapeuta especialista en Demencias. AFAGA. Vocal de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

D. Gustavo Paseiro Ares.

Doctor en Fisioterapia. Profesor Titular de la Facultad de Fisioterapia (Universidade da Coruña). Miembro de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

SOCIEDADE GALEGA DE FISIOTERAPEUTAS



D. Óscar Díez Meleiro.

Fisioterapeuta especialista en Neurorehabilitación. Ejercicio Libre (Vigo). Vicepresidente de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.

D. Eduardo Fondevila Suárez.

Fisioterapeuta. Máster Oficial en Gestión e Investigación de la Discapacidad y la Dependencia por la Universidade da Coruña (MSc). Profesor Asociado de la Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat-Cantabria (Adscrita a la Universidad de Cantabria). Ejercicio libre (A Coruña). Presidente de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.





ÍNDEX

Introducción	5
Primera Parte. Análisis de la efectividad clínica e impacto económico de una gestión racional de los recursos de fisioterapia en patología de alta prevalencia en Atención Primaria.....	6
Segunda Parte. Alegaciones de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas al Borrador de “Propostas para o Novo Modelo de Atención Primaria.....	38
Conclusión.....	74



INTRODUCCIÓN.

El presente documento contiene las alegaciones del grupo de trabajo de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas al Borrador “Propostas para o Novo Modelo de Atención Primaria” emitido por la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

El documento consta de dos partes. En primer lugar, se muestra un análisis basado en una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre la efectividad clínica y el impacto económico que conllevaría la gestión racional de los recursos de fisioterapia en patología de alta prevalencia en Atención Primaria, con el objetivo de justificar, con datos, la pertinencia de realizar un cambio de rol del profesional fisioterapeuta en esta unidad asistencial. El objetivo de este cambio de rol no es otro que mejorar los resultados clínicos y la percepción del usuario, reducir las listas de espera, reducir el coste sanitario y aliviar el exceso de presión asistencial de los especialistas en Atención Primaria en el contexto del trabajo en equipo de tipo inter-disciplinar.

Basándose en estos datos, finalmente, se expone el contenido de las alegaciones del grupo de trabajo sobre el Borrador presentado por la Administración. Se trata de una exposición justificada de medidas y objetivos concretos sobre el Borrador, presentando, además, un cronograma racional para la implementación de cada una de las medidas, con el objetivo de alcanzar las mejoras expuestas: mejorar la salud de los ciudadanos y optimizar los recursos sanitarios.



Primera Parte.

Análisis de la efectividad clínica e impacto económico de una gestión
racional de los recursos de fisioterapia en patología de alta prevalencia
en Atención Primaria.





Un tratamento es considerado *efectivo* si hay evidencia que es capaz de eliminar o reducir un problema de salud determinado. Un tratamento es *coste-efectivo* si es capaz de proporcionar la mejor alternativa de tratamiento en términos económicos. Se presenta a continuación, por un lado, una relación de la evidencia científica disponible sobre la efectividad de programas específicos de fisioterapia, así como su relación de coste-efectividad, para algunas de las principales condiciones de mayor prevalencia que más sobrecarga el trabajo de los especialistas en Atención Primaria de Galicia.

Si bien existen numerosas condiciones en las que participa el fisioterapeuta en los Servicios de Atención Primaria y atención comunitaria, tales como la patología respiratoria, la cardíaca, con los programas en fase II y fase III, la incontinencia urinaria o los distintos programas de prevención, en este documento nos centraremos en aquellas condiciones de más alta prevalencia en Atención Primaria susceptibles de recibir fisioterapia como tratamiento de elección que, además, son algunas de las que más saturan estas unidades asistenciales y más exceso de trabajo repercuten en la labor de los médicos especialistas. Así, se pretende justificar la pertinencia del progresivo cambio de rol de los fisioterapeutas en este nivel asistencial como los profesionales de referencia para el cribado de este tipo patologías dentro del trabajo en equipo interdisciplinar como son: *el dolor lumbar no específico, el dolor cervical, el dolor crónico, el síndrome subacromial, y la patología traumática y ortopédica en zona previamente sana de baja complejidad y alta prevalencia* (tendinopatías, lesiones musculares, esguinces, etc).

Finalmente, se realiza una revisión de la literatura científica de la evidencia disponible en gestión sanitaria sobre la implementación de esta política pública concreta, la derivación



directa y el cribado por parte de los fisioterapeutas de esta patología en diversos países de nuestro entorno.

Desde la Sociedade Galega de Fisioterapeutas pensamos que es de importancia capital considerar este análisis a la hora de diseñar el Novo Modelo de Atención Primaria del Servizo Galego de Saúde. En primer lugar, para ofrecer el mejor tratamiento asistencial posible a los ciudadanos gallegos, y en segundo lugar para realizar una planificación y gestión adecuada de los recursos sanitarios por parte de la Administración.

1. Efectividad e impacto económico de la fisioterapia en patologías de alta prevalencia en Atención Primaria.

1.1. Dolor lumbar no específico.

El dolor lumbar no específico engloba más del 95% de los casos de dolor lumbar. La mejor evidencia sugiere que alrededor de un 33% de los pacientes con dolor lumbar no específico tendrán una recurrencia al año de recuperarse de estos episodios previos o incluso el 46% en algunas poblaciones especiales en un seguimiento a 28 años (1, 2). El problema en el dolor lumbar no específico es, por tanto, la recurrencia y en ella el tiempo de evolución no refleja el resultado; por el contrario, basarse en el número total de días al año con dolor refleja mucho mejor la situación (3, 4). La prevalencia en la infancia es del orden del 1%-6% (5), pero aumenta en la adolescencia a un 18%-50% (6, 7). El pico



máximo se da al final de la sexta década de la vida, disminuyendo su prevalencia en personas mayores de 60 años (7, 8, 9). De promedio, la prevalencia es mayor en mujeres que hombres y, además, las mujeres tienen episodios más largos (10, 11). En el segmento escolar también es mayor la prevalencia de dolor lumbar en mujeres que en hombres y se dispara en mujeres post-menopáusicas (11). Aunque la prevalencia del dolor lumbar es mayor en países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo, no hay diferencias a nivel global entre áreas rurales o urbanas (12).

En las últimas décadas su ascenso a nivel mundial ha sido pandémico, haciendo del dolor lumbar la causa número uno de discapacidad global y una prioridad absoluta en salud pública (13, 14,15) que se refleja en el elevado coste sanitario de la condición.

En 1990, en Australia el coste fue de \$10 mil millones, un 0,22% de su PIB y un 1.65% del gasto sanitario. En Reino Unido, la factura asciende a £60 mil millones, un 0,19% de su PBI y un 2.78% del gasto sanitario y en los EEUU, un 0,42% de su PIB y un 3,22% del gasto sanitario (7).

El impacto económico del dolor lumbar es comparable a otras condiciones prevalentes, como la enfermedad cardio-vascular, cáncer, salud mental y enfermedades autoinmunes (13). Dentro de los costes asociados al dolor lumbar, los indirectos (coste por pérdida de la actividad laboral y el coste de la pensión de discapacidad) son, con mucho, los más elevados, en torno a un 86.5% (16). Los costes directos son, por el contrario, mucho menores, siendo el asociado a las intervenciones de fisioterapia tales como la terapia



manual, la intervención educativa o el ejercicio terapéutico del orden del 6.6% del total del gasto que genera la condición (16).

Está comprobado que la implementación de políticas públicas concretas puede reducir el coste sanitario parejo a la condición de dolor lumbar no específico (13). Así, en los Países Bajos el coste asociado al dolor lumbar se redujo de manera significativa entre 1991 y 2007 después de realizar cambios en los dos tipos de costes.

Por un lado, cambios en la legislación que modificaban las prestaciones por discapacidad y por otro lado, la introducción en sus sistemas sanitarios de los tratamientos basados en la evidencia científica, entre ellos, programas específicos de fisioterapia que, si bien aumentaban ligeramente la factura de los costes directos, demostraron reducir el coste total por el fuerte impacto que estos programas ejercieron en los costes indirectos, al reducir los tiempos de baja laboral y la discapacidad asociada (13, 16, 17).

Dentro de las intervenciones aprobadas a nivel mundial en las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica para el dolor lumbar no específico persistente, encontramos en 2019 una muy fuerte recomendación de las estrategias de fisioterapia tales como el ejercicio terapéutico o la intervención educativa como tratamiento de primera línea las estrategias de fisioterapia, como en la realizada en 2018 por *The Lancet* (18). Por su parte, las intervenciones de fisioterapia manual se encuentran recomendadas como modalidad de segunda línea (18), muy por encima de intervenciones farmacológicas habituales, tales como el paracetamol, los relajantes musculares, los



inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, los medicamentos anticonvulsivos, los opioides o las intervenciones quirúrgicas tales como la fusión espinal, tanto para el dolor agudo como para el dolor persistente (18).

Así mismo, la Guía NICE del Gobierno del Reino Unido del año 2018 recomienda también, para aquellas personas mayores de 16 años con dolor lumbar con o sin dolor radicular, las intervenciones de fisioterapia tales como el ejercicio terapéutico o la terapia manual como la primera línea de intervención tras la información y los consejos generales por parte del especialista en Atención Primaria. (19).

Si bien a día de hoy el consenso es alto sobre la eficacia clínica de las intervenciones de fisioterapia para el tratamiento del dolor lumbar agudo, subagudo y persistente (13, 18, 19, 20), en la literatura científica no existen estudios de alta calidad que analicen la relación de coste-efectividad de manera aislada de programas de fisioterapia para estas condiciones (21, 22, 23, 24, 25, 26).

Sin embargo, sí existe evidencia sobre el impacto en el coste-beneficio de estos programas dentro de la práctica general de Atención Primaria. Así, se ha estudiado en una revisión sistemática el coste-beneficio de las distintas posibilidades de intervención del Especialista en Atención Primaria para el dolor lumbar subagudo y crónico (27).

Cuando se analizaron los costes directos, la intervención aislada del Especialista en Atención Primaria estaba asociada a menor gasto que otros tratamientos coadyuvantes,



como la fisioterapia. Estos datos son congruentes con lo que demuestran otros estudios de la literatura (13, 16, 17). Sin embargo, cuando se consideraban los costes indirectos que, como se ha explicado, son los que más impacto tienen en la factura total, la intervención aislada del Especialista en Atención Primaria incurría en un aumento del coste global (27). Por el contrario, añadir a la intervención general del Especialista en Atención Primaria tratamientos de fisioterapia tales como la intervención educativa, el ejercicio terapéutico o los programas de rehabilitación clínica, demostró una mayor coste-efectividad, al reducir el coste total de la condición por la disminución de los costes indirectos asociados y generar más beneficios a los pacientes (27).



Eficacia y coste-efectividad de la Fisioterapia en AP para el dolor lumbar no específico: ideas clave.

1. El dolor lumbar es la principal causa de baja laboral y de discapacidad del mundo, siendo el coste indirecto (pérdida de la actividad económica por baja laboral y pensiones de discapacidad) el causante de más del 85% del mismo.
2. Implementar políticas públicas encaminadas a introducir tratamientos avalados por la evidencia científica ha demostrado reducir el coste indirecto y por ello el global de la condición.
3. Los tratamientos de fisioterapia, tales como el ejercicio terapéutico, la terapia manual o la intervención educativa cuentan hoy en día con un altísimo respaldo en la evidencia científica como intervenciones de primera y segunda línea para el manejo del dolor lumbar no específico, que engloba más del 95% del dolor lumbar, muy por encima de buena parte del tratamiento farmacológico habitual y de algunas medidas de tipo quirúrgico, tanto en el dolor lumbar agudo como en el persistente.



4. Se ha demostrado que introducir en la práctica de Atención Primaria los programas de fisioterapia reduce el coste total del dolor lumbar al incidir sobre el coste indirecto de manera más significativa que si sólo se considera aisladamente la intervención del especialista.
5. La derivación directa del especialista en Atención Primaria hacia los programas específicos de fisioterapia avalados por la evidencia científica para el dolor lumbar no sólo es recomendable desde el punto de vista clínico, sino que además es coste-efectiva, evitando el coste directo que implica la derivación a Atención Hospitalaria y reduciendo el coste indirecto al demostrar reducir la discapacidad, reducir los períodos de baja laboral y generar mayor beneficio asociado.

Tabla 1. Fisioterapia en AP para el dolor lumbar no específico.

1.2. Dolor cervical.

El dolor cervical es la cuarta causa de discapacidad global, después del dolor lumbar, la depresión y otros trastornos músculo-esqueléticos, con una prevalencia anual de más del 30% y, aunque en una gran cantidad de casos se trata de un fenómeno auto-limitado que se resuelve de manera espontánea, en más del 50% de los casos es persistente (28, 29). Existe evidencia moderada sobre la efectividad clínica de los programas de fisioterapia basados en la terapia manual, los ejercicios de aumento de rango articular, la reeducación sensorio-motora y el entrenamiento terapéutico de la fuerza para el manejo de los trastornos asociados a esta condición, tales como el dolor cervical asociado a limitación de movimiento, el dolor cervical asociado al latigazo cervical, el dolor cervical con irradiación al miembro superior o el dolor de cabeza de origen cervicogénico (28, 30, 31, 32, 33, 34).



Las revisiones sistemáticas señalan que todavía existen muy pocos estudios de calidad que analicen la relación coste-efectividad de los programas de fisioterapia para dolor cervical para obtener pruebas concluyentes (35). No obstante, sí existen algunos estudios concretos de alta calidad para estudiar el impacto económico de las intervenciones más eficaces de fisioterapia. Un estudio publicado en el *British Medical Journal* ha demostrado el impacto económico al cabo de un año (36). Así, un programa de fisioterapia basado en terapia manual específica para pacientes con dolor cervical (con un máximo de 6 sesiones) costó, después de un seguimiento de 12 meses, un tercio del gasto que supone para el sistema sanitario los programas de atención generalista en Atención Primaria y los programa base consistentes en dar al paciente una tabla estándar de ejercicios e indicaciones posturales y de relajación, con un máximo de 12 sesiones (36). En la misma línea, otro estudio publicado en la revista *Spine* demostró que los programas de fisioterapia manual más ejercicio domiciliario y educación eran más coste-efectivos que aquellos de ejercicios de rehabilitación y educación o educación sola (37), por lo que los programas de fisioterapia basados en terapia manual y ejercicio terapéutico, además de ser eficaces para el tratamiento de las condiciones de dolor cervical parecen demostrar indicios preliminares de coste-efectividad positiva (34, 36, 37).



Eficacia y coste-efectividad de la Fisioterapia en AP para el dolor cervical: ideas clave.

1. El dolor cervical es la cuarta causa de discapacidad global
2. Programas específicos de fisioterapia basados en la terapia manual y el ejercicio terapéutico demuestran eficacia moderada para el tratamiento de los desórdenes asociados al dolor cervical.
3. Aunque para esta condición el número de estudios realizados es aún limitado, ya existen pruebas preliminares que demuestran una relación de coste-efectividad positiva de estos programas para el manejo del dolor cervical con respecto al manejo estándar en la consulta del médico generalista.
4. La derivación directa del especialista en Atención Primaria a estos programas específicos de fisioterapia supone un beneficio para el paciente y un ahorro al sistema sanitario. Por un lado, el ahorro que se sigue al evitar la derivación a Atención Hospitalaria y por el otro, el concomitante a la reducción de la discapacidad asociada.

Tabla 2. Fisioterapia en AP para el dolor cervical.

1.3. Síndrome subacromial.

El síndrome subacromial es una entidad clínica compleja que implica una lesión o disfunción de los tejidos adyacentes a la articulación del hombro y que cursa con dolor e impotencia funcional para elevar el hombro o tumbarse sobre el lado afecto, siendo la tercera causa de consulta de patología ortopédica (38).

El pico de incidencia se registra en la sexta década de la vida, siendo los diagnósticos clínicos más comunes la patología del manguito de los rotadores (39, 40) que, sin



embargo, no se correlaciona de manera lineal con la clínica, lo que lo convierte en uno de los diagnósticos más controvertidos (38, 39, 40).

Existen pruebas sólidas que demuestran la eficacia de programas específicos de fisioterapia para esta condición. Una revisión sistemática y meta-análisis demuestra que, entre los tratamientos conservadores, los programas de fisioterapia basados en el ejercicio terapéutico específico son beneficiosos para estos pacientes, mientras que el tamaño efecto de la medicación anti-inflamatoria no esteroidea y los corticoides, si bien es superior al del placebo, no parece ser superiores al del programa de ejercicio (41).

La efectividad clínica de los programas de fisioterapia consistentes en terapia manual y ejercicio terapéutico específico ha sido demostrada en otros estudios y se ha comprobado que no es inferior a la del tratamiento quirúrgico (42, 43, 44, 45, 46).

Una intervención terapéutica muy frecuente para esta condición es la artroscopia de descompresión acromial. En los últimos años, sin embargo, numerosas investigaciones están sembrando dudas sobre el tamaño de efecto real de este procedimiento quirúrgico que, si bien ha demostrado buenos resultados clínicos (47, 48), es posible que sean más bien debidos al período de descarga y reposo del tejido posterior a la cirugía que a la propia intervención (49).

Así, en un estudio controlado aleatorio con un seguimiento a 14 años, no se observaron diferencias significativas ni en los resultados ni en la integridad del tendón en un grupo



sometido a bursectomía frente a otro intervenido de bursectomía más artroscopia de descompresión (50), lo que siembra las reservas con respecto a la indicación generalizada de este procedimiento, hecho que ya había sido sugerida en una revisión sistemática previa (51) y que tampoco recomienda una reciente revisión final de un estudio controlado aleatorio con seguimiento a 10 años (52).

Se ha estudiado la relación de coste-efectividad de los programas de fisioterapia comparados con otras intervenciones de tipo quirúrgico, como la artroscopia con tenotomía del bíceps, la hemiartroplastia o la artroplastia total reversa del hombro, un novedoso procedimiento quirúrgico para esta condición en pacientes de edad avanzada con roturas masivas del tendón del manguito de los rotadores. La artroplastia total reversa del hombro mostró los mejores ratios de calidad de vida, pero esta ganancia tenía una relación directa con un elevado coste económico, siendo la fisioterapia, de todas las opciones presentadas, la que demostró una mayor relación de coste-efectividad (53).



Eficacia y coste-efectividad de la Fisioterapia en AP para el síndrome subacromial: ideas clave.

1. El denominado síndrome subacromial es la tercera causa de consulta ortopédica y la primera causa de dolor e impotencia funcional de tipo no traumático en el hombro.
2. Los programas de fisioterapia específicos han demostrado ser efectivos clínicamente para el manejo de esta condición.
3. Existe una controversia creciente sobre el tamaño del efecto real de la cirugía de descompresión para el tratamiento del síndrome subacromial, no demostrando una mayor efectividad que el tratamiento conservador.
4. Comparado con procedimientos de tipo quirúrgico, los programas específicos de fisioterapia para el síndrome subacromial, además de ser resolutivos clínicamente, han demostrado tener un mayor impacto económico en coste-efectividad.
5. La derivación directa a los programas de fisioterapia por parte del especialista en Atención Primaria es una medida concreta de gestión sanitaria que redunda por un lado, en beneficio clínico al paciente y por el otro, supone un ahorro para el sistema sanitario, ya que se evita la derivación generalizada a Atención Hospitalaria, con un eventual gasto en algunos tratamientos quirúrgicos que podrían ser innecesarios.

Tabla 3. Fisioterapia en AP para el síndrome subacromial.

1.4. Dolor crónico.

El dolor persistente o crónico no oncológico es un problema de primer orden en las sociedades industrializadas, con una prevalencia estimada en Europa en el año 2006 del 19% de la población, afectando de manera significativa la calidad de vida de las personas en todas las esferas, laboral, social y afectivo-sexual (54, 55), siendo las condiciones de dolor persistente no oncológico más prevalentes el dolor lumbar y cervical, como hemos



visto, junto con el dolor de cabeza y la fibromialgia (55). El coste sanitario del dolor persistente es elevado. Un estudio reciente demuestra que los costes de salud en los Estados Unidos de América para esta condición alcanzan los US\$635 mil millones, superando el coste total del cáncer, la diabetes y la enfermedad cardíaca (56). Este estudio, además, destaca la tendencia a incrementar los procedimientos invasivos para su abordaje, mientras que señala que la fisioterapia y otros tratamientos conservadores podrían ser más beneficiosos para el paciente (56).

Desde el punto de vista del modelo biomédico, el dolor siempre ha sido contemplado como el síntoma de la enfermedad. El fracaso en el tratamiento del dolor persistente o crónico es el resultado de una comprensión errónea del dolor, entendiéndolo solamente como una sensación necesariamente asociada al daño en los tejidos (55, 57).

En realidad, dolor no es necesariamente igual a daño y la comprensión neurofisiológica correcta del dolor va mucho más allá del estudio de las vías nociceptivas. El dolor persistente implica un proceso complejo de tipo perceptivo y conductual asociado a profundos cambios neuroplásticos en el sistema nervioso central a varios niveles, en estrecha relación con el sistema inmune y neuroendocrino. Tiene una fuerte dependencia del contexto, cubre las tres dimensiones, discriminativa-sensorial, motivacional-afectiva y evaluativa-cognitiva del sujeto y va asociado a pensamientos catastrofistas, conductas de evitación por miedo, hipervigilancia y kinesiofobia (55, 57).



Es por ello que el modelo biomédico, que asume una relación lineal entre dolor y daño, es capaz de explicar y resolver el dolor agudo, pero no da una explicación satisfactoria del dolor persistente. El dolor crónico es para el sujeto, en muchos casos, también la persistencia de la memoria de dolor, independientemente de la realidad del tejido y está mediada por el miedo y la incapacidad para poder extinguirla. A diferencia del modelo biomédico, el modelo psicobiosocial integra para el organismo la dimensión tisular con la evaluativa de los distintos estados de alerta, que están profundamente influenciados por el contexto y los ambientes sanitario, socio-cultural y afectivo del individuo (55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65).

El problema del dolor persistente, por tanto, no descansa de manera primaria en su tratamiento, sino por el contrario, en la pobre o inadecuada comprensión de lo que es la realidad biológica del dolor (55, 65). Por ello, uno de los pilares de los programas de fisioterapia para el paciente con dolor crónico es la intervención educativa en neurobiología del dolor. La efectividad de esta novedosa intervención terapéutica ha sido estudiada en diversas revisiones sistemáticas, demostrando que tiene un efecto beneficioso en la reducción del dolor, la kinesiofobia y los pensamientos catastrofistas propios de la condición y si bien se puede plantear de manera aislada, es probable que sea más efectiva cuando está acompañada de programas de afrontamiento activo mediante el ejercicio terapéutico (18, 19, 66, 67, 68), que serían, por tanto, el segundo pilar del programa de fisioterapia para los pacientes con dolor crónico (55, 64).



Se ha estudiado la costo-efectividad de estos programas basados en el modelo psicobiosocial en equipos interdisciplinarios de una a tres personas, donde uno de los integrantes es el especialista en Atención Primaria y el/los otros son fisioterapeutas y, eventualmente, psicólogos, señalando la necesidad de realizar más estudios de este tipo para estas intervenciones para obtener una conclusión sobre la magnitud del impacto económico (23).

En una reciente revisión sistemática, uno de los estudios incluidos demostró una reducción de los costes indirectos de la condición de un 10% después de un año, mientras que la calidad de vida medida se mantenía estable (23). Otro de los estudios de la revisión, publicado en *Spine*, demostró por su parte que la reducción del coste total de estos programas era de 3583€ por persona a los 12 meses; teniendo en cuenta los costes de la intervención y la pensión de discapacidad, los autores estimaron que la intervención terapéutica interdisciplinar podría resultar en una reducción de 53 382€ por paciente a lo largo de 10 años (23, 69).

Con el ánimo de profundizar en la comprensión del impacto en el alta, un posterior estudio observacional de 2018 concluye que este tipo de programas donde es más eficaz desde el punto de vista económico, no es en reducir la ausencia de enfermedad, sino en reducir una futura pensión por discapacidad en comparación a los programas de tratamiento estándar, pero siempre que comiencen dentro de los primeros 60 días de la baja, de ahí la importancia de su implementación precoz (70).



Eficacia y coste-efectividad de la Fisioterapia en AP para la aproximación al paciente con dolor persistente no oncológico: ideas clave.

1. El dolor crónico de tipo no oncológico es una pandemia que afecta a casi el 20% de la población europea, distorsiona profundamente la vida de las personas y consume ingentes cantidades de recursos sanitarios.
2. La aproximación correcta al paciente con dolor persistente no oncológico debe ser realizada dentro de la comprensión de la neurobiología del dolor en el marco del modelo psicobiosocial, en donde la creación de un equipo de profesionales sanitarios interdisciplinar en el mismo servicio es fundamental
3. Los programas de fisioterapia basados en la intervención educativa y las estrategias de afrontamiento activo han demostrado ser eficaces para el manejo del paciente con dolor persistente no oncológico.
4. Estos programas de fisioterapia, además de ser efectivos, han demostrado indicios preliminares de ser coste-efectivos.
5. El impacto principal de tipo económico de estos programas parece tener que ver con la reducción de futuras pensiones por discapacidad, pero siempre que se implementen de manera precoz. En este sentido, la derivación directa a fisioterapia es fundamental, pues la derivación a Atención Hospitalaria para introducir estos programas aumenta la lista de espera, el gasto sanitario y reducen el margen de tiempo para que estos programas puedan llegar a ser coste-efectivos.
6. El manejo del paciente con dolor persistente debe, pues, comenzar en Atención Primaria dentro de un marco interdisciplinar, con derivación directa a fisioterapia por parte del médico especialista y hacerlo, además, de manera precoz.

Tabla 4. Fisioterapia en AP para la aproximación al paciente con dolor persistente no oncológico.

1.5. Condiciones traumatológicas y ortopédicas de baja complejidad y alta prevalencia.



La fisioterapia ha demostrado ser efectiva y se recomienda su uso en las Guías de Práctica Clínica para el manejo de condiciones tales como el esguince de tobillo (71, 72), esguinces de rodilla (73, 74), lesiones musculares (75, 76, 77) o tendinopatías (78, 79, 80, 81).

Así mismo, se ha estudiado la efectividad de programas de ejercicio terapéutico en Atención Primaria para mejorar la fragilidad de pacientes ancianos, demostrando que estos programas son beneficiosos para la salud física y mental de los pacientes y ayudan a evitar la tasa de caídas (82, 83, 84).





2. Evidencia científica sobre el cambio de rol del fisioterapeuta en Atención Primaria y los diferentes sistemas de derivación directa. El fisioterapeuta como profesional de triaje o cribado musculoesquelético en Atención Primaria.

2.1. Datos generales de la eficacia de los sistemas de derivación directa a fisioterapia.

Se han mencionado en el presente documento algunas de las condiciones más prevalentes de las consultas de Atención Primaria y se ha venido señalando, en todas, la pertinencia de la derivación directa de los especialistas a los servicios de fisioterapia. Esta medida, que se está planteando en Galicia como novedad, no lo es en muchos de los países de nuestro entorno donde ya se ha implementado y estudiado sus resultados con carácter general en la literatura científica.

Así, desde su implementación en Reino Unido en los años 90 del siglo pasado, varios estudios han demostrado que existen numerosas ventajas para los pacientes con la derivación directa a fisioterapia desde el especialista de Atención Primaria, tales como la reducción de las listas de espera, los beneficios clínicos para el paciente, la reducción del coste sanitario por persona, el acortamiento de los tiempos de recuperación, la satisfacción del usuario e incluso la del propio especialista en Atención Primaria, debido al alivio de la excesiva sobrecarga de trabajo (85, 86, 87, 88, 89).



En los momentos iniciales, algunos detractores de esta propuesta argumentaban que la derivación hacia fisioterapia podría aumentar la iatrogenia, pero varios estudios realizados tras los primeros años de la implantación de este sistema demostraron que esto no era cierto, ya que en ningún caso derivar a los pacientes directamente a fisioterapia desde el especialista en Atención Primaria ha demostrado aumentar la tasa de iatrogenia (90, 91, 92, 93).

En los Países Bajos, donde existe incluso el acceso directo a fisioterapia sin ser necesaria la derivación por el especialista en Atención Primaria desde 2006, se ha demostrado, una vez más, que no ha aumentado ni el coste de la fisioterapia, ni la iatrogenia ni el número de visitas y, además, han mejorado los resultados clínicos y la percepción del usuario (94).

La alta evidencia que soporta, tanto a nivel clínico como a nivel económico la derivación sin intermediarios hacia el fisioterapeuta de patología no compleja de alta prevalencia, ha llevado a 47 de los 50 Estados que forman los Estados Unidos de América a implementar en los últimos años alguna forma de derivación (95). Una reciente revisión sistemática realizada en ese país demostró que, desde la puesta en marcha de estos sistemas de derivación, el coste por usuario que abonaban en este caso las compañías de seguros, así como el número de visitas, disminuían de manera proporcional al menor número de intermediarios que había entre el especialista en Atención Primaria y el fisioterapeuta (95).



Así mismo, se demostró que los sistemas de derivación directa hacia fisioterapia disminuyen el volumen de pruebas médicas y contribuyen a desmedicalizar a los pacientes que obtenían, además, mejores resultados clínicos y mayores índices de satisfacción sin ningún aumento registrado de la tasa de iatrogenia (95).

2.2. Evidencia científica de la efectividad de la figura del Fisioterapia de Triage o Cribado en la tasa de conversión quirúrgica. Resultados clínicos.

Como se ha demostrado en este apartado, existen pruebas sólidas de que los fisioterapeutas son el grupo profesional mejor preparado para atender problemas músculo-esqueléticos, con la excepción del cirujano ortopédico y, además, son profesionales que trabajan de manera autónoma sin supervisión. Tener la posibilidad de acceder de una forma temprana a la consulta del fisioterapeuta es clave para reducir este impacto socio-económico, así como para reducir también la demanda de citas con el especialista en Atención Primaria.

Una vez presentados los datos generales del impacto sanitario y económico de esta apuesta de política pública sanitaria, mostramos ahora con más detalle resultados concretos sobre la tasa de conversión quirúrgica y la derivación a cirugía ortopédica. En Reino Unido, como se explicó, funciona desde hace más de veinte años la figura del fisioterapeuta de triaje o cribado musculoesquelético en Atención Primaria que, en ocasiones, desarrolla su rol integrado en equipos de triaje. La evidencia científica sugiere que estos profesionales son clínicamente eficientes, destacando que el fisioterapeuta de triaje musculoesquelético puede ofrecer igual, o incluso mejor atención que la que



proporcionan los médicos en precisión diagnóstica para este tipo de patologías de baja complejidad y alta prevalencia (96).

Estos equipos de triaje ofrecen una atención eficaz de las condiciones musculoesqueléticas y la mayoría de los pacientes se muestran satisfechos con su atención. Un estudio encontró que, entre un año y 18 meses tras recibir el alta, solo un 2% de los pacientes atendidos por un equipo de triaje en Gales volvieron a atención secundaria para ser valorados por el mismo problema (97).

En Canadá se investigó la eficacia del servicio de cribado de fisioterapia en relación con las derivaciones desde el especialista en Atención Primaria a Cirugía Ortopédica. Se encontraron con un acuerdo elevado entre fisioterapeuta y cirujano en cuanto a la indicación para tratamiento quirúrgico, de modo que la tasa de conversión quirúrgica de los pacientes derivados por el fisioterapeuta al cirujano ortopédico se situaba en un 91% frente al 22% en aquellos pacientes derivados por el especialista en Atención Primaria o el especialista en Urgencias. Esto significa que más de las tres cuartas partes de los pacientes derivados por el especialista en Atención Temprana no precisaban visitar al cirujano ortopédico y eran susceptibles de ser manejados por un fisioterapeuta experto en problemas musculoesqueléticos.

Otro estudio realizado por Burn et al. encontraba datos similares donde la pertinencia de derivación a cirugía ortopédica por parte del fisioterapeuta de cribado fue de un 80,5% y la tasa de conversión quirúrgica fue de un 75% (98). Se concluye, por tanto, que este



modelo de cribado o triaje podría tener un considerable impacto sobre la presión asistencial en atención secundaria, minimizando las derivaciones innecesarias (99).

Por su parte, Wood et al. revisaron también el impacto de un servicio de triaje musculoesquelético en problemas de columna sobre la tasa de conversión quirúrgica de los pacientes que llegaban a cirugía ortopédica. El objetivo de este triaje para problemas de columna era reducir las derivaciones innecesarias a cirugía ortopédica y disminuir, por tanto, los tiempos de espera para ser consultado por el cirujano (100). De un total de 2651 pacientes atendidos, el 92% fueron manejados de manera independiente por el fisioterapeuta. Solo un 8% precisaron una discusión y/o derivación al cirujano para confirmar el tratamiento o para valorar las posibilidades de tratamiento quirúrgico. De este 8%, el 81% se consideraron que eran derivaciones quirúrgicas adecuadas. Los pacientes dados de alta mostraron una tasa de satisfacción de un 99%. Por tanto, se puede concluir que los fisioterapeutas que realizan el triaje en unidades de columna son eficientes en el manejo de dichas condiciones de una manera conservadora identificando apropiadamente a los candidatos para cirugía (100).

Esta figura del fisioterapeuta de triaje ortopédico/musculoesquelético está siendo cada vez más utilizada ya que ha demostrado que ayuda de una manera considerable en las tasas de conversión quirúrgica (98) reduciendo las derivaciones innecesarias a cirugía ortopédica (101). Burn demostró un 27,3% de ahorro en los costes de esta nueva ruta que incluía el triaje realizado por el fisioterapeuta frente a la ruta ortopédica 'clásica' con un 86,1% de pacientes que pueden ser manejados por el fisioterapeuta sin necesidad de ser valorado por el cirujano ortopédico.



Evidencia científica sobre los sistemas de derivación directo y la figura del fisioterapeuta de cribado o triaje musculoesquelético: ideas clave.

1. Los sistemas de derivación directa a fisioterapia y la figura del fisioterapeuta de triaje son procedimientos concretos de gestión de los recursos sanitarios ensayados de manera exitosa desde finales del siglo pasado en varios países de nuestro entorno.
2. Existe una evidencia robusta que demuestra que la implementación de la derivación directa y la figura del fisioterapeuta de triaje mejora los resultados clínicos, reduce las listas de espera, tiene un impacto económico positivo, mejora la percepción del usuario con respecto al sistema sanitario y también la del especialista en Atención Primaria al aliviarle el exceso de presión asistencial.
3. Se ha demostrado, además, que los sistemas de derivación directa y la figura del fisioterapeuta de triaje no tienen ningún tipo de repercusión en el aumento del número de visitas a fisioterapia ni en la tasa de iatrogenia.
4. Se ha demostrado que la figura del fisioterapeuta de triaje músculo-esquelético ayuda de una manera considerable en las tasas de conversión quirúrgica, reduciendo las derivaciones innecesarias a cirugía ortopédica.

Tabla 5. Evidencia científica derivación directa a fisioterapia en AP y fisioterapeuta de triaje.

3. Conclusiones.

- La fisioterapia ha demostrado ser clínicamente eficaz en el manejo de primera intención para patologías de alta prevalencia de Atención Primaria, tales como el dolor lumbar no específico, el dolor cervical, el dolor crónico, el síndrome



subacromial o la patología ortopédica y traumatológica de baja complejidad que son, además, algunas de las que más presión asistencial causan al especialista.

- Además de ser eficaces, los programas de fisioterapia para estas condiciones han demostrado, con una evidencia moderada a fuerte, ser coste-efectivos, reduciendo los costes indirectos y por ello, los totales de estas condiciones, con las importantes repercusiones que esto tiene para los pacientes y para el impacto económico en la gestión de los recursos sanitarios.
- El cambio de rol de los fisioterapeutas en esta unidad asistencial que suponen los sistemas de derivación directa y la figura del fisioterapeuta de triaje o cribado musculoesquelético, se ha implementado desde hace décadas y estudiado retrospectivamente en diversos países de nuestro entorno. Se trata de una política pública de gestión sanitaria concreta que ha demostrado de manera concluyente mejorar los resultados clínicos, reducir las listas de espera, reducir el gasto sanitario, reducir notablemente las derivaciones innecesarias a cirugía ortopédica y mejorar la percepción, no sólo del usuario sino también del especialista en Atención Primaria con respecto al sistema sanitario, al producir un alivio de la presión asistencial, además, sin aumento de la tasa de iatrogenia asociada ni del número de visitas a fisioterapia.
- A la luz de estas pruebas, concluyentes, se sugiere a los gestores sanitarios la necesidad de implementar esta política pública concreta en el Novo Modelo de



Atención Primaria del Servizo Galego de Saúde, no encontrando este grupo de traballo ningunha razón, ni científica, ni clínica, ni económica, para non facerlo.

4. Referencias Bibliográficas.

1. Global Burden of Disease, injury Incidence, Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.
2. Kääriä S , Luukkonen R, Riihimäki H, Kirjonen J, Leino-Arjas P. Persistence of low back pain reporting among a cohort of employees in a metal corporation: a study with 5-, 10-, and 28-year follow-ups. *Pain*. 2006 Jan;120(1-2):131-7
3. Von Korff M. Studying the natural history of back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1994 Sep 15;19(18 Suppl):2041S-2046S
4. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J*. 2003 Apr;12(2):149-65
5. Taimela S, Kujala UM, Salminen JJ, Viljanen T. The prevalence of low back pain among children and adolescents. A nationwide, cohort-based questionnaire survey in Finland. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997 May 15; 22(10):1132-6.
6. Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998 Jan 15; 23(2):228-34.
7. Kent PM , Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropr Osteopat*. 2005. Jul 26;13:13.
8. Taylor JB , Goode AP , George SZ , Cook CE . Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2014 Oct 1;14(10):2299-31
9. Fejer R , Leboeuf-Yde C. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review. *Chiropr Man Therap*. 2012 Aug 10;20(1):24
10. Taylor JB , Goode AP , George SZ , Cook CE . Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2014 Oct 1;14(10):2299-319
11. Wáng YX , Wáng JQ, Káplár Z . Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: evidences based on synthetic literature review. *Quant Imaging Med Surg*. 2016 Apr;6(2):199-20.
12. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012 Jun;64(6):2028-37.



13. Hartvigsen J, Hancock MJ , Kongsted A , Louw Q, Ferreira ML, Genevay S ,Hoy D, Karpainen J, Pransky G , Sieper J , Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367
14. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):478-91.
15. Anderson JA. Problems of classification of low-back pain. *Rheumatol Rehabil*. 1977 Feb;16(1):34-6
16. Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels IC, Koppes LL, Anema JR, van Mechelen W. The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jun;36(13):1050-8
17. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil*. 2009 Dec;19(4):419-26.
18. Foster NE, Anema JR , Cherkin D , Chou R, Cohen SP , Gross DP , Ferreira PH, Fritz JM , Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383.
19. NICE Guidelines Low Back Pain and Sciatica Overview <https://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-and-sciatica>.
20. Macedo LG, Saragiotto BT, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, Maher CG. Motor control exercise for acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 10;2:CD012085.
21. Miller J, Barber D, Donnelly C, French S, Green M , Hill J, MacDermid J, Marsh J, Norman K, Richardson J, Taljaard M, Wideman T, Cooper L, McPhee C. Determining the impact of a new physiotherapist-led primary care model for back pain: protocol for a pilot cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2017 Nov 9;18(1):526.
22. Ojha H , Masaracchio M, Johnston M , Howard RJ , Egan WE , Kirker K, Davenport TE. Minimal physical therapy utilization compared with higher physical therapy utilization for patients with low back pain: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2019 Feb 9:1-22.
23. Salathé CR , Melloh M, Crawford R, Scherrer S , Boos N, Elfering A Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. *Global Spine J*. 2018 Dec;8(8):872-886
24. Lin CW , Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J*. 2011 Jul;20(7):1024-38
25. Standaert CJ , Friedly J, Erwin MW, Lee MJ, Rehtine G, Henrikson NB, Norvell DC. Comparative effectiveness of exercise, acupuncture, and spinal manipulation for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Oct 1;36(21 Suppl):S120-30.
26. Tsertsvadze A , Clar C , Court R , Clarke A , Mistry H , Sutcliffe P . Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014 Jul-Aug;37(6):343-62.



27. Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2011 Jul;20(7):1012-23.
28. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc.* 2015 Feb;90(2):284-99
29. US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA* 2013;310:591- 608.
30. Kuijper B, Tans JT, Beelen A, Nollet F, de Visser M. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ.* 2009; 339:b3883.
31. Bronfort G, Evans R, Anderson AV, Svendsen KH, Bracha Y, Grimm RH. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2012;156(1, pt 1):1-10.
32. Southerst D, Nordin MC, Cote P, et al. Is exercise effective for the management of neck pain and associated disorders or whiplash associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Spine J* 2016;16:1503-23.
33. Côté P, Wong JJ, Sutton D, Shearer HM, Mior S, Randhawa K, Ameis A, Carroll LJ, Nordin M, Yu H, Lindsay GM, Southerst D, Varatharajan S, Jacobs C, Stupar M, Taylor-Vaisey A, van der Velde G, Gross DP, Brison RJ, Paulden M, Ammendolia C, David Cassidy J, Loisel P, Marshall S, Bohay RN, Stapleton J, Lacerte M, Krahn M, Salhani R. Management of neck pain and associated disorders: A clinical practice guideline from the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J.* 2016 Jul;25(7):2000-22.
34. Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, Sparks C, Robertson EK. Neck Pain Guidelines: Revision 2017: Using the Evidence to Guide Physical Therapist Practice...*J Orthop Sports Phys Ther.* 2017 Jul;47(7):A1-A8.
35. Driessen MT, Lin CW, van Tulder MW. Cost-effectiveness of conservative treatments for neck pain: a systematic review on economic evaluations. *Eur Spine J.* 2012 Aug;21(8):1441-50.
36. Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Mölken MP, Adèr HJ, de Vet HC, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ.* 2003 Apr 26;326(7395):911.
37. Leininger B, McDonough C, Evans R, Tosteson T, Tosteson AN, Bronfort G. Cost-effectiveness of spinal manipulative therapy, supervised exercise, and home exercise for older adults with chronic neck pain. *Spine J.* 2016 Nov;16(11):1292-1304.
38. Garving C, Jakob S, Bauer I, Nadjar R, Brunner UH. Impingement Syndrome of the Shoulder. *Dtsch Arztebl Int.* 2017 Nov 10;114(45):765-776.
39. Makela M, Heliövaara M, Sainio P, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A: Shoulder joint impairment among Finns aged 30 years or over: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Rheumatology* 1999; 38: 656-62.
40. Yamaguchi K, Ditsios K, Middleton WD, Hildebolt CF, Galatz LM, Teefey SA: The demographic and morphological features of rotator cuff disease. A comparison of asymptomatic and symptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88: 1699-704.



41. Steuri R, Sattelmayer M, Elsig S, Kolly C, Tal A, Taeymans J, Hilfiker R. Effectiveness of conservative interventions including exercise, manual therapy and medical management in adults with shoulder impingement: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Br J Sports Med.* 2017 Sep;51(18):1340-1347.
42. Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. Haahr JP , Østergaard S, Dalsgaard J, Norup K, Frost P, Lausen S, Holm EA, Andersen JH. *Ann Rheum Dis.* 2005 May;64(5):760-4.
43. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Konttinen YT, et al. No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: Five-year results of a randomised controlled trial. *Bone & joint research.* 2013;2:132-9.
44. Kuhn JE. Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: a systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al].* 2009;18:138-60.
45. Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al].* 2013;22:1371-9.
46. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *The bone & joint journal.* 2014;96-B:75-81.
- 47- Spangehl MJ, Hawkins RH, McCormack RG, Loomer RL. Arthroscopic versus open acromioplasty: a prospective, randomized, blinded study. *Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al].* 2002;11:101-7.
48. Ellman H, Kay SP. Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement. Two- to five-year results. *The Journal of bone and joint surgery British volume.* 1991;73:395-8.
49. Lewis J. Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Man Ther* 2016; Jun, 23:57-68.
50. Kolk A, Thomassen BJW, Hund H, de Witte PB, Henkus HE, Wassenaar WG , van Arkel ERA, Nelissen RGHH. Does acromioplasty result in favorable clinical and radiologic outcomes in the management of chronic subacromial pain syndrome? A double-blinded randomized clinical trial with 9 to 14 years' follow-up. *J Shoulder Elbow Surg.* 2017 Aug;26(8):1407-1415.
51. Arthroscopic subacromial decompression: acromioplasty versus bursectomy alone--does it really matter? A systematic review. Donigan JA, Wolf BR. *Iowa Orthop J.* 2011;31:121-6.
52. Arthroscopic decompression not recommended in the treatment of rotator cuff tendinopathy: a final review of a randomised controlled trial at a minimum follow-up of ten years. Ketola S, Lehtinen JT , Arnala I . *Bone Joint J.* 2017 Jun;99-B(6):799-805.
53. Kang JR, Sin AT, Cheung EV. Treatment of Massive Irreparable Rotator Cuff Tears: A Cost-effectiveness Analysis. *Orthopedics.* 2017 Jan 1;40(1):e65-e76
54. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur JPain.* 2006 May;10(4):287-333. Epub 2005 Aug 10.
55. Torres.Cueco R. The complex pain patient. En: *Essential guide to the Cervical Spine. Clinical Assessment and Therapeutic Approaches Vol Two.* Madrid: Elsevier, 2017.



56. Pizzo PA, Clark NM. Alleviating suffering 101-pain relief in the United States. *N Engl J Med* 2012;366(3):197-214.
57. Jacobson L, Mariano AJ. Consideraciones generales sobre el dolor crónico. In: Loester JD, editor. *Bonica Terapéutica del dolor*. Mexico DC: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
58. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152, 52-515.
59. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005; 9(4):463-84.
60. López Cubas C. *Neurodinámica en la práctica Clínica*, Córdoba: Zérapí Editores, 2016
61. Butler D. *The Sensitive Nervous System*. NOIGroup Australasia Publications, Adelaide, Australia, 2000.
62. Gifford L. *The Nerve Root*, CNS Press, Aches and Pains Ltd, 2014.
63. Gifford L. *Aches and Pains*, CNS Press, Aches and Pains Ltd, 2014.
64. Gifford L. *Graded Exposure*, CNS Press, Aches and Pains Ltd, 2014.
65. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Churchill-Livingstone, 1998.
66. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016 Jul;32(5):332-55.
67. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Dec;92(12):2041-56
68. Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D , McNamee P, Schofield P, Smith BH. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Syst Rev*.2015 Oct 1;4:132.
69. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011 Aug;152(8):1727-33.
70. Busch H, Björk Brämberg E, Hagberg J, Bodin L, Jensen I. The effects of multimodal rehabilitation on pain-related sickness absence - an observational study. *Disabil Rehabil*.2018 Jul;40(14):1646-1653.
71. Vuurberg G, Hoorntje A, Wink LM, van der Doelen BFW, van den Bekerom MP, Dekker R, van Dijk CN, Krips R, Loogman MCM, Ridderikhof ML, Smithuis FF, Stufkens SAS, Verhagen EALM, de Bie RA, Kerkhoffs GMMJ. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med*. 2018 Aug;52(15):956.
72. Kerkhoffs GM, van den Bekerom M, Elders LA, van Beek PA, Hullegie WA, Bloemers GM, de Heus EM, Loogman MC, Rosenbrand KC, Kuipers T, Hoogstraten JW, Dekker R, Ten Duis HJ, van Dijk CN, van Tulder MW, van der Wees PJ, de Bie RA. Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline. *Br J Sports Med*. 2012 Sep;46(12):854-60.
73. *Knee Ligament Sprain Guidelines: Revision 2017: Using the Evidence to Guide Physical Therapist Practice*. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Nov;47(11):822-823.
74. Bonasia DE, Bruzzone M, Dettoni F, Marmotti A, Blonna D, Castoldi F, Gasparetto F, D'Elicio D, Collo G, Rossi R. Treatment of medial and posteromedial knee instability: indications, techniques, and review of the results.



75. Yu H, Randhawa K, Côté P, Optima Collaboration. The Effectiveness of Physical Agents for Lower-Limb Soft Tissue Injuries: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016 Jul;46(7):523-54.
76. Physical Agents for Soft Tissue Injury. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2016 Jul;46(7):555.
77. Di Trani Lobacz A, Glutting J, Kaminski TW. Clinical Practice Patterns and Beliefs in the Management of Hamstrings Strain Injuries. *J Athl Train.* 2016 Feb;51(2):162-74.
78. Barratt PA, Brookes N, Newson A. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2017 Jan;51(2):97-104.
79. Murphy MC, Travers MJ, Chivers P, Debenham JR, Docking SI, Rio EK, Gibson W. Efficacy of heavy eccentric calf training for treating mid-portion Achilles tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2019 Jan 13.
80. Optimizing Recovery After Achilles Tendon Pain: Guidelines Help Deliver Quality Care. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018 May;48(5):427.
81. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ.* 2006 Nov 4;333(7575):939.
82. Castell MV, Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Martínez M, Prieto MA, Moreno B, Nuñez S, Triano R, de Antonio MP, Mateo C, Cano MD, Garrido A, Julian R1,3, Polentinos E, Rodríguez-Barrientos R, Otero Puime A; MEFAP Group. Effectiveness of an intervention in multicomponent exercise in primary care to improve frailty parameters in patients over 70 years of age (MEFAP-project), a randomised clinical trial: rationale and study design. *BMC Geriatr.* 2019 Jan 28;19(1):25.
83. Serra-Prat M, Sist X, Domenich R, Jurado L, Saiz A, Rocés A, Palomera E, Tarradellas M, Papiol M. Effectiveness of an intervention to prevent frailty in pre-frail community-dwelling older people consulting in primary care: a randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2017 May 1;46(3):401-407.
84. Romera L, Orfila F, Segura JM, Ramirez A, Möller M, Fabra ML, Lanchos S, Bastida N, Foz G, Fabregat MA, Martí N, Cullerell M, Martínez D, Giné M, Bistuer A, Cendrós P, Pérez E. Effectiveness of a primary care based multifactorial intervention to improve frailty parameters in the elderly: a randomised clinical trial: rationale and study design.
85. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract.* 1997 May;47(418):314-8.
86. Self-referral to Physiotherapy Services. London, United Kingdom: The Chartered Society of Physiotherapy; 2004.
87. Community and Care Services White Paper—Our Health, Our Say: A New Direction for Community Services. London, United Kingdom: Department of Health (UK); 2006.
88. Snow BL, Shamus E, Hill C. Physical therapy as primary health care: public perceptions. *J Allied Health.* 2001;30:35–38.
89. Hensher M. Improving general practitioner access to physiotherapy: a review of the economic evidence. *Health Serv Manage Res.* 1997 Nov;10(4):225-30.
90. Wand BM, Bird C, McAuley JH, et al. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29:2350–2356.



91. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future healthcare utilization and costs. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37:2114 – 2121.
92. Nordeman L, Nilsson B, Moller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain*. 2006; 22:505–511.
93. Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT. Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders. *J Occup Environ Med*. 2000;42:35–39.
94. 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 Aug;88(8):936-46.
95. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014 Jan;94(1):14-30.
96. Oakley, C., & Shacklady, C. (2015). The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*, 13(4), 204-221.
97. Candy, E., Haworth-Booth, S., & Knight-Davis, M. (2015). Review of the Effectiveness of a Consultant Physiotherapy-Led Musculoskeletal Interface Team: A Welsh Experience. *Musculoskeletal Care*, 14(3), 185-191.
98. Burn D, Beeson E. Orthopaedic triage: cost effectiveness, diagnostic/surgical and management rates. *Clin Gov* 2014; 19: 126-136.
99. Napier, C., McCormack, R. G., Hunt, M. A., & Brooks-Hill, A. (2013). A Physiotherapy Triage Service for Orthopaedic Surgery: An Effective Strategy for Reducing Wait Times. *Physiotherapy Canada*, 65(4), 358-363.
100. Wood, L., Hendrick, P., Boszczyk, B., & Dunstan, E. (2016). A review of the surgical conversion rate and independent management of spinal extended scope practitioners in a secondary care setting. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 98(03), 187-191.
101. Bath B, Grona SL, Janzen B. A spinal triage programme delivered by physiotherapists in collaboration with orthopedic surgeons. *Physiother Can* 2012; 64: 356-366.



Segunda Parte.

Alegaciones de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas al Borrador del

“Propostas para o Novo Modelo de Atención Primaria”.





1. Introducción.

Desde el mes pasado la Consellería de Sanidade convocó a los diferentes profesionales de Atención Primaria (AP) para replantear el modelo de esta unidad asistencia. Tanto MEAP, como enfermería, trabajadores sociales, farmacéuticos, personal de administración y, como no, fisioterapeutas fuimos a presentar nuestras sugerencias al nuevo modelo que se pretende implantar.

Un modelo en el que se intentaba mejorar el modelo actual, centrar la atención en el paciente, intentando hacer hincapié en la educación sanitaria, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención a la cronicidad y pluripatología.

Como fisioterapeutas afrontamos estas reuniones con la determinación de hacer aportaciones apoyadas en la mayor evidencia científica disponible y sabiendo, desde la práctica clínica diaria, de los beneficios que aporta nuestra categoría profesional, justificados con datos de manera pertinente en la primera parte de este documento, tanto de manera preventiva, como resolutive en dolencias de la mayor prevalencia en AP.

La fisioterapia padece actualmente de unas ratios de pacientes asignados muy lejos de cualquier recomendación de la OMS, o lejos de cualquier país europeo. Con este nuevo



modelo de AP, los fisioterapeutas del SERGAS estamos dispuestos a asumir nuevos roles en los que aportemos valor añadido a AP, con intervenciones altamente eficientes y efectivas. Somos una de las categorías profesionales mejor valoradas por los pacientes y, a pesar de ello, somos la única categoría profesional de AP que soporta unas listas de espera inmanejables, inasumibles y que condicionan los resultados obtenidos por no poder en muchos casos actuar en el momento del continuo salud-enfermedad más indicado.

La hoja de ruta diseñada por esta Consellería para la creación de este nuevo modelo de atención estuvo clara, con unos pasos a seguir para de esta forma conseguir los objetivos marcados. Los fisioterapeutas proponemos un modelo interdisciplinar, donde *“el paciente sea atendido de la manera más adecuada por aquel profesional que mejor se adapte su demanda de salud y que más pueda aportarle en cada momento”* tal y como explicó, textualmente, el Sr. Conselleiro de Sanidade en la Clausura de la Jornada que esta Sociedade Galega de Fisioterapeutas celebró en el Hospital Álvaro Cunqueiro el pasado 14 de febrero de 2019.

Al igual que se le pide a la enfermería, los fisioterapeutas también podemos ser los profesionales de referencia para consultar, valorar y resolver de forma última muchas de las patologías que actualmente acuden al Centro de Salud: patología musculoesquelética, tales como el dolor lumbar no específico, el dolor cervical, el síndrome subacromial, el



dolor crónico o la patología traumática aguda de baja complejidad (tendinopatías, esguinces, roturas fibrilares, etc.).

Actualmente, cualquier persona que presente un problema musculoesquelético puede acudir a un fisioterapeuta en ejercicio libre, y éste hará una valoración y establecerá un diagnóstico de fisioterapia y si procede, derivará el paciente su médico para una consulta; esto supone, trasladado al ámbito público que en lugar de ser el MAP quien reciba en primera instancia a todos estos pacientes y los derive a fisioterapia, con la saturación asistencial pertinente y a todas luces innecesaria y poco costo-efectiva, sea el fisioterapeuta quien esté a cargo de ellos y solo en caso de necesidad puntual, derivar al MAP a los que necesiten de su intervención (medicación, pruebas complementarias o derivación a atención hospitalaria).

Tal y como se ha demostrado en la primera parte de este documento, los incidentes adversos en la fisioterapia en ejercicio libre son mínimos y en cambio los beneficios del acceso a la fisioterapia ya están demostrados en otros países de nuestro entorno y de nuestro nivel socioeconómico.

Queremos destacar que estos cambios que proponemos no se basan en necesidades de la fisioterapia ni del colectivo de fisioterapeutas, sino que son NECESIDADES DEL SISTEMA, Y NECESIDADES DE LOS PACIENTES. Valga como ejemplo paradigmático que si lo que más satura las consultas de los MEAPS son procesos para los



que el profesional que todas las guías reconocen que más le puede aportar es el fisioterapeuta (dolor crónico musculoesquelético), el hecho de no seguir esta recomendación infrautilizando este recurso y/o no invirtiendo más en aumentarlo, es un acto mejorable en cuanto a gestión de los recursos públicos.

Estamos ante una oportunidad única y hemos sentido, en las primeras reuniones, pero no así con el Borrador presentado el día 20 de febrero, que la Consellería estaba por la labor de dar un paso adelante en este nuevo modelo en el que el paciente sea el centro del sistema y de las decisiones y donde en todo momento sea atendido y ayudado por el profesional que más le aporte en cada momento.

Éste es un momento histórico y una oportunidad única para poner la sanidad pública gallega en la vanguardia de la atención a los pacientes, centrada en los pacientes, y con esa intención deseamos aportar nuestras alegaciones a este borrador que es, a nuestro juicio, insuficiente, ya que, expresado en las propias palabras de los directivos del SERGAS: “... *los fisioterapeutas han sido una de las categorías profesionales más activas y que mejor trabajaron en la dirección solicitada...*”, pero aun así, de manera sorprendente, nuestras propuestas son prácticamente invisibles en este borrador del nuevo modelo de AP.

Se trata, en definitiva, de querer o no apostar por la sensatez, la práctica de la medicina moderna y basada en la evidencia científica, una gestión sostenible de los recursos



sanitarios y por la Galicia de vanguardia que todos soñamos y que nuestros pacientes merecen. Sean valientes, sean consecuentes.

2. Líneas estratégicas y objetivos.

2.1. Línea estratégica: definición de nuevos roles

1.1. Objetivo: Definir la estructura directiva.

Medidas a corto plazo:

1.1.1 En este punto se debe hacer mención expresa a la incorporación de un fisioterapeuta en esa Subdirección General de AP de la que se habla, precisamente por sus aportaciones a la hora de impulsar estrategias, procesos asistenciales, etc. que se propongan desde esta Subdirección y donde la Fisioterapia dejó claro que tiene mucho que aportar, como se ha demostrado con datos en la primera parte de este documento. Esto, además, ayudaría a reducir la heterogeneidad que existe actualmente en la Comunidad Autónoma en cuanto a oferta de Fisioterapia que se hace en cada Área.

Del mismo modo, colaboraría en todas las aportaciones que desde esta Subdirección se hagan en programas de atención a cronicidad, e intervención comunitaria.



1.2. Objetivo: Potenciar la figura de la jefatura y Coordinación de servicio de AP.

Medidas a corto plazo:

- 1.2.1 En este apartado también se debe hacer referencia a la figura del Coordinador de Fisioterapia de Área en AP, que como quedó claro en los grupos de trabajo, coordina a todos los fisioterapeutas de AP del área y el funcionamiento de todas las UFAP. No tiene una labor de coordinación en un solo centro de salud, como ocurre con Enfermería, sino que su trabajo se amplía a toda el área sanitaria.

Hay que potenciar esta figura en cuanto a Fisioterapia se refiere, liberándolo de su actividad asistencial, para poder tener una respuesta ágil a la hora de realizar las tareas de Coordinación. También debe estar presente dentro de la Comisión de AP en cada Área para aportar esta nueva realidad de la Fisioterapia en AP. Podrá detectar y proponer las oportunidades de mejora en la práctica asistencial y de gestión en las UFAP, conocer y mejorar los planes de investigación, docencia e innovación en Fisioterapia, etc.

2. Objetivo: Adecuar los recursos humanos de los EAP para garantizar la calidad asistencial:



Medidas a corto prazo:

- No se hace referencia en el documento de manera específica al aumento del número de plazas de fisioterapia como consecuencia de este cambio de su rol dentro de la AP, que justifica una mayor dotación de profesionales (se puede tener en cuenta los ratios marcados en el *Plan Mellora de AP 2007 – 2011*, que establecía 1 fisioterapeuta por cada 1.000 – 12.000 cartillas para el abordaje de los pacientes de AP).

Medidas a medio plazo:

- Creemos imprescindible el compromiso de esta Consellería de incorporar la figura del fisioterapeuta como profesional necesario e imprescindible dentro del Equipo Básico de Atención Primaria (EAP).

1.4. Objetivo: reordenar las competencias de los profesionales de AP.

Medidas a corto plazo:



- 1.4.4. En este punto se debe hacer la referencia clara que el personal de Servizos Xerais prestará apoio administrativo los Fisioterapeutas en los centros donde estén ubicadas las UFAP, ya que se refiere “... a todos los profesionales del equipo de atención primaria.”. Mientras no se incluya al fisioterapeuta dentro de este equipo básico, en este punto hay que reflejar que todas las UFAP tendrán PSX con dedicación prioritaria las UFAP.

Medidas a medio plazo:

- 1.4.6. La elaboración de la cartera de servicios de Fisioterapia no se debe demorar más allá del medio plazo, ya que deberá ir incluida en la nueva guía de derivación, que es un compromiso de esta Consellería trabajar en ella antes de 6 meses. Además, esta guía tendrá que recoger este cambio de roles con la atención de pacientes dentro de este nivel asistencial, dando más capacidad resolutoria a este nivel, y que permita también realizar las tareas de prevención y promoción de salud. También existirán referencias a guías de práctica clínica que permitan trabajar con seguridad a los profesionales, independientemente del tipo de vinculación contractual y antigüedad en el puesto de trabajo.

Creemos que debe hacerse referencia expresa a esto en el documento presentado.



Medidas a largo plazo:

- No se hace referencia al objetivo de acceso directo a las UFAP de pacientes con ciertas patologías como puede ser los esguinces de tobillo, las algias vertebrales, dolor crónico, etc; que, englobado dentro desde cambio de roles, es una realidad que hay que considerar si se tienen en cuenta aspectos como la accesibilidad o la mejora de la relación coste – efectividad en comparación con la realidad asistencial de otros países de nuestro entorno. Tenemos que tener en cuenta que estamos pretendiendo cambiar un modelo para los próximos 25 años, y que si se dejan las cosas como están ahora no podemos hablar de cambios ni de nuevo modelo.
- También en el apartado 1.4.7 hay que incorporar al fisioterapeuta dentro de los equipos de valoración de la dependencia, toda vez que somos los expertos en AP en valorar las capacidades y por tanto la discapacidad.
- Del mismo modo en el apartado 1.4.8, donde para todo el material ortoprotésico, es el fisioterapeuta quien puede valorar la necesidad y funcionalidad de este material, en relación a la discapacidad que presente el enfermo.



Todas estas nuevas competencias que asumiría el fisioterapeuta para descongestionar las consultas de los MEAP, debería ir unido a un cambio retributivo, equiparándose al personal de enfermería en cuanto a población asignada.

2. *Objetivo: mejorar la atención de los pacientes frágiles y crónicos.*

Medidas a largo plazo:

- 1.5.2 Hay que incluir en los programas de atención domiciliaria a los fisioterapeutas una vez formen parte de los EAP, sobre todo en los casos de dependencia funcional, para mejorar las adaptaciones de espacios, manejo de los dependientes por parte del cuidador, etc.

2.2. Línea estratégica: coordinación y comunicación inter-niveles: Atención Primaria (AP)-Atención Hospitalaria (AH).

1. *Objetivo: garantizar la comunicación entre niveles asistenciales:*

Medidas a medio plazo:



- En el punto 2.1.7 la parte de consensuar los criterios de derivación, debiera incluir la propuesta que hicimos de evitar la duplicidad de las derivaciones a fisioterapia desde AP y AH a todas luces deficitaria en cuanto a coste-efectividad y promotora de la congestión en las consultas hospitalarias y que dan información confusa al paciente, al que, en este nuevo modelo, tenemos que hacer partícipe de manera real y efectiva de la toma de decisiones en lo relativo a su salud, y eso pasa de modo imperativo por darle una información clara. La doble derivación vulnera claramente este principio.

-Tampoco se hace referencia a que la información sobre Fisioterapia sea de fácil acceso y consulta por otros profesionales, tanto de AP como de AH.

- En el Borrador presentado, no aparece ninguna referencia sobre la medida de ir reduciendo la derivación a Centros Concertados de Fisioterapia, ya que no hay ningún tipo de seguimiento de los procesos realizados en estos centros por los enfermos, lo que va en contra de los derechos de información del paciente y acceso a su historia clínica, puesto que lo hecho en los centros concertados no aparece reflejado.

2.4.Objetivo: desarrollar herramientas que faciliten la continuidad asistencial.

Medidas a largo plazo:



Habilitar una H^a de fisioterapia en *Ianus* que permita tener un relato de la atención de fisioterapia que recibió un paciente tanto en AP como en AE (aspecto que mejorará enormemente la continuidad de los cuidados asistenciales).

2.5. Objetivo: Homogeneizar y protocolizar procedimientos de trabajo AP – AH.

Medidas a largo plazo:

En el apartado 2.5.8 se debe incluir también la elaboración de guías, procesos asistenciales y protocolos consensuados dentro de la propia AP, como en los casos de derivación desde los MEAP, pediatras y odontólogos y matronas a las UFAP.

2.3. Línea estratégica: atención a demanda.

En esta línea estratégica no se recoge ninguna de las aportaciones realizadas por los fisioterapeutas.

3.1. Objetivo: definir criterios de calidad de las agendas y mejorar su gestión.

Medidas a corto plazo:



- Para mejorar la gestión de las agendas de Fisioterapia hay que implementar de manera general en toda la Comunidad estas medidas:

* Aplicar el criterio de autonomía profesional para que sea el fisioterapeuta el responsable de dar el alta a un paciente en la UFAP

* Fomentar el acto PROG para seguimiento del paciente.

Objetivo: desburocratizar la actividad de los médicos y fisioterapeutas en AP.

Medidas a corto plazo:

- Mejorará mucho la gestión de los pacientes incorporar PSX como personal encargado de los temas administrativos en cada UFAP.

Medidas a medio plazo:

- Incorporar necesariamente un fisioterapeuta en los grupos de trabajo que estudien los diferentes aspectos de mejora relacionados con la gestión de la Incapacidad Temporal (IT), ya que se trata del profesional de referencia en el manejo de la patología responsable del mayor porcentaje de bajas laborales.



Objetivo: Mejorar la gestión no programada.

Medidas a corto plazo:

- En el proceso de recepción de pacientes en el Centro de salud, la enfermera y el fisioterapeuta coordinarían una acción compartida para la patología traumática y ortopédica de baja complejidad (esguinces, roturas fibrilares, contusiones,...), para completar diagnóstico o inicio de tratamiento si procede.

En los pacientes que sea preciso se podrá ejecutar la derivación directa a las UFAP, lo que facilitará la descongestión de las consultas de los MEAP.

Después, en la UFAP, se aplicará consejo terapéutico, vendajes funcionales o educación sobre la evolución natural del proceso que presenta al paciente.

Objetivo cubrir las ausencias.

Medidas a corto plazo:

- En lo relativo a fisioterapia también se deberá promover la formalización de los nombramientos estatutarios eventuales de continuidad y no utilizar de manera sistemática



acúmulos de tareas que se renuevan mes a mes, que va en contra de la garantía de continuidad asistencial del paciente.

1. Objetivo: Reordenar las cuotas habida cuenta las características de la población.

Medidas a corto plazo:

- Aumento del número de fisioterapeutas en AP debido al aumento de la cronicidad, y a que a día de hoy para las más importantes Guías de Práctica clínica a nivel mundial (NICE, *The Lancet*), como se ha explicado en la primera parte de este documento con profusión, la fisioterapia es la primera opción terapéutica en las patologías musculoesqueléticas, en las ENT, etc. de prevalencia masiva en las consultas de los MEAPS.

Objetivo: Reordenar los flujos de trabajo.

Medidas a corto plazo:



- Fomentar el ejercicio terapéutico en la patología crónica, guiado, adaptado y supervisado por los fisioterapeutas, como los profesionales de referencia en esta competencia.

Medidas a medio plazo:

- Como se demostró en la primera parte de este documento, los sistemas de triaje o cribado tienen un impacto directo demostrado en la salud de los pacientes y en la sostenibilidad de los recursos sanitarios. Se deberá, pues, establecer la figura del fisioterapeuta en AP como filtro / triaje para patología musculoesquelética, que de manera informal y no protocolizada se está haciendo ya a diario en los centros de salud que cuentan con UFAP, donde los MEAPs llaman a los fisioterapeutas para colaborar en la valoración y toma de decisiones en el manejo de los pacientes con estas patologías tan prevalentes.

Medidas a largo plazo:

- Consulta telefónica para Fisioterapia.
- Acceso directo del paciente a Fisioterapia como primera consulta para ciertas patologías más prevalentes y donde la Fisioterapia tiene muy contrastada la coste-efectividad de su



intervención mejorando los resultados obtenidos poniendo en funcionamiento este flujo de acceso de los pacientes.

Objetivo: mejorar la atención domiciliaria.

Medidas a medio plazo:

- Implementar la atención domiciliaria colaborativa con Enfermería y Trabajo Social para establecer la acción de educación al cuidador, enseñar a movilizar el enfermo, reestructurar los espacios y mobiliario en el domicilio, etc.

Objetivo: fomentar el uso racional de los recursos por parte de la ciudadanía.

- En el enunciado de este objetivo debemos incluir también a los propios profesionales. Todas las medidas a las que hace referencia este objetivo deben hacerse extensivas a los profesionales sanitarios, que de manera transversal y en todas las actuaciones de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria de la enfermedad o intervención asistencial, deberán ir introduciendo al paciente en una nueva cultura de la salud, donde el paciente es el centro del sistema, pero que ha de hacerse más responsable de su estado de salud. Esto reducirá la medicalización de la población y la concepción “médico-



centrista, fármaco-centrista y fragilizadora” del paciente, característica del modelo actual, poco coste-efectivo y asociado a una elevada iatrogenia.

2.4. Línea estratégica: formación, docencia investigación.

4.1. Objetivo: *más capacidad de decisión de los profesionales de AP sobre los planes formativos:*

Medidas a corto plazo:

- En este objetivo debe quedar recogido que a nivel de fisioterapia será el Coordinador de Área de Fisioterapia en AP el que se encargue de detectar a las necesidades formativas y de reciclaje y elevar al ACIS a las necesidades formativas.

Medidas a medio plazo:

- 4.1.5 El Coordinador de fisioterapia también hará la propuesta formativa para el plan anual de formación AFEDAP, dejando claras las necesidades específicas de formación de estos profesionales.



- De esta manera debe existir un compromiso de aumento del número de cursos y de ediciones para Fisioterapeutas a través del ACIS.

- También se solicitó la necesidad de un programa de ayudas económicas para la realización de cursos de especialización acreditados para desarrollar la actividad asistencial en procesos específicos: cardiología, neumología, pediatría, disfunciones del suelo pélvico, etc.

Actualmente, las necesidades de la población y de la propia Consellería exigen una formación específica en distintas áreas dentro de la Fisioterapia. Para trabajar con estos pacientes, esta formación está siendo costeada por los propios fisioterapeutas, con grandes mermas económicas en sus ya de por sí insuficientes salarios y que, en definitiva, se hacen para mejorar la calidad asistencial de los usuarios. Por ello, estimamos que el Sergas debería favorecer económicamente su realización.

Medidas a largo plazo:

- Se deberán incluir cursos de formación específicos de fisioterapia en los programas PEF y AFEDAP.



5.1. Objetivo: Incrementar la presencia de AP en las facultades de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

Entendemos que debe tratarse de un error, pero es lógico que el enunciado de este objetivo debe incluir también a las Facultades de Fisioterapia, ya que es una necesidad real que los alumnos de las facultades de Fisioterapia deben tener formación específica del trabajo que se hace en las UFAP, y en el uso de la Hª Clínica electrónica, atención comunitaria, etc.

Medidas a medio plazo:

- 4.8.1 Proponer a las Universidades aumentar el número de tutores de pregrado en las UFAP, donde todos los alumnos pasen de manera obligatoria como mínimo por una rotación práctica por una UFAP en la asignatura de Estancias Clínicas adecuándose al plan de estudios de las dos Facultades de Fisioterapia existentes en Galicia.

4.2. Línea estratégica: relación con los pacientes y la Comunidad.

1. Objetivo: Implantar la acción comunitaria como una actividad normalizada en los Centros de Salud.



Medidas a largo plazo:

- 5.1.3 En el mapeo de los activos o recursos para el fomento de la actividad física de la zona los fisioterapeutas deben ser los profesionales de referencia.

2. *Objetivo: Avanzar en la coordinación sociosanitaria.*

Medidas a corto plazo:

- Deberá reflejarse en el plan de mejora que la Comisión interdepartamental debe estar asesorada por fisioterapeutas para optimizar las actuaciones que se hagan en el ámbito de los procesos asistenciales.

Medidas a medio plazo:

- Presentar las UFAP como recurso educativo sociosanitario.

3. *Objetivo: Planificar la acción comunitaria a realizar en los Centros de Salud.*



Medidas a largo plazo:

- 5.3.1 y 5.3.2 En estos apartados debe quedar clara la inclusión de un fisioterapeuta en el grupo de expertos, que será el profesional de referencia en las actuaciones encaminadas a la potenciación de la actividad física y hábitos musculoesqueléticos saludables.

- 5.3.3 En la elaboración del Plan estratégico de intervención comunitaria, el fisioterapeuta debe ser el profesional de referencia del equipo de AP, en relación a las medidas a adoptar en la promoción de la actividad física y hábitos musculoesqueléticos saludables.

5.4 Objetivo: Aumentar el conocimiento de los/de las pacientes sobre su enfermedad.

Medidas a medio plazo:

En el punto 5.4.4, consideramos necesario incluir en los mensajes visuales de las pantallas de las salas de espera para visibilizar información sobre hábitos saludables, el rol del fisioterapeuta e información sobre cómo el fisioterapeuta de tu centro de salud puede ayudarte.



5.5 Objetivo: Aumentar el conocimiento de la ciudadanía sobre los procesos de salud enfermedad.

Medidas a corto plazo:

- En el punto 5.5.3 es importante a participación del fisioterapeuta en la elaboración de Guías sobre dolor crónico y patología musculoesquelética.

5.7 Objetivo: Elaborar un programa específico de salud escolar desde AP.

Medidas a medio plazo:

5.2.1 Se debe contemplar la figura del fisioterapeuta dentro de la Comisión Interdepartamental para la elaboración de planes de salud escolar y proyectos educativos sobre educación para la salud, fomentando la actividad física y los hábitos musculoesqueléticos saludables. Este punto entronca con el uso de las UFAP como recurso educativo para la Comunidad.



Consideraciones a la línea estratégica 5:

Consideramos que debe quedar reflejado en este punto que los fisioterapeutas son los profesionales de referencia del equipo de Atención Primaria en los aspectos relacionados con la actividad física y el sistema neuro-músculo-esquelético, a la hora de la relación del equipo de atención primaria con los pacientes y la comunidad.

4.3. Línea estratégica: Plan de necesidades y priorización de las mismas.

6.1 Objetivo: desarrollar aplicación informática acordes las necesidades de AP.

Medidas a corto plazo:

- En las UFAP debido la actividad asistencial que realizan, existen actualmente lista de espera de pacientes para recibir tratamiento de fisioterapia. Mientras no se adecúen los recursos humanos a las necesidades, es imprescindible la elaboración de una aplicación informática que recoja esas listas de espera y gestione el paso de los pacientes por las UFAP, según el proceso que presentes, la prioridad que se les dé, y el tratamiento que reciben. Actualmente esto se recoge en hojas *excel*, pero que no permiten al acceso a otros profesionales (PSX), y no sirven para recoger datos de actividad o de necesidades de citación prioritaria.



Por eso es necesario hacer referencia expresa en el documento la esta necesidad específica de los fisioterapeutas, ya que para el resto de profesionales en AP no existe el concepto de Lista de espera.

- 6.1.4 Otras medidas: dotar de un equipo informático por profesional que trabajen en el mismo turno.

6.2 Objetivo: mejorar la Hª Clínica electrónica.

Medidas a largo plazo:

- 6.2.4 Normalizar el uso y acceso a *Ianus* en todas las UFAP de la Comunidad Autónoma.

6.3 Objetivo: Renovar/ dotar los Centros de Salud de la equipación sanitaria:

Medidas a corto plazo:

- 6.3.1 Se debe hacer referencia expresa la dotación de camillas eléctricas / hidráulicas para sustituir las de madera, que suponen un riesgo para los pacientes a la hora de subir y



bajar de ellas, y un problema de salud laboral para los fisioterapeutas al no poder adaptar la altura las necesidades de los tratamientos.

Medidas a medio plazo:

- Redefinir la cartera de dotación básica de material en las UFAP en el nuevo modelo de AP, como por ejemplo, material para realizar ejercicio terapéutico, ya que es básico homogeneizar las dotaciones de las UFAP, que actualmente cuentan con una equipación muy desigual y con dotaciones insuficientes y obsoletas, con el consiguiente perjuicio para los usuarios.

6.5 Objetivo: Organizar y evaluar el plan de necesidades de los Centros de Salud.

Medidas a largo plazo:

- 6.5.5 Hacer referencia a que la creación de la comisión multidisciplinar de AP contará con todos los profesionales para que no quede fuera como ocurre muchas veces a figura del fisioterapeuta.



6.6 Objetivo: adecuar los espacios las necesidades de los profesionales y de los pacientes:

Medidas a medio plazo:

- 6.6.2 Hacer referencia expresa las UFAP para que la adecuación de esos espacios sea prioritaria la hora de realizar reformas en los Centros de Salud donde están ubicadas. Esto permitirá habilitar salas de ejercicio terapéutico grupal, adaptando las UFAP la este cambio de rol de la fisioterapia en el nuevo modelo asistencial.

- También es importante reflejar que el fisioterapeuta (Coordinador en cada Área) esté presente en las reuniones donde se diseñan los espacios de las UFAP: las de nueva creación y las reformas de las existentes.

Consideraciones la esta línea estratégica 6:

Las dotaciones en las UFAP tienen unas equipaciones muy desiguales. Hay material caduco y sin utilidad en muchas unidades y una gran falta de material para ejercicio terapéutico, que es el eje de la recuperación funcional. Al mismo tiempo, también falta aparataje de electroterapia moderno y fiable. Todo este material que citamos es habitual verlo en la fisioterapia privada y el hecho de carecer de él en las UFAP sorprende por ser de mucho interés para el usuario.



Destacamos también la ausencia de ordenadores para cada fisioterapeuta. Un ordenador por fisioterapeuta es imprescindible. La propia dinámica de las UFAP requiere un uso continuo de los equipos de informática: manejo de la agenda, las consultas, anotaciones y valoraciones de evolución. Por todo esto, compartir ordenador no es operativo.

La ausencia de camillas hidráulicas en muchas UFAP es también destacable, cuando a nivel hospitalario es una dotación estándar. Son necesarias para ayudar al paciente, así como para la imprescindible ergonomía del terapeuta.

Los ratios de fisioterapeuta por número de habitantes están sobrepasados en todos los casos, se mire la recomendación del organismo que se mire. Existe una infradotación de fisioterapeutas en AP, reconocido por el Dr Martín Zurro en la reciente reunión en la Consellería. Y por consecuencia son listas de espera inaceptables, de más de un año en algunos casos.

Por ello, un aumento de plazas de fisioterapia es imprescindible y prioritario en este plan de necesidades para la atención de los usuarios de las UFAP.



Cronograma

Línea estratégica: definición de nuevos roles.

1.1 Objetivo: Definir la estructura directiva.

Medidas a corto plazo:

- Incorporación de fisioterapeutas en la Subdirección General de AP.

1.2 Objetivo: Potenciar la figura de la jefatura y Coordinación de servicio de AP.

Medidas a corto plazo:

- 1.2.1 Potenciar la figura del Coordinador de Fisioterapia de Área en AP, liberándolo de su actividad asistencial. También debe estar presente dentro de la Comisión de AP en cada Área.

1.3 Objetivo: Adecuar los recursos humanos de los EAP para garantizar la calidad asistencial.

Medidas a corto plazo:

- Aumento del número de plazas de fisioterapia como consecuencia de este cambio de su rol dentro de la AP.

Medidas a medio plazo:

- Incorporar la figura del fisioterapeuta como profesional necesario e imprescindible dentro del Equipo Básico de Atención Primaria (EAP).

1.4. Objetivo: reordenar las competencias de los profesionales de AP.

Medidas a corto plazo:

- 1.4.4 El personal de Servicios Xerais (PSX) prestará apoyo administrativo a los Fisioterapeutas en los CS donde estén ubicadas las UFAP.

Medidas a medio plazo:

- 1.4.6 Elaboración de la cartera de servicios de Fisioterapia que deberá ir incluida en la nueva guía de actuaciones en Fisioterapia en la AP de Galicia.

Medidas a largo plazo:

- Acceso directo a las UFAP de pacientes con ciertas patologías muy prevalentes y no complejas.



- 1.4.7 Incorporar al fisioterapeuta dentro de los equipos de valoración de la dependencia.
- 1.4.8 En el material ortoprotésico es el fisioterapeuta quien puede valorar la necesidad y funcionalidad de este material, en relación a la discapacidad.

1.5 Objetivo: mejorar la atención de los pacientes frágiles y crónicos.

Medidas a largo plazo:

- 1.5.2 Hay que incluir en los programas de atención domiciliaria a los fisioterapeutas.

2. Línea estratégica: coordinación y comunicación interniveles: AP – AH.

2.1 Objetivo: garantizar la comunicación entre niveles asistenciales.

Medidas a medio plazo:

- 2.1.7 A la hora de consensuar los criterios de derivación se debe evitar la duplicidad de las derivaciones a fisioterapia desde AP y AH.
- Que la información sobre Fisioterapia sea de fácil acceso y consulta por otros profesionales, tanto de AP como de AH.
- Aplicar la medida de ir reduciendo la derivación a Centros Concertados de Fisioterapia.

2.4 Objetivo: desarrollar herramientas que faciliten la continuidad asistencial.

Medidas a largo plazo:

- Habilitar una H^a de fisioterapia en *Ianus*.

2.5 Objetivo: Homogeneizar y protocolizar procedimientos de trabajo AP – AH.

Medidas a largo plazo:

- 2.5.8 Se debe incluir también la elaboración de guías, procesos asistenciales y protocolos consensuados dentro de la propia AP.

3. Línea estratégica: atención a demanda.



3.1 Objetivo: definir criterios de calidad de las agendas y mejorar su gestión.

Medidas a corto plazo:

- Mejorar la gestión de las agendas de Fisioterapia en toda la Comunidad: criterio de autonomía profesional para que sea el fisioterapeuta el responsable de dar el alta a un paciente en la UFAP, y fomentar el acto PROG para seguimiento del paciente.

3.2 Objetivo: desburocratizar la actividad de los médicos y fisioterapeutas en AP.

Medidas a corto plazo:

- Incorporar PSX como personal encargado de los temas administrativos en cada UFAP.

Medidas a medio plazo:

- Incorporar necesariamente un fisioterapeuta en los grupos de trabajo que estudien los diferentes aspectos de mejora relacionados con la gestión de la Incapacidad Temporal (IT).

3.3 Objetivo: Mejorar la gestión no programada:

Medidas a corto plazo:

- En el proceso de recepción de pacientes en el Centro de salud la enfermera y el fisioterapeuta coordinarían una acción compartida para la patología traumática (esguinces, roturas fibrilares, contusiones,...) y ortopédica de baja complejidad, para completar diagnóstico o inicio de tratamiento si procede.

3.4 Objetivo: cubrir las ausencias.

Medidas a corto plazo:

- Promover la formalización de los nombramientos estatutarios eventuales de continuidad en fisioterapia.

3.5 Objetivo: Reordenar las cuotas habida cuenta las características de la población.

Medidas a corto plazo:

- Fomentar el ejercicio terapéutico en la patología crónica, guiado, adaptado y supervisado por los fisioterapeutas.

Medidas a medio plazo:

- Establecer la figura del fisioterapeuta en AP como filtro / triaje para patología musculoesquelética.

Medidas a largo plazo:



- Consulta telefónica para Fisioterapia.
- Acceso directo del paciente a Fisioterapia como primera consulta para ciertas patologías más prevalentes.

3.7 Objetivo: mejorar la atención domiciliaria.

Medidas a medio plazo:

- Implementar la atención domiciliaria colaborativa con Enfermería y trabajadora social.

3.9 Objetivo: fomentar el uso racional de los recursos por la ciudadanía.

- Debemos incluir también en el enunciado: *y por los propios profesionales.*

4. Línea estratégica: formación, docencia investigación.

4.1 Objetivo: más capacidad de decisión de los profesionales de AP sobre los planes formativos.

Medidas a corto plazo:

- El Coordinador de Área de Fisioterapia en AP será el que se encargue de detectar las necesidades formativas y de reciclaje, y elevar al ACIS estas necesidades formativas.

Medidas a medio plazo:

- 4.1.5 El Coordinador de fisioterapia también hará la propuesta formativa para el plan anual de formación AFEDAP.
- Compromiso de aumento del número de cursos y de ediciones para Fisioterapeutas a través del ACIS.
- Programa de ayudas económicas para la realización de cursos de especialización acreditados con aumento de horas disponibles para ello.

Medidas a largo plazo:

- Cursos de formación específicos de fisioterapia en los programas PEF y AFEDAP.

4.8 Objetivo: Incrementar la presencia de AP en las facultades de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

Medidas a medio plazo:

- 4.8.1 Proponer a las Universidades aumentar el número de tutores de pregrado en las UFAP de manera que todos los alumnos pasen obligatoriamente y como mínimo por una rotación práctica por una UFAP.



5. Línea estratégica: relación con los pacientes y la Comunidad.

5.1 Objetivo: Implantar la acción comunitaria como una actividad normalizada en los CS.

Medidas a largo plazo:

- 5.1.3 En el mapeo de los activos o recursos para el fomento de la actividad física de la zona, los fisioterapeutas deben ser los profesionales de referencia.

5.2 Objetivo: Avanzar en la coordinación sociosanitaria.

Medidas a corto plazo:

- Los planes de mejora que la Comisión interdepartamental elabore deberán estar asesorados por fisioterapeutas.

Medidas a medio plazo:

- Presentar las UFAP como recurso educativo sociosanitario.

5.3 Objetivo: Planificar la acción comunitaria a realizar en los CS.

Medidas a largo plazo:

- 5.3.1 y 5.3.2 En estos apartados debe quedar clara la inclusión de un fisioterapeuta en el grupo de expertos.
- 5.3.3 En la elaboración del Plan Estratégico de intervención comunitaria, el fisioterapeuta debe ser un profesional de referencia.

5.4 Objetivo: Aumentar el conocimiento de los/de las pacientes sobre su enfermedad.

Medidas a medio plazo:

- Punto 5.4.4 Incluir en los mensajes visuales de las pantallas de las salas de espera el nuevo rol del fisioterapeuta.

5.5 Objetivo: Aumentar el conocimiento de la ciudadanía sobre los procesos de salud enfermedad.

Medidas a corto plazo:

- 5.5.3 Es importante la participación del fisioterapeuta en la elaboración de Guías sobre dolor crónico y patología musculoesquelética.

5.7 Objetivo: Elaborar un programa específico de salud escolar desde AP.

Medidas a medio plazo:

- 5.2.1 Se debe contemplar la figura del fisioterapeuta dentro de la Comisión Interdepartamental.



6. Línea estratégica: Plan de necesidades y priorización de las mismas.

6.1 Objetivo: desarrollar aplicación informática acorde las necesidades de AP.

Medidas a corto plazo:

- Aplicación informática que recoja las listas de espera de Fisioterapia y gestione el paso de los pacientes por las UFAP.

- 6.1.4 Dotar de un equipo informático por profesionales de cada turno.

6.2 Objetivo: mejorar la Hª Clínica electrónica.

Medidas a largo plazo:

- 6.2.4 Normalizar el uso y acceso a *Ianus* en todas las UFAP de la Comunidad Autónoma.

6.3 Objetivo: Renovar/ dotar los CS de la equipación sanitaria.

Medidas a corto plazo:

- 6.3.1 Se debe hacer referencia expresa a la dotación de camillas eléctricas / hidráulicas para reemplazar las de madera existentes.

Medidas a medio plazo:

- Redefinir la cartera de dotación básica de material en las UFAP.

6.5 Objetivo: Organizar y evaluar el plan de necesidades de los CS.

Medidas a largo plazo:

- 6.5.5 Hacer referencia a que la creación de la comisión multidisciplinar de AP contará con todos los profesionales (incluidos los fisioterapeutas).

6.6 Objetivo: adecuar los espacios las necesidades de los profesionales y de los pacientes.

Medidas a medio plazo:

- 6.6.2 Hacer referencia expresa a las UFAP, para que en la adecuación de esos espacios sea prioritaria la reformas en estas Unidades de Fisioterapia de los Centros de Salud.



- Que el fisioterapeuta (Coordinador en cada Área) esté presente en las reuniones donde se diseñan los espacios de las UFAP.





Conclusión.

La Sociedade Galega de Fisioterapeutas muestra su rechazo al texto de Borrador del Novo Modelo en Atención Primaria, al no recoger ninguna de las medidas planteadas por los fisioterapeutas y que habían sido recibidas positivamente por la Administración en las reuniones de trabajo previas mantenidas, todas ellas medidas razonables encaminadas a mejorar el servicio asistencial, disminuir las listas de espera y la carga de trabajo de los especialistas en Atención Primaria.

Este documento de alegaciones presenta, por un lado, las pruebas necesarias para justificar el necesario cambio de rol del profesional fisioterapeuta en esta unidad asistencial, tanto en términos de efectividad clínica como de impacto económico. Por el otro, presenta una relación de medidas concretas, basándose en el Borrador presentado, para poder implementar estos cambios necesarios que, como se ha demostrado, solo pueden redundar en el beneficio del ciudadano.

Desde la Sociedade Galega de Fisioterapeutas hacemos un llamamiento a la Consellería a escuchar a los profesionales de la fisioterapia, que están dispuestos a aportar todos sus conocimientos y años de experiencia para que ganemos todos: los profesionales, porque las medidas presentadas, sensatas y de implementación posible, van orientadas a aliviar



la presión asistencial de los especialistas y mejorar el trabajo del resto de profesionales de Primaria; los gestores sanitarios, porque la gestión racional de los recursos de fisioterapia significa ahorro y sostenibilidad del sistema y, por encima de todo, los usuarios de los Centros de Salud, porque estas iniciativas, eficaces y coste-efectivas, ayudarán a reducir su discapacidad, reducir las listas de espera y mejorar su salud.

