

Análisis de actividad de una Unidad de Fisioterapia Rural en atención primaria

Activity analysis of a Rural Physiotherapy Unit in primary health care

Burillo-Lafuente M^a, Vicente-Parra A^b

^a Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del Hospital San José. Hospital San José. Servicio Aragonés de Salud. Teruel. España. ORCID 0000-0001-7360-3919.

^b Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del Hospital Obispo Polanco. Hospital Obispo Polanco. Servicio Aragonés de Salud. Teruel. España. ORCID 0000-0001-6064-536X.

Correspondencia:

Mario Burillo Lafuente
mburillo@salud.aragon.es

Recibido: 26 marzo 2022

Aceptado: 29 mayo 2022

RESUMEN

Objetivo: analizar la actividad de la Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) en el Centro de Salud de Mora de Rubielos (Teruel, España), de forma global y segmentada en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) a las que da cobertura. **Material y método:** estudio descriptivo transversal de 157 derivaciones individuales a la UFAP de Mora de Rubielos desde noviembre de 2017 a diciembre de 2018. Se evaluó el origen de las derivaciones, la demora en la atención, días en tratamiento y número de sesiones, la densidad del tratamiento y el motivo de alta. **Resultados:** la edad media fue $55,70 \pm 17,00$ años, con 63,69 % de mujeres. La demora media fue de $19,20 \pm 17,40$ días, con una duración de tratamiento de $32,60 \pm 16,90$ días para realizar $10,20 \pm 5,23$ sesiones. En el 86,00 % de los casos «mejoría» fue la causa de alta. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ZBS, exceptuando el origen de las derivaciones. **Conclusiones:** la práctica totalidad de pacientes de la ZBS de Sarrión procedieron de Atención Especializada frente a la distribución más homogénea de las ZBS de Mora de Rubielos y Mosqueruela. Las ZBS sin UFAP derivaron a menos pacientes en proporción a sus poblaciones de referencia. Se observó una mayor asistencia de las mujeres al servicio, así como de adultos y ancianos. El servicio de Fisioterapia se dispensó en condiciones de igualdad y equidad entre ZBS, aunque se detectaron factores de desigualdad extrínseca y posibilidades de mejora.

Palabras clave: atención primaria de salud, Especialidad de Fisioterapia, accesibilidad a los servicios de salud, derivación y consulta, rehabilitación.

ABSTRACT

Objective: to analyze the activity of the Physiotherapy Unit in Primary Care (PUPC) in the Health Center of Mora de Rubielos (Teruel, Spain), globally and split by the Basic Health Zones (BHZ) covered. **Material and method:** cross-sectional study of 157 individual referrals to the PUPC of Mora de Rubielos from november 2017 to december 2018. **Referrer, delay in treatment, days of treatment, number of sessions, treatment density and reason for discharge were evaluated.** Results: mean age was 55.70 ± 17.0 years, with 63.69 % of the sample being women. Mean delay was 19.20 ± 17.40 days, with a treatment duration of 32.60 ± 16.90 days for 10.20 ± 5.23 sessions. 86.00 % of the patients were discharged as «improvement». Other than referrer, no statistically significant differences were observed between BHZ. **Conclusions:** almost all patients from Sarrión BHZ were referred from

Secondary Care in contrast with the homogeneous distribution of the BHZ of Mora de Rubielos and Mosqueruela. BHZ without PUPC referred less patients when compared to their population. A higher attendance of women to the service was observed, as well as adults and elderly. Physical therapy service was delivered with equity and equality among BHZ, but extrinsic inequality factors and potential areas of improvement were detected.

Keywords: *primary health care, Physical Therapy Specialty, health services accessibility, referral and consultation, rehabilitation.*

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS ANALIZADOS

Los datos generados durante este estudio se incluyen en el presente artículo.

INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia española ha recorrido un largo periplo, desde 1957, año en el que fue establecida como especialidad dentro de la categoría de Asistente Técnico Sanitario hasta el presente, ya reconocida como formación independiente universitaria⁽¹⁾. Esta evolución académica ha sido paralela a la profesional. Tuvieron que pasar más de 30 años hasta que, a principios de los años 90 y todavía bajo la cobertura del extinto INSALUD, se sentaron las bases normativas que establecieron las funciones del fisioterapeuta en Atención Primaria. Sin embargo, aún tendrían que mediar otros 15 años hasta la publicación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que marcaron las actividades de Fisioterapia susceptibles de ser realizadas en el ámbito de la Atención Primaria y uno de cuyos objetivos era acabar con la heterogeneidad en las prácticas de los diversos servicios de salud que coexisten en el territorio nacional⁽²⁾. Esta evolución lenta y tórpida de la profesión permeó a su desarrollo en Atención Primaria.

Nacidas de la dicotomía entre proporcionar los esperados servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación básica del primer nivel asistencial y acercar los servicios de rehabilitación del segundo nivel a la población⁽³⁾, las Unidades de Fisioterapia Rurales han afrontado con éxito desigual su implementación, a menudo infrutilizadas por el desconocimiento de los facultativos⁽⁴⁾ o por la dificultad para acceder a ellas (física y burocráticamente⁽⁵⁾). La escasa integración original del fisioterapeuta en el Equipo de Atención Prima-

ria, urbano y rural, se ejemplarizó en Aragón con su calificación como personal de referencia sin atribuirle funciones propias⁽⁶⁾.

La Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria (UFAP) ubicada en el Centro de Salud de Mora de Rubielos (Teruel) da cobertura a las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Mosqueruela, Sarrión y Mora de Rubielos. La consideración actual de municipio rural queda determinada por una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a 100 hab/km²⁽⁷⁾, requisito cumplido por todas las poblaciones en el área de cobertura, lo que lleva a clasificar esta UFAP como «rural».

Dada la ausencia de evidencia disponible en la materia a conocimiento de los autores, este estudio surge de la necesidad de radiografiar después de 10 años de funcionamiento la UFAP ubicada en la ZBS de Mora de Rubielos, con el objetivo de describir su actividad (pacientes atendidos, características y origen, profesional responsable de la derivación, demora en la atención, tiempo de tratamiento y causas de alta) a fin de detectar posibles inequidades en el acceso al servicio o en la prestación del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal de las derivaciones individuales a la UFAP en el Centro de Salud de Mora de Rubielos, desde noviembre de 2017 a diciembre de 2018. De las 183 derivaciones recibidas, 157 cumplieron los criterios de inclusión para el estudio: estar bajo la cobertura sanitaria de cualquiera de las tres ZBS (Mora de Rubielos, Mosqueruela y Sarrión) dependientes de la UFAP de Mora de Rubielos, haber finalizado su tratamiento antes de diciembre de 2018 y disponer de todos los datos para las variables de estudio. Por ello, 15 derivaciones fueron excluidas del análisis por imposibilidad

de recuperar datos faltantes, 10 por no haber finalizado tratamiento dentro del periodo objeto de estudio y 1 por derivación de otro centro fuera de la cobertura ordinaria de la UFAP. Estos datos fueron recuperados en marzo de 2022, tras la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (PI22/096).

Cabe considerar que algunos pacientes fueron derivados más de una vez. Estas derivaciones múltiples fueron agrupadas en una sola cuando el tiempo transcurrido entre el fin de un tratamiento y el inicio del siguiente fue menor de 30 días naturales. Las intervenciones de Fisioterapia se dieron por finalizadas en 4 supuestos: alta del servicio por mejoría, alta voluntaria por el paciente, alta forzosa por incomparecencia y alta consensuada. Para aquellos pacientes que no realizaron ninguna sesión, la densidad del tratamiento (número de sesiones realizadas/duración del tratamiento en días naturales) se consideró con un valor de 0. Por último, la demora se midió en días naturales desde la fecha en la que se produjo la derivación y el inicio efectivo del tratamiento o, en aquellos casos en que este no se produjo, la fecha prevista de inicio.

Se construyó una base de datos a partir de los registros disponibles (físicos y electrónicos) y se utilizó el *software* estadístico Jamovi 1.6.15 para realizar el análisis descriptivo de las variables demográficas, la demora entre la derivación y el inicio de la intervención de Fisioterapia, población de origen del paciente, el número de sesiones realizadas, la duración del tratamiento y el motivo de su finalización, así como el profesional responsable de la derivación. Se utilizó el contraste de hipótesis chi cuadrado para establecer la relación entre variables cualitativas, ANOVA de 1 vía para muestras independientes para variables cuantitativas paramétricas y el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas no gaussianas. La prueba chi cuadrado de bondad de ajuste fue usada para determinar la representatividad de la muestra respecto a la población. El nivel de significación se estableció en 0,05 en todos los casos.

RESULTADOS

La UFAP realizó en el periodo establecido 157 intervenciones individuales (63,69 % mujeres, 36,31 % hom

TABLA 1. Distribución por sexo.

ZBS	Mujeres	Hombres
Mora	68	33
Mosqueruela	12	7
Sarrión	20	17
Total	100	57

ZBS: Zona Básica de Salud, Valor = n.

bres), a razón de 101 procedentes de Mora de Rubielos (63,90 %), 19 de Mosqueruela (12,10 %) y 37 de Sarrión (23,60 %). Véase la tabla 1. La edad media de los pacientes fue de 55,70 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ZBS respecto a la edad de los pacientes ($p = 0,426$) ni respecto a su sexo ($p = 0,358$).

La demora media en la UFAP fue de $19,20 \pm 17,40$ días, sin diferencias estadísticamente significativas entre ZBS ($p = 0,302$). Respecto a la duración del tratamiento y número de sesiones, de media, los pacientes fueron tratados durante $32,60 \pm 16,90$ días para recibir $10,20 \pm 5,23$ sesiones. De nuevo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ZBS ($p = 0,978$ y $p = 0,600$, respectivamente). En consonancia, la densidad media de tratamiento fue de 0,322, parámetro en el que igualmente no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ZBS ($p = 0,505$). Los datos detallados relativos a la edad, demora, duración del tratamiento, número de sesiones y densidad del tratamiento se exponen en la tabla 2.

La causa de alta más frecuente fue la mejoría en el 86 % de los casos, seguida de la incomparecencia y la consensuada con un 5,10 % en ambos casos, y quedando en último lugar el alta voluntaria con el 3,80 % de los casos ($p = 0,935$), como se muestra en la tabla 3.

La derivación se realizó en el 40,10 % de los casos por parte del médico de Atención Primaria (53,46 % de las derivaciones de Mora de Rubielos, 42,11 % de Mosqueruela y 2,70 % de Sarrión), 59,20 % desde consulta de Rehabilitación (46,53 % de las derivaciones de Mora de

TABLA 2. Detalle por edad, demora, duración de tratamiento, número de sesiones y densidad de tratamiento.

Variable	ZBS	Media	Desviación estandar	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo	Shapiro- Wilk p
Edad, años	Mora	54,90	16,20	56,10	45,80	64,60	13,20	91,00	0,073
	Mosqueruela	61,10	19,30	58,20	46,60	75,80	32,00	96,70	0,297
	Sarrión	55,00	17,80	59,20	44,10	68,30	12,80	82,80	0,037*
	Total	55,70	17,00	57,10	45,80	68,20	12,80	96,70	0,127
Demora, días	Mora	19,00	17,00	16,00	8,00	22,00	0,00	113,00	< 0,001**
	Mosqueruela	21,90	29,10	7,00	3,50	26,50	0,00	89,00	< 0,001**
	Sarrión	18,20	8,59	18,00	13,00	24,00	2,00	41,00	0,755
	Total	19,20	17,40	16,00	8,00	22,00	0,00	113,00	< 0,001**
Duración de tratamiento, días	Mora	33,10	18,00	30,00	23,00	40,00	0,00	125,00	< 0,001**
	Mosqueruela	29,20	17,90	26,00	18,00	38,00	0,00	78,00	0,204
	Sarrión	33,00	13,00	30,00	26,00	36,00	14,00	86,00	< 0,001**
	Total	32,60	16,90	30,00	23,00	39,00	0,00	125,00	< 0,001**
Sesiones, días	Mora	10,40	5,91	10,00	8,00	11,00	0,00	47,00	< 0,001**
	Mosqueruela	9,68	4,73	9,00	8,00	11,50	0,00	20,00	0,042*
	Sarrión	9,84	3,12	10,00	8,00	11,00	4,00	23,00	< 0,001**
	Total	10,20	5,23	10,00	8,00	11,00	0,00	47,00	< 0,001**
Densidad	Mora	0,340	0,132	0,330	0,286	0,400	0,000	1,000	< 0,001**
	Mosqueruela	0,324	0,151	0,333	0,264	0,388	0,000	0,667	0,088
	Sarrión	0,314	0,085	0,286	0,241	0,385	0,174	0,500	0,274
	Total	0,322	0,125	0,330	0,263	0,391	0,000	1,000	< 0,001**

ZBS: Zona Básica de Salud. *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01

Rubielos, 57,89 % de Mosqueruela y 94,59 % de Sarrión) y el 0,60 % por parte de Traumatología (2,70 % de las derivaciones de Sarrión) como se expone en la tabla 4. Esta fue la única variable en la que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre poblaciones

(p < 0,001) debidas a las diferencias observadas entre Mora de Rubielos y Mosqueruela con Sarrión.

Por último, se comparó la muestra de derivaciones individuales recibidas en la UFAP con los datos de los titulares de tarjetas sanitarias en estos territorios en 2018

TABLA 3. Distribución por causa de alta.

ZBS	Consensuada	Incomparecencia	Mejoría	Voluntaria
Mora	5	5	87	4
Mosqueruela	2	1	16	0
Sarrión	1	2	32	2
Total	8	8	135	6

*ZBS: Zona Básica de Salud. Valor = n.

TABLA 4. Distribución por origen de derivación.

ZBS	Atención primaria	Rehabilitación	Traumatología
Mora	54	47	0
Mosqueruela	8	11	0
Sarrión	1	35	1
Total	63	93	1

ZBS: Zona Básica de Salud. Valor = n.

(Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)), observándose varias diferencias estadísticamente significativas. El número de derivaciones de población procedente de la ZBS de Mora de Rubielos fue un 15,80 % superior al esperado ($p < 0,001$), compensando la infrarrepresentación de Sarrión (-13,00 %) y de Mosqueruela (-2,80 %). En conjunto, se trató al 2,54 % de la población bajo cobertura (3,37 % Mora de Rubielos, 1,85 % Mosqueruela, 1,63 % Sarrión).

Respecto a la distribución por sexo se observó una desproporción estadísticamente significativa a favor de las mujeres, cuyo monto de intervenciones supuso un 16,10 % más de lo esperado ($p < 0,001$). Esta discrepancia entre los datos observados y esperados se replicó en la segmentación por edades ($p < 0,001$), en la que los adultos (16 a 64 años) estuvieron sobrerrepresentados un 6,20 % y los ancianos (mayores de 65 años) un 5,30 %.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos descubren que el paciente tipo de la UFAP, para el periodo en estudio, es una mujer de unos 56 años, residente en la ZBS de Mora de Rubielos y derivada por el Servicio de Rehabilitación. Citada en menos de 20 días para iniciar un tratamiento que superó sensiblemente el mes de duración, en el que completó una decena de sesiones. Dicho tratamiento, muy probablemente, le proporcionó una mejoría en la dolencia por la que fue objeto de derivación.

En consonancia con el tamaño de la población de referencia, la muestra descrita es más reducida que la de otros estudios⁽⁸⁻¹¹⁾. Sin embargo, sus características son comparables, tanto en lo que respecta a la distribución por sexo (en rangos donde las mujeres representan entre el 64,20 %⁽¹²⁾ y el 71,90 %⁽¹³⁾ de los pacientes) como por edad (con edades medias entre 50,40⁽⁹⁾ y 63,95 años⁽¹³⁾).

Solo 7 pacientes tuvieron una demora (por cualquier causa) superior a 50 días. En términos absolutos, la escasa demora media observada respecto a otros estudios (de entre 15,75 días⁽¹⁴⁾ y 287,35 días⁽¹¹⁾) podría relacionarse con un mejor ratio de fisioterapeutas por cada 100.000 habitantes⁽¹⁵⁾. Esta relación no obstante es inconsistente de acuerdo a los hallazgos de otros autores, que destacan el carácter multifactorial de la demora⁽¹⁶⁾. En todo caso, no se encontraron referencias bibliográficas sobre demora en el medio rural.

Tampoco encontramos otras referencias que reportasen en una UFAP el tiempo de tratamiento en días naturales. En el caso de una Unidad Hospitalaria⁽¹⁷⁾, el tiempo medio de tratamiento fue de 55,79 días, sustancialmente superior al observado en el presente estudio. En nuestro caso, 14 pacientes rebasaron la barrera de los 50 días en tratamiento, con una sola persona por encima de los 100 días.

Estudios previos en el ámbito de la Atención Primaria reportaron medias de sesiones de tratamiento comprendidas entre 6,65⁽¹⁴⁾ y 16,00 sesiones por proceso⁽⁸⁾. La media del presente estudio se enmarca en esta horquilla, pese a la predominancia de las derivaciones de Atención Especializada (59,90 %). Como referencia, en la Unidad Hospitalaria de Lugo la media de sesiones se duplicó, alcanzando las 30,70⁽¹⁷⁾. A pesar de todo, en nuestra muestra sólo 2 pacientes superaron las 30 sesiones. Esto podría venir motivado por una mejor gestión de los procesos respecto al estudio gallego⁽¹⁷⁾ (tratamientos más efectivos) o por diferencias en la gravedad de los mismos (prevalencia de procesos que genuinamente podían ser manejados en Atención Primaria respecto a los que tenían que ser atendidos estrictamente en Atención Especializada).

A conocimiento de los autores, este es el primer estudio en la materia que reporta la densidad de tratamiento de una UFAP. La máxima densidad de tratamiento (igual número de sesiones que días naturales en tratamiento) solo fue alcanzada por dos pacientes procedentes de Mora de Rubielos; ello se podría explicar por la cercanía física del paciente a la UFAP y el estrecho contacto con los médicos del centro, que permitió una derivación directa, preferente, y una atención rápida y efectiva.

Aunque la ratio de personas atendidas/año por fisio-

terapeuta en la UFAP fue inferior a los máximos posibles calculados por Barra Lopez⁽⁸⁾, de entre 340 y 399 usuarios/año, esto no acarrió un mayor éxito terapéutico (reportado entre el 66,84 %⁽¹⁴⁾ y 87,6 %⁽⁹⁾ por otros autores). Esta aparente falta de relación entre menor presión asistencial y aumento del éxito terapéutico podría venir motivada por haber alcanzado la efectividad límite de la UFAP.

Pese a que la distribución de las derivaciones entre Atención Primaria y Atención Especializada recibidas en la UFAP de Mora de Rubielos replica los hallazgos de Barra Lopez⁽⁹⁾, estos mismos resultados difieren notablemente de los de otros autores^(12,14,18). Esta heterogeneidad respecto al origen de las derivaciones debe ser interpretada con cautela, ya que es posible encontrarla incluso en el seno de una misma área⁽¹⁵⁾. Así mismo, puede ser dependiente de las diferencias entre los sistemas de derivación implementados en cada servicio de salud⁽¹⁹⁾ y de los cambios demográficos en las poblaciones a las que da servicio una determinada UFAP⁽¹⁴⁾.

Aunque otros autores han especulado con la relación directa entre la distancia al hospital y las derivaciones desde Atención Especializada⁽¹⁵⁾, esta no parece ser la causa de las diferencias en el caso que nos ocupa. El centro que genera las divergencias (Sarrión) se encuentra a menos de la mitad de la distancia (y tres veces menos tiempo) que el otro Centro de Salud sin UFAP (Mosqueruela) tiene tanto al hospital de referencia como a la UFAP. La divergencia en la procedencia de las derivaciones podría entonces devenir de otros factores. Se ha reportado que los médicos sin contacto directo con el fisioterapeuta usan de manera menos eficiente los recursos de que disponen para la recuperación de sus pacientes, generando un menor número de derivaciones directas⁽⁴⁾. Además, la ausencia de protocolos robustos de derivación disminuye la certeza del facultativo acerca de la idoneidad de realizar una derivación directa a la UFAP⁽²⁰⁾ y aumenta los tiempos de demora hasta que el paciente recibe atención de Fisioterapia⁽¹⁸⁾.

En Sarrión se daba la concurrencia de esta tríada: médicos separados físicamente de la UFAP, ajenos al personal en ella ubicado y sin protocolos de derivación claros.

Martinez Lentisco⁽¹⁸⁾ reportó una demora añadida de 43 días en pacientes derivados de Rehabilitación a Fisioterapia comparados con pacientes derivados direc-

tamente desde Atención Primaria. Otros autores⁽²¹⁾ reportaron una demora 3,62 veces superior en los pacientes derivados de Traumatología a Rehabilitación respecto a aquellos que eran derivados directamente a Rehabilitación (añadida a la demora entre consulta de Rehabilitación y Fisioterapia). Por ello, cabe la posibilidad de que esta desproporción en las derivaciones a Rehabilitación haya conllevado para la población de Sarrión (en un número indeterminado de casos y fuera del objeto de este estudio) una demora, desde el inicio del proceso hasta recibir la atención de Fisioterapia, superior a la de las poblaciones de Mosqueruela y Mora de Rubielos, además de haber supuesto un mayor coste por proceso⁽²²⁾.

Las diferencias en el número de derivaciones por población, en detrimento de aquellas que no tienen la UFAP situada en su Centro de Salud de referencia, podría venir justificada por la distancia y el tiempo requeridos para llegar a la UFAP desde el domicilio, y la ausencia o dificultad para acceder a medios de transporte (públicos o privados)⁽¹⁶⁾. Estudios previos sobre Fisioterapia en el medio rural han reportado esta problemática, donde los médicos de consultorios y centros periféricos son menos propensos a derivar a la UFAP^(4, 20).

En nuestro caso, resultó imposible determinar la cantidad de pacientes (cuyos datos no pudieron ser analizados) que declinaron en la consulta de su médico la asistencia a la UFAP por algunas de estas causas y/o en favor de recibir servicios de Fisioterapia privada. Futuros estudios en el ámbito público deberían considerar el efecto que tiene la disponibilidad y accesibilidad de recursos privados en su actividad.

Pese a todo ello, la cobertura global alcanzada en esta Unidad es superior a la observada en Murcia⁽¹⁴⁾ y Toledo⁽⁹⁾. Sin embargo, y pese a una ratio fisioterapeutas-habitantes favorable en la UFAP objeto de estudio, se detecta la misma brecha entre poblaciones dependiendo de la existencia o no de UFAP en la Zona Básica de Salud (con una cobertura oscilante en estudios previos de entre el 2,78 % y 0,59 %⁽¹⁴⁾ de la población).

En lo que respecta a la distribución por sexos respecto a las poblaciones de referencia, los resultados son consistentes con reportes previos^(9, 19). La mayor asistencia de las mujeres al servicio de Fisioterapia y su implicación en el volumen de trabajo, debería ser tenida en

cuenta en la planificación de las UFAP, a fin de escalar los recursos humanos y materiales en función de la demografía local, más allá de las ratios de referencia (1:6182 en nuestro caso, más del doble de lo recomendado por el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España⁽²³⁾).

Aunque nuestra muestra se sitúa en el rango inferior de edad respecto a estudios previos^(9,12,13), su patrón de utilización del servicio fue similar. Este dato resulta relevante en la capacidad operativa de la unidad, ya que se observa una relación directa entre la edad de los pacientes y los tiempos por sesión⁽⁶⁾. En cualquier caso, e independientemente de los condicionantes de salud intrínsecos a la edad, la sobrerrepresentación de la población adulta y anciana en la unidad podría venir justificada por los protocolos de gestión actuales, en los que la población infantil (de 0 a 6 años) es atendida de forma ambulatoria en centros dependientes de servicios sociales (y no del Servicio Aragonés de Salud)⁽²⁴⁾.

CONCLUSIÓN

En conclusión, en el periodo estudiado no se observaron diferencias en las actividades ejecutadas en la UFAP pero sí en aspectos no directamente dependientes de ella, como son el origen de las derivaciones, con una ZBS (Sarrión) donde la práctica totalidad de pacientes pasó previamente por Atención Especializada. Las ZBS sin UFAP derivaron a menos pacientes en proporción a sus poblaciones de referencia que la ZBS que tiene el servicio de Fisioterapia en su Centro de Salud y se detectaron diferencias de uso del servicio entre sexos, con una mayor asistencia a la UFAP de las mujeres.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos que se han seguido en este estudio se ajustan a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Confidencialidad y consentimiento informado. Los autores declaran que la investigación fue aprobada

por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Comunidad de Aragón (CEICA) y que para su realización se han obtenido los permisos necesarios y se han llevado a cabo los protocolos establecidos por el centro sanitario para el acceso a los datos de las historias clínicas con la finalidad de investigación y divulgación científica.

Privacidad. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos personales de ningún sujeto participante en el estudio.

Fuentes de financiación. El estudio no ha contado con ninguna fuente de financiación.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de autoría. Autor 1: investigador principal; recolección de datos, análisis, elaboración y revisión del manuscrito, gestión de publicación y contacto. Autor 2: planteamiento, elaboración y revisión del manuscrito

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección y a todos los miembros de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud en Sarrión, Mosqueruela y, muy especialmente, Mora de Rubielos, por su excelencia profesional y personal. A Carlos Castaño, por sus comentarios en la fase embrionaria del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Raposo Vidal R, Fernández Cervantes R, Martínez Rodríguez A, Sáez Gómez JM, ChouzaInsua M, Barcia Seoane M. La Fisioterapia en España durante los siglos XIX y XX hasta la integración en escuelas universitarias de Fisioterapia. *Fisioterapia*. 2001; 23(4); 206–17.
- Inglés Novell M. Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en atención primaria. *Fisioterapia*. 2008; 30(2); 59–60.
- Inglés Novell M. La cartera de servicios de Fisioterapia en atención primaria en España. *Fisioterapia*. 2012; 34(4); 137–9.
- Pérez Fernández MR, Gómez Mosquera MD, Pascual García P, Arias Gomez MJ, Abelleira Ramos S. Conocimiento de la unidad de fisioterapia por parte de los médicos de un servicio de atención primaria rural. *Cad Aten Primaria*. 2007; 14(2); 91–3.
- Ferrer Peña R. Análisis y propuesta de los criterios de acceso a fisioterapia en Atención Primaria. *Fisio Divulg*. 2014; 2(2); 1–3.
- DECRETO 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural.
- Barra López M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia*. 2003; 25(3); 159–69.
- Barra López M. Unidad de fisioterapia de atención primaria. Estudio descriptivo de la actividad asistencial. *Fisioterapia*. 1999; 21(1); 27–38.
- Mesa Ruiz AM, López Liria R, Garrido Fernández D, Rocamora Pérez P, Fernández Sánchez M, Pérez de la Cruz S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Fisioterapia*. 2010; 32(3); 103–10.
- Martínez Lentisco MM, Abad Querol J, Asensio García C, Rodríguez Perez M, Escobar Molero P. Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2011; 14(1): 15–19.
- López Liria R, Padilla Góngora D, Catalán Matamoros D, Arrebola López C, Garrido Fernández P, Martínez Cortes MDC, et al. Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42(5); 278–83.
- Rebello Ferreira de Carvalho ST, Vilella Bueno SM, Martín Casas P, Bonilla Solís R. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid. *Fisioterapia*. 2014; 36(2); 81–6.
- Abril Belchí E, Martínez Hernández N. Nueve años en una Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria. Estudio descriptivo. *Fisio Divulg*. 2014; 2(4); 3–10.

15. Valle Roy M, Rubio Domínguez J. Actividad asistencial y factores diferenciadores de las Unidades de Fisioterapia de un Área Sanitaria. *Fisioterapia*. 2015; 37(1); 15–20.
16. Mesa Ruiz AM, Martínez Sanchez MI, Reche Galera V, Barroso Garcia P, Fierro Rosón J. Propuesta de medidas de intervención para gestionar las ausencias de pacientes en salas de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2007; 29(1); 5–12.
17. Iglesias R, Maceiras L, Duncan K. Estudio descriptivo de la asistencia sanitaria en la unidad de fisioterapia del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo, España). *Fisioterapia*. 2005; 27(4); 184–91.
18. Martínez Lentisco MM. Derivación directa al Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria: beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación. *Cuest. Fisioter*. 2020; 49(2); 89–98.
19. Martínez Rodríguez A, Gámez Iruela J, Sanz Rubio C, Enríquez Martín N. Organización de las Unidades de Fisioterapia en las CCAA de Andalucía, Aragón, Galicia y Murcia. IX Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Murcia. 2006.
20. Pérez Fernández MR, Medina i Mirapeix F, González Doníz L, Hernández Gómez M, González Fernández R, de Pablos Rodríguez MM. La unidad de fisioterapia dentro del servicio de atención primaria. Análisis y evaluación a lo largo de dos años. *Cad Aten Primaria*. 1997; 4(3) ;147–50.
21. Fernández Aguirre MJ, Empanaza Knorr JI, Gómez Fraga I, González Osinalde M, Madruga Carpintero FJ, Mugicalriondo O. Derivaciones directas vs. indirectas a rehabilitación desde atención primaria. *Rehabilitación*. 2010; 44(3); 211–5.
22. Ojha HA, Snyder RS, Davenport DE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014 Jan; 94(1); 14–30.
23. Resolución 01/2007, Documento Marco de la Atención del Fisioterapeuta en Atención Primaria. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.
24. DECRETO 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.