



**DOCUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN EL NUEVO  
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA.**

**1. INTRODUCCIÓN.**

**2. CAMBIO DE MODELO DE AP DESDE EL NUEVO ROL QUE LA FISIOTERAPIA  
APORTA DENTRO DEL EQUIPO DE AP (EAP).**

**2.1 NUEVO ROL DE LA FISIOTERAPIA EN AP.**

**2.2 TABLA RESUMEN DE CONTENIDOS.**

**3. PROPUESTAS CONCRETAS REALIZADAS EN LAS COMISIONES Y QUE SE DEBEN  
INCLUIR EN EL DOCUMENTO FINAL DE LA CONSELLERÍA.**

**3.1 COMISIÓN 4 DE CARTERA DE SERVICIOS DE FISIOTERAPIA.**

**3.2 COMISIÓN 9 DE MAPA DE COMPETENCIAS.**

**3.3 COMISIÓN 10 DE COORDINACIÓN ENTRE AP Y AH.**

**3.4 COMISIÓN 12 DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE IT.**

**3.5 COMISIÓN 15 DE PRESCRIPCIÓN EFICIENTE Y RECOMENDACIONES DE “NO  
HACER”**

**3.6 TABLA RESUMEN DE ALGUNAS PROPUESTAS.**

**4. ADJUNTO: NECESIDADES DE PERSONAL DE FISIOTERAPIA EN AP COMO  
PRIMERA MEDIDA DE CHOQUE PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO  
DEL NUEVO MODELO DE AP DE GALICIA.**

## 1. INTRODUCCIÓN

Este año la Consellería de Sanidad convocó a los diferentes profesionales de Atención Primaria para reformular el modelo de AP. 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 intenta 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 basadas en la mayor evidencia científica disponible y sabiendo, desde la práctica diaria, de los beneficios que aporta nuestra categoría profesional, tanto de manera preventiva, como resolutive en dolencias de gran prevalencia en la AP.

La Fisioterapia soporta actualmente unos 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 están dispuestos a asumir nuevos roles en los que se aporte valor a la AP, con abordajes altamente eficientes y efectivas. Somos una de las categorías profesionales mejor valoradas por los pacientes y, sin embargo, somos la única categoría profesional de AP que soporta unas listas de espera inasumibles.

Los fisioterapeutas proponemos un modelo interdisciplinar, donde cada categoría profesional atienda al paciente en aquellas patologías y de la manera más adecuada a su problema de salud, desde la perspectiva de aquel profesional que mejor se adapte a la demanda del paciente.

De este modo, los fisioterapeutas podemos ser los profesionales de referencia y podemos consultar, valorar y resolver de forma última la patología musculoesquelética que acude a nuestros Centros de Salud de AP.

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 en el caso de duda, derivará al paciente a su médico para una consulta.

Los incidentes adversos en la Fisioterapia en ejercicio libre son mínimos y en cambio los beneficios del acceso a Fisioterapia ya están demostrados en otros países europeos.

Éste es un momento histórico y una oportunidad única para poner a la Sanidad Pública gallega en la vanguardia de la atención a los pacientes y con esa intención deseamos aportar nuestras propuestas para progresar en el modelo de Atención Primaria que tenemos.

## **2. CAMBIO DE MODELO DE AP DESDE EL NUEVO ROL QUE LA FISIOTERAPIA APORTA DENTRO DEL EQUIPO DE AP (EAP).**

Hace unos 25 años, la Fisioterapia entró dentro de la AP con la Circular 4/91 de bajo peso legislativo, como Unidades de apoyo, para abordar, dentro de su Cartera de Servicios, la promoción y prevención de la salud, la atención a las patologías musculoesqueléticas de alta prevalencia y baja complejidad (las que un mayor porcentaje de incapacidades laborales genera), la atención al envejecimiento y cronicidad, y la atención Comunitaria.

Pero, desgraciadamente, estas Unidades fueron “secuestradas” por los Servicios Hospitalarios para atender las patologías hospitalarias de manera dispersa por la geografía del Área Sanitaria en la que estaban ubicadas, y se abandonó el espíritu de esa Circular, impidiendo, por falta de decisión política, que estas UFAP desarrollaran una gran labor en AP.

Esto nos ha hecho perder 25 años de aplicación de la Fisioterapia en el primer nivel asistencial, y encontrarnos ahora en la situación que tenemos de falta de medios para abarcar precisamente esa Cartera de Servicios que planteaba en sus inicios la Circular 4/91 y que debería haber ido creciendo de la mano de la Fisioterapia.

Lo que no podemos permitir ahora, es que ese error de concepto y desarrollo de estos profesionales, provocado hace 25 años, se perpetúe en el pretendido nuevo modelo de AP: seguir realizando atención terciaria y cuaternaria, y dejar de dar asistencia a la atención primaria y secundaria, que seguirá generando un importante gasto sanitario, con aumento de las Intervenciones Quirúrgicas, consultas Hospitalarias, consumo de medicación, etc..., por, precisamente, colocar a los fisioterapeutas al final de la atención y no al principio donde somos mucho más coste-efectivos.

Hoy es el momento de dar un paso al frente, y con decisión política, aprender de los errores del pasado, frenar esta inercia de aumento de gasto sanitario muchas veces inútil y que genera gran iatrogenia, y apostar por un cambio de modelo en AP donde la Fisioterapia tiene un importante papel que desarrollar pasando a formar parte del **Equipo Básico de Atención Primaria (EAP)**.

Con la formación académica que atesoran, su experiencia en el abordaje de todos estos procesos que se dan en AP y simplemente, viendo los resultados que su pronta intervención ha dado en otros países de nuestro entorno, nos debería catapultar a ser profesionales de primera intención en AP, dentro del Equipo Básico, para realizar la consulta, atención y seguimiento de muchos usuarios que acuden a diario a los Centros de Salud (musculoesquelética no compleja, dolor crónico, ENT,...), siendo una herramienta más para el uso racional de los recursos sanitarios.

Estas consultas de Fisioterapia trabajarán directamente con la Educación para la Salud (EPS), implantación de Ejercicio Terapéutico, educación sanitaria, formación del paciente sobre los procesos de salud y enfermedad, aumentarán la adhesión a estos tratamientos, etc..., y saldremos de esta inercia de *“fisioterapia pasiva”*, que debemos recordar que fue el modelo que fomentaron desde los Servicios Hospitalarios, indicando sólo técnicas para procesos concretos y sin tener en cuenta toda la esfera personal del paciente (entorno social, laboral, etc,...).

Ahora, con la evidencia científica siempre por delante, sabemos que lo que sí funciona es lo que ya debimos empezar a hacer hace 25 años, y si nos lo permite este proceso de cambio y hay una apuesta firme por un nuevo modelo real de AP para los próximos 20 años, podremos dar respuesta desde la Fisioterapia a todas estas realidades del día a día de la AP y reducir el gasto sanitario actual desorbitado, al enfocar correctamente al paciente y por extensión a la Comunidad, desde una primera y pronta intervención del fisioterapeuta en AP.

## **2.1 Nuevo ROL de la Fisioterapia en Atención Primaria.**

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

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

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

En este cambio de modelo, el fisioterapeuta, profesional formado y capacitado para el desarrollo de sus funciones de una forma autónoma, está en disposición de aportar al **Equipo Básico de atención primaria** todo su potencial en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y manejo de la discapacidad y del dolor, así como la minimización de las secuelas de diversos procesos. Su formación específica en el abordaje de los pacientes con alteraciones neuromusculoesqueléticas, que se estima comprende en torno a un 30-40% de la carga asistencial de la consulta de los médicos especialistas de atención primaria (MEAP), lo sitúa en disposición de ser un elemento clave en la mejora de la gestión de dichos procesos desde y por la Atención Primaria.

En este nuevo papel, el fisioterapeuta pretende ser un aliado del Médico Especialista en medicina familiar y comunitaria en la gestión de la demanda y sobredemanda de toda aquella patología musculoesquelética de alta incidencia y baja complejidad que se atiende a diario en las consultas de Atención Primaria, reduciendo la necesidad de derivar al segundo nivel asistencial mucho menos eficiente y costo-efectivo en la resolución de dichos procesos.

Además de este papel centrado en la atención de los procesos musculoesqueléticos, no debemos pasar por alto todo el potencial que puede aportar el fisioterapeuta en la atención y manejo de toda aquella patología respiratoria aguda y crónica, cardiovascular y metabólica que se atiende en las consultas de AP. El fisioterapeuta es el profesional más capacitado y mejor formado para el uso y prescripción del **Ejercicio Terapéutico** (guiándolo, adaptándolo y supervisándolo), herramienta esencial para el tratamiento de gran parte de los procesos anteriormente citados, que saturan las consultas de Atención Primaria y que, en el modelo actual, se están manejando en contra del criterio que recomiendan las Sociedades Científicas, las Guías de práctica clínica y las publicaciones más prestigiosas.

Según lo expuesto, el **cambio del ROL** que proponemos desde SOGAFI debe pivotar en torno a varios elementos clave:

1. **Integración dentro del Equipo Básico de AP** y con autonomía asistencial plena, realizando los cambios legislativos necesarios. Actualmente circular 4/91.
2. **Mejorar ratios actuales** como medida de choque inicial: **1/ 12.000**. Para ello se necesitarían unos 72 fisioterapeutas en toda la Comunidad, en estos tres próximos años, según el informe adjunto (punto 4), aportado por los propios fisioterapeutas que actualmente trabajan en el Sergas en AP.

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

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

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

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

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

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

Tras la elaboración de esta Guía, se necesitará a **un fisioterapeuta en Servicios Centrales que lidere su implantación en toda la Comunidad**, según las necesidades y velocidades de cada Área.

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

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

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

## 2.2 Tabla resumen de contenidos.

Cambio de rol del fisioterapeuta en Atención Primaria (AP)	
1.	Integración del fisioterapeuta dentro del equipo básico de AP.
2.	Mejora inicial de ratios: 1/12.000 habitantes (son necesarios 72 fisioterapeutas más).
3.	Fisioterapia como recurso de Atención Primaria y no sólo Hospitalaria.
4.	Participación de los Fisioterapeutas en la elaboración de la Guía de AP.
5.	Fisioterapia como referencia de Atención Comunitaria en el fomento de actividad física para la salud.
6.	Fisioterapia en la Atención Domiciliaria.
7.	Incluir a las UFAP como centros docentes para todos los profesionales del equipo de AP.

## 3. PROPUESTAS REALIZADAS EN ALGUNAS DE LAS COMISIONES CREADAS:

**3.1** En la **Comisión número 4, de Cartera de Servicios de Fisioterapia en AP**, se plantea que los pacientes que hacen el circuito al revés; es decir, han sido valorados en el nivel Hospitalario antes de pasar por la UFAP; se debe establecer que si por su estado de salud pueden ser tratados en AP, el médico Hospitalario debe dar el "ALTA con seguimiento en AP".

El fisioterapeuta valorará el caso, planteará objetivos, tratamiento, frecuencia de sesiones y ALTA de Fisioterapia cuando lo considere oportuno. Sin el pretendido control actual desde AH. En caso de que apareciese alguna complicación o duda, tendrá la posibilidad de solicitar una **E – Interconsulta** (Comisión10) al Especialista Hospitalario más indicado en cada caso. Se debe eliminar la posibilidad de enviar al paciente desde AH a la UFAP con revisiones por el Especialista Hospitalario, ya que se ha constatado en todos estos años que esto sólo significa realizar más y más sesiones sin justificación, y sin contar con la opinión experta del fisioterapeuta de la UFAP.

Con ello, en los casos que el paciente no esté en situación para ese control en AP, es que no puede acudir a la UFAP. Si hay riesgos y por eso no es ALTA por parte del médico de Hospital, es razón suficiente para que no acuda a una UFAP; ya que en caso de un evento adverso la responsabilidad siempre será del profesional que permitió el acceso de este paciente en la UFAP, y no del profesional que lo deriva.

**3.2 En la Comisión número 9 de mapa de competencias,** se debe perseguir el objetivo de funcionar todos como **Equipo de AP**, y los fisioterapeutas se postulan para contribuir a la **gestión de la sobredemanda en las consultas de los médicos de Primaria** de la patología musculoesquelética No Compleja, con una medida muy sencilla:

Cuando un paciente va al Centro de Salud sin cita (sobredemanda) en el momento que se dirija al personal administrativo, si el paciente le comenta que la causa de la consulta es por dolor cervical, lumbar, hombro, o esguince de tobillo, éste le dará cita directamente con el fisioterapeuta, ya que éste profesional será el que más le pueda ayudar en estos casos.

Y esta medida se puede pilotar fácilmente en un par de UFAP, aumentando un fisioterapeuta que se encargaría de filtrar esta sobredemanda dando pautas, Educación para la Salud, medidas de analgesia, vendajes funcionales, cita para tratamiento de Fisioterapia,..., y cribar a aquellos que hay que derivar a atención Hospitalaria (**E – Interconsulta** desde el fisioterapeuta – Comisión 10-, enlazando con la medida anterior), o a hacer alguna prueba de imagen(Rx,...).

**3.3 En la Comisión número 10, de coordinación entre AP y AH,** al hablar de la relación con Atención Hospitalaria, planteamos que el Fisioterapeuta de AP pueda entrar en el **Gestor de peticiones a AH**, para hacer **E-Interconsultas con los Médicos Hospitalarios**.

Este punto enlaza con los dos anteriores, ya que actualmente la comunicación con ellos es muy mala y toda la información viaja a través del paciente; cosa poco fiable que provoca situaciones tan surrealistas como preparar en la UFAP a un paciente para el alta de Fisioterapia, éste consulta con el médico Hospitalario, y por la falta de comunicación entre los profesionales, vuelve con más sesiones para *“continuación de tratamiento”*.

Esta posibilidad nos dará dos **aspectos de mejora**:

- En el caso de un paciente derivado de AP, si en el triaje nos damos cuenta que presenta una patología Compleja, que debe ser valorada por el médico de Hospital (RHB, Trauma, Reuma, Neurocirujano,..), lo enviaríamos directamente nosotros con la E- Interconsulta sin tener que volver al Médico de



Familia para hacer este paso. Además explicaríamos el por qué de la derivación al médico Hospitalario al realizar esa petición de Consulta.

- Y el segundo aspecto es que en caso de estar tratando a algún paciente Complejo en la fase final tras el ALTA por parte del médico de AH (fase de realización de Ejercicio Terapéutico para recuperar capacidades funcionales), si el proceso se complica, empeora, etc,..., podremos pedir nueva consulta con el médico Hospitalario oportuno (neurocirujano, traumatólogo,...) y que valore la necesidad de revisarlo para descartar complicaciones.

Del mismo modo, si se van a recibir en las UFAP nuevos procesos más complejos (Cardio, EPOC,...), se entiende necesario esta posibilidad de relación con los especialistas hospitalarios (cardiólogo, neumólogo,...) como requisito imprescindible para no quedarnos indefensos en las UFAP, o con la única posibilidad de enviarlos a Urgencias ante una posible complicación o mala evolución.

**3.4** Y con respecto a la **Comisión número 12 de mejora en la Gestión de las IT**, aportamos dos puntos claros para intentar reducirlos y mejorar su gestión:

**3.4.1-** El primero sería la prevención a grupos de trabajadores más susceptibles de patología de baja complejidad que cursan con bajas (patología lumbar, cervical y hombro). Esto consistirá en dar charlas en empresas a trabajadores de fábricas, etc, sobre ejercicios específicos para **aumentar capacidades** en zonas corporales más solicitadas en sus trabajos (lumbares en mariscadoras, hombros en reponedoras, cervical en administrativos,...); y **disminuir demandas**, con posibilidad de cambios en el puesto de trabajo cada cierto tiempo, reducir actividades que sigan fatigando zonas ya muy exigidas, etc.

**3.4.2** - Y el segundo, los pacientes en IT con patologías No Complejas que son las más prevalentes, deben tener Prioridad en las UFAP para recibir tratamiento cuanto antes, y evitar las cronicidades, secuelas, complicaciones, etc,..., que siempre alargan los tiempos de baja.

Además se evitarían las posibles reclamaciones patrimoniales por parte de los asegurados al SERGAS, que cada vez son más frecuentes.

Pero lógicamente estas dos medidas necesitan un aumento importante de personal de Fisioterapia, que debido al importante ahorro que generaría, se puede considerar que se pagaría sólo al reducir el número de bajas y los tiempos de baja cuando estas se produzcan.

También disminuiría el consumo de medicación, y las consultas con los médicos de AP (renovar baja, cambiar medicación, etc,...) y con los médicos de AH (pruebas complementarias muchas veces innecesarias, intervenciones por la demora en recibir un tratamiento conservador de fisioterapia a tiempo, etc,..)

El ahorro se podría calcular pilotando también el modelo en un par de UFAP, y hacer un estudio retrospectivo de esos gastos con pacientes en IT 5 años atrás (medicación, consultas, pruebas e intervenciones), comparado con los datos al año de implementar este programa.

**3.4** En la **Comisión número 15, de Prescripción eficiente y recomendaciones de “no hacer”**, se plantea la necesidad de incluir al fisioterapeuta dentro de la Comisión Regional de Dolor Crónico, para aportar toda nuestra experiencia y evidencia científica actual en el abordaje de esta patología con el Ejercicio Terapéutico, educación en neurociencia y demás medidas que reducen de manera muy importante la iatrogenia que los tratamientos actuales provocan.

Además son medidas de fácil implementación en las UFAP, siguiendo modelos ya consolidados en otras CC. AA. Como puede ser la de Castilla y León.

### 3.6 Tabla resumen de algunas propuestas:

Resumen de propuestas realizadas en algunas de las Comisiones	
1.	<b>Comisión 4:</b> Los pacientes que acudan a las UFAP tras su valoración/tratamiento en AH, necesariamente tendrán el ALTA del Servicio Hospitalario para seguimiento a través de su MEAP en AP.
2.	<b>Comisión 9:</b> Ayuda, dentro del EAP, en la Gestión de la sobredemanda de de la patología musculoesquelética No Compleja.
3.	<b>Comisión 10:</b> Acceso del fisioterapeuta al Gestor de Peticiones a AH, realizando E-Interconsultas a los Servicios Hospitalarios para mejorar la comunicación con este nivel.
4.	<b>Comisión 12:</b> Mejora en la Gestión de las IT, con medidas de prevención a nivel laboral, y priorizando la asistencia de estos procesos (de alta prevalencia y baja complejidad) en las UFAP.
5.	<b>Comisión 15:</b> Incluir la figura del fisioterapeuta dentro de la Comisión Regional de Dolor Crónico de Galicia.

#### **4. ADJUNTO: NECESIDADES DE PLAZAS DE FISIOTERAPIA EN AP PARA LA IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL NUEVO MODELO DE AP DE GALICIA.**

Desde SOGAFI se valora que la propuesta realizada por la Consellería de Sanidad de un aumento de 40 plazas de Fisioterapia de nueva creación en tres años, se basa en datos que no son del todo ajustados a la realidad actual y a las necesidades que se contemplan con el cambio de rol que los fisioterapeutas tendrán en la nueva AP; ya que al asumir nuevas competencias es más necesario que nunca adaptar los recursos humanos a la realidad asistencial para no empezar este nuevo modelo con unas carencias que pueden hacerlo fracasar desde sus inicios.

Tras valorar la información aportada por los Coordinadores y Supervisores de Área de Fisioterapia de cada Área, queremos dejar constancia de cuáles son las necesidades reales de fisioterapeutas por Áreas y por UFAP o zonas de influencia.

Cabe destacar que el objetivo de ratios planteado para una primera actuación inicial de choque que establece un ratio de 1 fisioterapeuta por cada 11.500 cartillas no se cumple ni de lejos con esas 40 plazas comprometidas, haciendo pasar las 159 actuales a 199, que con una población de 2.800.000 habitantes nos daría un ratio de 1 fisioterapeuta cada 14.000 habitantes.

Por lo tanto a continuación planteamos una relación de datos más ajustados a la realidad para contrastar con los aportados por las EOxIs (que no fueron mostrados en ningún momento a los grupos de trabajo), y que establecen unas necesidades reales para llevar a cabo este nuevo modelo de AP en Galicia.

##### **A Coruña:**

Casa del Mar	1
Ventorrillo	1
Arteixo	2
Carballo	2
Cee	3
Temple	2
Oleiros	2
<b>TOTAL:</b>	<b>13 Fisioterapeutas</b>

**Vigo:**

Casco Urbano:	9
La Guardia	1
Val Miñor	1
Moaña	1
Porriño y Mos	2
<b>TOTAL:</b>	<b>14 Fisioterapeutas</b>

**Orense:**

Xinzo	1
O Barco	1
Carballiño	1
C.S. Couto	1
A Carballeira	1
A Valenza	2
Mariñamansa	2
<b>TOTAL:</b>	<b>9 Fisioterapeutas</b>

**Santiago:**

Fontiñas	1
Ribeira	1
Lalín	1
Noia	1
<b>TOTAL</b>	<b>4 Fisioterapeutas</b>

**Lugo:**

Lugo	2
Sarria	2

Villalba	2
Ribadeo	1
Chantada	1
Foz	1
Becerreá	1
Viveiro	1
Monterroso	1
<b>TOTAL:</b>	<b>12 Fisioterapeutas</b>

**Ferrol:**

Centro Urbano	5 (carecen de Fisioterapia en AP)
Narón	1
Cedeira	1
Ortigueira	1
<b>TOTAL:</b>	<b>8 Fisioterapeutas</b>

**Pontevedra:**

San Roque	1
Parda	1
Marín	1
Peregrina	9 (se contemplan las plazas que actualmente no tienen UFAP de referencia alrededor de Pontevedra y que van al Centro Concertado Vitha Salud, que además del CS de la Peregrina serían: Poio; Caldas, Cuntis, Moraña, Portas, Barro Forcarei, A Lama, Pontecaldelas, Cerdedo; Vilaboa Sur y Soutomaior).
<b>TOTAL:</b>	<b>12 Fisioterapeutas</b>

**\*\*Suma Total de plazas necesarias: 72 plazas nuevas\*\***

Con estos datos, la propuesta de plazas nuevas para estos tres años debería estar más cerca de los 70 fisioterapeutas que de los 40 propuestos; ya que según se vayan incorporando asumirán más funciones como la atención a la sobredemanda de la patología musculoesquelética no programada, patología cardíaca y respiratoria, suelo pélvico, dolor crónico, y actividades comunitarias y en domicilios; quedando además unos ratios medios en la Comunidad de 1 fisioterapeuta cada 12.000 habitantes que pueda servir como medida de choque inicial.

Entendemos entonces, que debido a que los datos manejados por la Consellería y aportados por las EOxIs (por las Direcciones de Enfermería que en un principio no conocen la nueva labor que empezarán a asumir estos fisioterapeutas en el nuevo modelo de AP al no conocer lo debatido en las distintas Comisiones por los grupos de trabajo), no se ajustan a la realidad, se debe tener en cuenta los datos aportados y el conocimiento sobre el terreno de los verdaderos protagonistas de la situación de la Fisioterapia en cada Área, conocedores de lo que allí se hace, de sus déficits y de sus necesidades.

**DOCUMENTO ELABORADO POR:**

**ASOCIACIÓN CIENTÍFICA DE FISIOTERAPEUTAS DE GALICIA - SOGAFI**

