

Andlisis y propuesta de mejora organizativa en la Fisioterapia de atencion primaria en Andalucia

R. Lomas Vega. *Diplomado en Fisioterapia. Unidad de Fisioterapia del Hospital Universitario «Princesa de Espana» de Jaen*

A. Plaza Fernandez. *Diplomado en Fisioterapia. Clinica de Fisioterapia en Linares (Jaen)*

A. R. Arroyo Rodriguez-Navas. *Profesor Titular del Area de Fisioterapia. Universidad de Cadiz*

L. Dominguez Taboas. *Profesor Titular del Area de Fisioterapia. Universidad de Cadiz*

M.a E. Rellan Ramos. *Profesora Titular del Area de Fisioterapia. Universidad de Cadiz*

RESUMEN

En el presente articulo se realiza un anallsis global de la situation de la Fisioterapia de atencion primaria en Andalucia asi como una propuesta de mejora funcional y organizativa de dicho servicio. Para este fin se han establecido cuatro apartados.

En un primer tiempo se comenta el marco tebrico de la atencion primaria y el lugar de la Fisioterapia en este ambito. En segundo lugar, se analizan las necesidades de Fisioterapia en el primer nivel asistencial sobre la base de aspectos epidemiolbgicos, estudios de costes y efectividad de las distintas terapias sobre los problemas más comunes en dicho ambito. A continuation se compara la realidad en cuanto a aspectos cuantitativos y cualitativos con respecto a lo expresado en los textos normativos y de ordenadon asistencial. Finalmente se proponen, a juicio de los autores, las medidas oportunas de mejora funcional y organizativa tendentes a generar una organizacibn funcional acorde con las necesidades de la poblacibn y el acercamiento a la realidad de los sistemas sanitarios del entorno politico y geogrbfico.

La metodologia seguida ha sido la de revision bibliografica, utilizando para ello los textos normativos que regulan aspectos generales y espedficos de la atencion primaria en general y la Fisioterapia en particular; revision manual de revistas y libros de ponencias y comunicaciones de jornadas y congresos relacionados con el tema; busqueda informatizada en la base de datos Medline sobre aspectos espedficos del contenido (por ejemplo *incontinence urinary and surgery and cost*).

Palabras clave: Fisioterapia, atencion primaria, organization funcional.

ABSTRACT

Presently article is carried out a global analysis of the situation of the Physiotherapy of Primary Care in Andalusia as well as a proposal of functional and organizational improvement of this Service. For this end four parts settle down in the elaboration of the same one.

In a first time it is commented the theoretical mark of the Primary Care and the place of the Physiotherapy in this environment. In second place the necessities of Physiotherapy are analyzed in the first assistance level about the base of epidemic aspects, studies of costs and effectiveness of the different therapies on the most common problems in this environment. Next the reality is compared as for quantitative and qualitative aspects with regard to that expressed in the normative texts and of assistance ordination. Finally they intend, in the authors' opinion, the opportune measures of improvement functional and organizational to generate an organization functional chord with the population's necessities and the approach to the reality of the Sanitary Systems of the political and geographical environment.

The followed methodology has been that of bibliographical revision using for it: the normative texts general that regulates you and specific aspects of the Primary Care in general and the Physiotherapy in special; manual revision of magazines and books of reports and communications of Days and Congresses related with the topic; search computerized in the database Medline has than enough specific aspects of the content it lives (for example incontinence urinary and surgery and cost).

Key words: Physiotherapy, Primary Care, functional organization.

INTRODUCCION

La atención primaria (AP) constituye la puerta de entrada al sistema sanitario público. Por sí misma debe solucionar un gran número de problemas de salud de una forma accesible y eficiente siendo el filtro de la demanda que se genera hacia la atención especializada. Estos procesos, por sus características, no requieren hospitalización ni técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas. El médico de familia es el facultativo miembro del equipo básico de atención primaria (EBAP) del que, además, forman parte otros profesionales, sanitarios y no sanitarios [1].

Para completar y mejorar la eficacia de los EBAP se crearon los dispositivos de apoyo específico (DAE). El decreto 195/85 de 28 de agosto sobre ordenación de los servicios

de atención primaria de salud en Andalucía, en su artículo 21 especifica que el DAE «...estará constituido por el conjunto de medios personales y materiales destinados a prestar apoyo directo a los mismos» (referido a los EBAP). En su artículo 22.1 cita como funciones del DAE las Preventivas, Docentes, de Investigación y Asistenciales, «... a los usuarios derivados por los Equipos de Atención Primaria, fundamentalmente a través de un sistema de interconsultas». En el artículo 23.4 sobre composición de los DAE determina que «el personal integrante del Dispositivo de Apoyo Específico dependerá orgánicamente y funcionalmente del Director de Distrito...» [2].

Por otro lado, el estatuto de personal sanitario no facultativo de la seguridad social, en su artículo 70 significa que «son funciones de los fisioterapeutas la aplicación de trata-

mientos con medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos entendiéndose por medios físicos: eléctricos, térmicos, mecánicos, hidricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: respiratorio, parálisis cerebral, neurología y neurocirugía, reumatología, traumatología y ortopedia, coronarias, lesiones medulares, ejercicios maternos pre y posparto y cuantas técnicas fisioterapéuticas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos» [3],

LA FISIOTERAPIA HOSPITALARIA

El hospital constituye el medio físico y tecnológico donde se desarrollan las actividades propias de la atención especializada (AE). Todo este conjunto de actividades, cada vez más complejas, están dirigidas al correcto diagnóstico y tratamiento de patologías mayores y que habitualmente requieren hospitalización y/o atención médica especializada. La práctica profesional está caracterizada por la atención puntual a problemas graves y/o agudos o que simplemente no experimentan una mejoría suficiente con la utilización de los medios propios de la atención primaria [4],

Muchos de los pacientes tratados en el hospital requieren reeducación funcional prolongada y compleja con la participación de diversos profesionales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicoterapeutas, logopedas... Para la coordinación de este equipo así como para hacerse cargo del tratamiento médico de grandes incapacitados surgió en 1969 la especialidad en Medicina de Rehabilitación [5],

LA FISIOTERAPIA EXTRAHOSPITALARIA NO COMUNITARIA

Suele ser la reeducación funcional de los problemas médicoquirúrgicos graves un proceso largo y laborioso que se desarrolla habitualmente en fase de recuperación y cuando el paciente ya no requiere atención médica constante y, por tanto, hospitalización. Los ingresos prolongados suelen producir efectos poco beneficiosos sobre los pacientes, principalmente sobre los ancianos. Tampoco se toleran bien los largos desplazamientos de la población residente en núcleos urbanos y rurales alejados del hospital para la recepción de la atención ofrecida por la Fisioterapia hospitalaria. Para ello se crearon las a veces denominadas Unidades Periféricas de Rehabilitación (UPR). Las UPR tienen como objeto acercar la Fisioterapia hospitalaria a la población haciendo la atención más humana y eficiente, y evitando los desplazamientos hasta el hospital que provocarían el consecuente menoscabo para la salud del paciente y el gasto en desplazamientos [6],

Necesitan estas unidades una dotación mínima en personal consistente al menos en un fisioterapeuta más un celador (para el manejo de los pacientes incapacitados). Estas unidades dependen orgánica y funcionalmente del hospital de referencia.

FISIOTERAPIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Las necesidades de Fisioterapia en la población son cada vez más importantes sobre todo en el manejo de pacientes crónicos [7, 9], La Fisioterapia, tradicionalmente muy utilizada en atención especializada para la reeducación física del incapacitado, posee además un efecto beneficioso sobre diversos

procesos crónicos y agudos leves (algias vertebrales, trauma menor...), constituyendo el abordaje más racional por su efectividad y la práctica ausencia de efectos nocivos [10],

Estos procesos provocan un enorme gasto social y sanitario por diversos motivos:

- Hiperfrecuentación de consultas médicas en atención primaria y especializada [11].

- Ingresos hospitalarios por reagudizaciones estacionales (EPOC...).

- Cirugía: problemas venosos [12], incontinencia urinaria [13], arteriopatía de miembros inferiores [14],

- Gasto farmacológico para el tratamiento del problema y de los efectos iatrogénicos provocados por los mismos fármacos [15].

- Gastos en desplazamientos [6],

- Gastos por incapacidad temporal [15].

Según el II Plan Andaluz de Salud (PAS) [15] el 62,7% de los andaluces mayores de 65 años y el 81,6% de los mayores de 80 años tienen algún tipo de discapacidad, siendo las principales, las deficiencias físicas (58,2%). Asimismo son los problemas respiratorios y articulares los grupos que con mayor frecuencia producen una demanda de asistencia especializada y hospitalización. La mortalidad por enfermedades respiratorias aumentó desde 1992 a 1995 en un 9,8% en hombres y un 6,5% en mujeres. En consonancia con estos datos uno de los objetivos que se marca el PAS es el de facilitar el acceso de todas las personas mayores, que lo precisen, a lo que confusamente se denomina «Unidades Periféricas y Dispositivos de Apoyo de Rehabilitación».

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye, según la misma fuente, la tercera causa de muerte en la población andaluza mayor de 65 años y la sex-

ta en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 64 años. Puede considerarse la EPOC como una enfermedad grave que produce incapacidad, altera la calidad de vida y es causa de un elevado consumo de medicamentos cifrado en nueve mil millones de pesetas durante el año 1996 (broncodilatadores y mucolíticos). Por esto, uno de los objetivos para el periodo 1998-2001 (objetivo 30) señala el desarrollo en atención primaria y especializada de protocolos de atención, de uso racional del medicamento a los enfermos de EPOC.

Por otra parte, muchos problemas de salud generados en nuestra sociedad son de origen ocupacional. En la circular 4/91 del INSALUD [16], se marca la salud laboral como uno de los tres pilares básicos en las actuaciones del fisioterapeuta en atención primaria. El PAS, por su parte, especifica que durante su periodo de vigencia todas las provincias andaluzas habrán realizado al menos una vez el curso de enfermera de empresa así como otras actividades formativas en materia laboral para otros profesionales sanitarios.

En cuanto a los problemas cardiovasculares, y como la evidencia científica señala, el ejercicio físico constituye una herramienta fundamental para el control de dichos procesos [17]. En este sentido el PAS especifica en su objetivo 82 que para el año 2002 toda la población andaluza conocerá que el ejercicio físico es beneficioso para la salud y para la prevención de ciertas enfermedades como la diabetes y las alteraciones cardiovasculares. El Plan señala como medios para conseguir estos objetivos:

- Actividades informativas invitando a la población a realizar alguna actividad física de mantenimiento.

- Propuestas de ejercicios básicos para personas que no pueden o no quieren dedicar tiempo al deporte.

— Propuesta de ejercicios útiles, que faciliten la circulación y corrijan posturas corporales.

— Convenios con distintos organismos para la realización de campañas en el ámbito local (CC.LL., asociaciones ciudadanas, F.A.M.P., etc.).

Los problemas para los que la Fisioterapia ha demostrado su efectividad son numerosos. Este hecho coincide con la aparición de diversas revisiones en las que se pone en duda la efectividad del tratamiento farmacológico para algunos de estos problemas [18, 19]. En ocasiones la farmacoterapia, aún demostrado su beneficio, provoca efectos iatrogenos que contraindican su uso (antiinflamatorios no esteroideos [AINE] y trastornos gástricos, relajantes musculares y actividad laboral...). Otras veces, la farmacología actúa sobre las complicaciones y no sobre las causas de los problemas o simplemente procura un abordaje parcial como en la EPOC, donde informes recientes de grupos de trabajo internacionales han cuestionado la efectividad de los protocolos actuales para el manejo del problema. Es poco creíble una mejora aceptable y duradera de la mecánica ventilatoria y de la capacidad funcional con la sola utilización de fármacos sin una correcta reeducación funcional y desobstrucción bronquial.

Existe, por tanto, un contexto normativo y estratégico que indica claramente la necesidad de una redefinición del papel de la Fisioterapia de atención primaria y su adecuación a las necesidades que demanda la población andaluza. Todo esto en el marco de una sanidad, que para hacer frente a estas necesidades, debe tornarse cada vez más eficiente mejorando, en cuanto a la calidad asistencial, dimensiones relevantes como la accesibilidad tanto desde el punto de vista geográfico

como administrativo. Como el mismo PAS señala: «*Los modelos organizativos burocratizados se han agotado y deben, para adaptarse a un mundo más complejo en innovaciones, adelantos científico-técnicos, cambios culturales, etc., desarrollar organizaciones dinámicas y funcionales, ...*».

Para el desarrollo, en materia de Fisioterapia, de la premisa anteriormente citada solo es necesario el cumplimiento de la normativa vigente y la adecuación de los recursos humanos y ratios poblacionales a la realidad de los sistemas sanitarios de nuestro entorno político y geográfico.

DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En principio, la escasa dotación de fisioterapeutas en atención primaria se llevó a cabo mediante la reubicación de los profesionales en centros periféricos dependientes funcionalmente de la Unidad de Fisioterapia Hospitalaria [20] e incluso con derivaciones desde el Servicio Hospitalario de Rehabilitación (SHR). Estas Unidades, por tanto, no cumplen con los requisitos de pertenencia orgánica y funcional al Distrito de Atención Primaria. Se trata de auténticas UPR y no existe un aumento de la cobertura sino un acercamiento de la Fisioterapia hospitalaria a la población.

Posteriormente se observa cierta heterogeneidad en cuanto a la puesta en marcha de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP) de manera que algunas, que comenzaron con un funcionamiento ortodoxo como DAE, finalmente han terminado copiando la estructura organizativa de las UPR (incluida la derivación a través del SHR) como medio para filtrar la gran demanda de pro-

blemas susceptibles de tratamiento fisioterapéutico ante la escasez de medios humanos.

Todo el problema deriva de la existencia de ratios desorbitados para las unidades de fisioterapia, que se encuentran entre los 40-60.000 habitantes/fisioterapeuta. En territorio INSALUD se planteó hace años el criterio orientativo de 25.000 habitantes/fisioterapeuta [21]. Actualmente, ante la demanda existente y la gran aceptación del servicio, se está planteando la idoneidad de 16.000 habitantes/fisioterapeuta. De hecho, muchas unidades funcionan actualmente en estas condiciones. En este sentido el Plan de Rehabilitación de la Comunidad Valenciana [22] se marca de forma orientativa la cifra de 20.000 habitantes/fisioterapeuta. En nuestra comunidad, sin embargo, estamos muy lejos de alcanzar estos niveles.

Al asumir los SHR la gran demanda de patologías prevalentes se ha producido un trasvase del problema hacia ellos con la consiguiente sobrecarga y repercusión negativa sobre su funcionamiento. Actualmente se necesitan más médicos rehabilitadores para «gestionar» la demanda que fisioterapeutas para procurar asistencia. Es evidente que el servicio de consulta médica de rehabilitación supone un coste añadido al proceso innecesario en este contexto [6]. De esta manera se están invirtiendo recursos en atención especializada para burocratizar y hacer más inaccesible la Fisioterapia en atención primaria, enmascarándose el problema principal que no es más que la insuficiente cobertura de este servicio.

¿UFAP O UPR?

Cuando se habla de mejora y mantenimiento de la calidad asistencial, suele decirse que la calidad tiene un coste, pero la falta de calidad acarrea un coste mucho mayor.

Las unidades de Fisioterapia creadas carecen del personal auxiliar necesario para el manejo de pacientes dependientes. Esto está determinando que aún con organización de UPR no se puedan tratar pacientes funcionalmente dependientes por no estar el fisioterapeuta convenientemente asistido. Se da así la paradoja de que este tipo de enfermos debe seguir tratándose en el hospital fracasándose, por tanto, en el objetivo presumible de acercar la Fisioterapia hospitalaria a la población.

Por otra parte, los usuarios con independencia en la deambulación, que podrían recibir una atención accesible, deben pasar como requisito previo por las consultas de especialidades hospitalarias para poder tratarse en la UFAP de su Centro de Salud. Esto, contando con que sus tratamientos sean autorizados, ya que los criterios restrictivos aplicados en los SHR desembocan muy a menudo en la denegación de la petición de tratamiento. Esta situación provoca frecuentemente cronificaciones del proceso patológico y un gasto en recursos evitable [23]: farmacoterapia sustitutiva, hiperfrecuentación de consultas de atención primaria, tiempos en incapacidad temporal (IT)... No es extraño que nuestra autonomía presente uno de los mayores índices en cuanto a la duración de las IT, de las que las algias del aparato locomotor constituyen el 32% [15].

En definitiva, el sistema híbrido UFAP-UPR (patologías menores o prevalentes con derivación desde la atención especializada) actualmente vigente en Andalucía, carece de las virtudes y beneficios propios de los dos modelos de los que procede. Por un lado hace innecesaria la atención fisioterapéutica de los procesos de manejo típico en atención primaria, impidiendo su abordaje desde una perspectiva comunitaria (protocolización, programación, educación del paciente...) y, por

otro, tampoco acerca la Fisioterapia hospitalaria al ciudadano, pues la dotación humana de las unidades impide el correcto manejo de estos pacientes. Asimismo, se está provocando la sobreutilización de servicios hospitalarios para el manejo de problemas que deberían abordarse con los medios propios de la atención primaria.

PROPUESTA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Disociación orgánica y funcional de las UFAP y las UPR

Con el objeto de mejorar y adecuar la asignación de recursos así como la utilización de estos, deberían disociarse orgánica y funcionalmente las Unidades Periféricas de Fisioterapia dependientes del hospital, de aquellas otras pertenecientes al Dispositivo de Apoyo Específico, concretando así la medida 25 del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud [24],

Lo anterior conlleva, necesariamente, a la determinación de objetivos, metodología e incluso financiación diferentes. Se trata, en definitiva, de definir cuando un fisioterapeuta pertenece al Equipo de Atención Primaria y cuando a la Unidad de Fisioterapia Hospitalaria.

Determinación de la patología a tratar en cada entidad

Debe de tenerse claro qué paciente cumple el perfil adecuado y puede beneficiarse de un funcionamiento tipo UFAP o UPR. En principio, parece lógico que la demanda ge-

nerada en el hospital (patología mayor, quirúrgicos...) sea tratada en las UPR, mientras que los procesos crónicos y agudos leves se beneficiarían más de una atención programada y accesible del tipo UFAP. Así, por ejemplo, una gonalgia mecánica podría tratarse en la UFAP y una prótesis de rodilla lo haría en la UPR. Como criterios diferenciadores podrían definirse:

UFAP:

- Problemas agudos menores y crónicos prevalentes.
- Usuarios con independencia en la deambulación.
- Demanda generada en atención primaria.

UPR:

- Patologías médicas y quirúrgicas graves y no prevalentes.
- Usuarios funcionalmente dependientes.
- Demanda generada en atención especializada.

Formación y especialización del fisioterapeuta de atención primaria

La mayoría de los fisioterapeutas hemos recibido una formación pregrado carente de la necesaria perspectiva preventiva y comunitaria, lo que puede explicar la tendencia general a reproducir esquemas propios de la atención especializada [25]. Se impone, por tanto, la necesidad de una formación de posgrado específica de aquellos profesionales que se incorporen a las UFAP, en la que se contemplen materias y contenidos propios de la atención primaria que lo capaciten para ese tipo de práctica profesional.

Adecuación de los ratios poblacionales según modelos vigentes

Según los datos expresados en el plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud [24], la dotación en fisioterapeutas en 1996 experimenta una tasa de crecimiento similar a la del resto del personal sanitario, cifrada en alrededor del 60% (de 273 a 416 profesionales), mientras que otras nuevas titulaciones como los técnicos especialistas crecen en más de un 2.000% (de 103 a 2.514 profesionales).

En AP la plantilla orgánica del Servicio Andaluz de Salud de 1990 contemplaba la existencia de 92 fisioterapeutas [26], En el año 2000 nos encontramos con una plantilla de aproximadamente 76 profesionales [27], Si tenemos en cuenta que en un principio muchas de estas plazas en realidad surgieron del trasvase de puestos desde las unidades hospitalarias a los antiguos ambulatorios, resulta que la ganancia neta es menor, encontrándonos en una situación mucho más precaria que la expresada en dicha plantilla orgánica. Ni siquiera hemos llegado al mínimo deseable para la AP a costa de los recursos de la AE.

Si tomamos el conjunto de recursos de atención primaria y especializada en materia de Fisioterapia, en 1990 se contempla la existencia de 446 plazas de fisioterapeuta sin contar con las posteriormente asimiladas tras la incorporación a la red sanitaria pública de los centros hospitalarios pertenecientes a otras administraciones. En 2000 contando ya con este incremento de plantilla, resulta que el número total de plazas disponibles es de 453 [27], Esto se manifiesta en las diferencias anteriormente mencionadas con respecto al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en cuanto a la cobertura de puestos de fisioterapeuta en atención primaria.

En vista de estos datos no es de extrañar que, hoy día, el diagnóstico de la mayoría de los problemas que trata la Fisioterapia (algias vertebrales, EPOC...) resulte relativamente fácil mientras que su tratamiento físico resulta casi imposible. En lugar de hacer frente a las carencias en materia de personal, se elige la vía de enmascararlas mediante el filtro de los SHR lo que provoca la consecuente burocratización de la atención y disfunción en éstos así como las carencias aparentes de otros servicios, en este caso hospitalarios.

Tampoco es de extrañar que ante la gran dificultad de acceso al recurso de la Fisioterapia se produzca una sobreutilización de la farmacoterapia y la cirugía, probablemente más caras y seguras que menos exentas de efectos adversos que la Fisioterapia (complicaciones posquirúrgicas, yatrogenia...).

La cobertura suficiente de puestos de trabajo permitiría la desburocratización de la atención, desaparición de las disfunciones provocadas a distancia y el acercamiento a la realidad de los ratios de los sistemas sanitarios de nuestro entorno político y geográfico.

Asimismo, deberían dotarse las unidades del personal auxiliar adecuado para garantizar su correcto funcionamiento. Un celador en caso de las UPR o un auxiliar de enfermería en las UFAP (para una o varias unidades según estudio de cargas).

Clarificación del protocolo de derivación en cada caso

Según la normativa vigente resulta evidente que es el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria el Cínico profesional que debería derivar a una unidad del dispositivo de apoyo específico [2], Actualmente se da la paradoja de que es uno o varios especialistas hospitalarios los que provocan la práctica to-

talidad de la demanda a una unidad de dichos dispositivos de apoyo. Habría que dotar al médico de familia y al fisioterapeuta de mecanismos ágiles de comunicación que generaran una relación fluida sin intercalar requisitos previos e intermediarios que en absoluto contribuyen a una mejora de la calidad asistencial.

Protocolización de la atención fisioterapéutica en las UFAP

La demanda debe ajustarse según las necesidades de la población mediante la protocolización de los problemas derivables, incluyendo los oportunos criterios de inclusión y de exclusión en cada protocolo [28]. Estos criterios racionalizan la demanda sin provocar aumento alguno en el coste final del proceso. Es la evidencia científica el filtro idóneo para las UFAP y no los SHR. Igualmente no deja de ser un contrasentido el que la AE constituya el filtro para la AP y no al revés.

Completar y mejorar la plantilla orgánica

Existen provincias (Almería y Cádiz) donde la oferta de Fisioterapia en atención primaria es totalmente inexistente [20]. Para cumplir los objetivos de equidad y universalidad de la atención que inspiran el II Plan Andaluz de Salud, estas áreas, totalmente discriminadas, deben catalogarse como de actuación inmediata.

REPERCUSIONES PREVISIBLES

De la puesta en marcha de las UPR

Es de esperar una mejora en la atención sanitaria que se presta a los pacientes al dis-

minuir los trayectos actuales para recibir atención fisioterapéutica en los hospitales. Asimismo disminuirían los costes derivados de estos traslados [6].

De la puesta en marcha de las UFAP

Supondrían un aumento del arsenal terapéutico disponible para el médico de familia en el manejo de diversas patologías y problemas de salud para las que actualmente puede ofrecer una atención limitada o incluso ninguna atención. Los beneficios previsibles serían:

Descarga de las consultas médicas de atención primaria

Al incluirse algunos pacientes en los protocolos de atención fisioterapéutica. Hoy día y con la puesta en marcha de las actuales unidades, esto no se ha observado por no tener estos procesos un manejo adecuado ni las unidades una dotación suficiente. Es lógico que un paciente en lista de espera, siga acudiendo al médico de familia para petición de fármacos, partes de baja, etc. Existe algún estudio reciente que confirma este efecto [23].

Descarga de las consultas médicas especializadas

Actualmente todos los pacientes que se tratan en las UFAP deben pasar previamente por las consultas de AE aun siendo sus procesos de fácil diagnóstico por los médicos de AP. Esta medida lo único que consigue es saturar las listas de espera para consultas externas de hospitales y centros periféricos. En

los casos en los que existe derivación directa al SHR desde los médicos de atención primaria, lo que no siempre ocurre, solo se afecta a dicho servicio de forma directa. No obstante y ante la denegación sistemática de los tratamientos solicitados, a las patologías «menos graves», la única opción que le queda al médico de AP es la prescripción de fármacos y la derivación a otros especialistas cuando se solicita nueva atención por parte del usuario.

Si se elimina este requisito, lo que legalmente es factible y organizativamente lógico, se descargarían las consultas de AE, derivando únicamente aquellos casos en los que el manejo adecuado en AP no reportara un control suficiente sobre el problema.

Disminución del tiempo en IT

Gran parte de los usuarios en incapacidad laboral transitoria, lo están por problemas que tras el largo «circuito» de atención especializada se tratan con Fisioterapia. La derivación urgente de las IT a las UFAP es una herramienta cada vez más utilizada en territorio INSALUD para disminuir estos tiempos. Aunque este efecto no está suficientemente estudiado existen trabajos que lo confirman [29, 31],

Mejora en el funcionamiento de los programas puestos en marcha por el EBAP

Programa de la embarazada

El uso adecuado de la Fisioterapia de atención primaria permitiría, por citar un ejemplo, la participación del fisioterapeuta en el Programa de la Embarazada con el objetivo

de prevenir la aparición de lumbalgias, trastornos del retorno venoso o incontinencia urinaria. En Francia, por ejemplo, todas las puérperas tienen derecho a 10 sesiones de reeducación uroginecológica como medida preventiva. Algunos estudios realizados cifran la prevalencia de este trastorno en un 46% de las mujeres de entre 51 a 70 años [32, 34]. Facilitar la asistencia de las mujeres a la atención fisioterapéutica sería una apuesta real por la salud y el bienestar de estas.

Programa del anciano

El PAS, en su objetivo 60, se marca el reto de mejorar la accesibilidad de los ancianos a las unidades periféricas y dispositivos de apoyo de rehabilitación. En este sentido, la puesta en marcha del protocolo de mejora y mantenimiento de la capacidad funcional en el anciano [35] sería la herramienta más lógica para mejorar la calidad de vida de nuestros mayores. Sin embargo, las actuales condiciones en cuanto a población asignada, criterios restrictivos de derivación, etc., hacen imposible el cumplimiento de dicho objetivo. Para mejorar la accesibilidad el primer paso sería eliminar las barreras burocráticas innecesarias (consulta previa de rehabilitación) y el segundo sería adecuar los ratios actuales que hacen que las unidades de Fisioterapia estén totalmente saturadas por procesos agudos traumatológicos [36],

Protocolo de atención a la EPOC

Es éste un problema que causa gran incapacidad y un enorme gasto farmacológico y en estancias hospitalarias por reagudizaciones estacionales, como ya se ha expresado [15]. La Fisioterapia es ampliamente utilizada

en el tratamiento de los síndromes respiratorios obstructivos, aunque, de forma inexplicable, no es así en la atención primaria de Andalucía. El objetivo 30 del PAS observa la puesta en marcha de protocolos de atención, tanto en AP como en AE, sobre el uso racional del medicamento a los enfermos de EPOC. La oferta de Fisioterapia respiratoria como recurso terapéutico a los médicos de AP sería una medida perfectamente compatible y complementaria con este objetivo.

Muchos protocolos puestos en marcha recomiendan que sean las enfermeras las que instruyan al enfermo en la realización de los ejercicios. Nos encontramos así ante la ridícula situación en la que al médico de familia no se le permite prescribir Fisioterapia a un fisioterapeuta (lo lógico y legal) y tiene que prescribir esta Fisioterapia para que la realice una enfermera (anacrónico e ilegal). Esto ofrece una idea de la grave disfunción que la falta de fisioterapeutas y las medidas inadecuadas para paliarla provocan en el sistema.

Programas de diabetes e hipertensión arterial

Existe evidencia científica sobre los beneficios del ejercicio físico en estos problemas [17], Asimismo, algunas patologías relacionadas, como la arteriopatía de miembros inferiores, tienen un manejo típico mediante Fisioterapia y control de los factores de riesgo [19]. Este problema causa una gran demanda de atención médica y un enorme gasto social y sanitario [14], así como un sufrimiento personal evitable. Sería, por tanto, muy oportuna la puesta en marcha de actividades preventivo-terapéuticas en este tipo de trastornos.

Asimismo resulta evidente que solo la intervención del fisioterapeuta garantizará el

correcto cumplimiento del objetivo 82 del Plan Andaluz de Salud, referente a la enseñanza de programas de ejercicio físico. Es el fisioterapeuta el profesional más capacitado para el establecimiento de dichas medidas en coordinación y colaboración con el EBAP.

Programas osteoarticulares

Con esta denominación se agrupan toda una serie de actividades, puestas en marcha por algunos EBAP, en las que algún miembro del mismo realiza sesiones de gimnasia general a grupos de usuarios afectados por procesos del tipo algias mecánicas del aparato locomotor. Nuevamente la falta de intervención de los fisioterapeutas en los programas puestos en marcha por los equipos de atención primaria provoca una atención mediocre y poco seria a problemas graves que tienen una gran repercusión socio-sanitaria. No existe evidencia, sino todo lo contrario, de que estos programas reporten ningún efecto beneficioso. Son los programas en los que se combinan técnicas habituales (electroterapia, terapia manual, ejercicio adaptado) con la educación y seguimiento del paciente los que muestran los mejores resultados. Es lógico encontrar en los distintos artículos como requisito básico la realización y supervisión por parte de «fisioterapeutas experimentados» de dichos programas [31],

CONCLUSIONES

1. Existen unas necesidades sentidas y no cubiertas por el Sistema Público de Salud en materia de Fisioterapia. La inadecuación en la atención que se procura a estos pacientes tiene una repercusión negativa sobre la salud

de éstos y sobre el funcionamiento global del sistema.

2. La insuficiente cobertura de plazas de fisioterapeuta en atención primaria condiciona el que de forma generalizada las funciones propias del fisioterapeuta sean desarrolladas por personal no cualificado con el consiguiente perjuicio para la calidad de la asistencia que se presta a los usuarios del Sistema Público de Salud.

3. La oferta insuficiente de atención fisioterapéutica en atención primaria ha generado fórmulas de derivación a través de la atención especializada que intentan limitar la accesibilidad a dicho servicio generando una demanda ficticia y la consecuente sobrecarga de algunos servicios hospitalarios.

4. Una reorganización lógica de la Fisioterapia extrahospitalaria con una inversión asumible en recursos humanos multiplicaría los beneficios sobre el usuario y el funcionamiento general del sistema.

5. Existen grandes desigualdades territoriales en la cobertura de Fisioterapia de atención primaria que es inexistente en dos provincias y deficitaria en muchas otras. Con ello se quebranta el espíritu del PAS creándose un agravio comparativo y una situación discriminatoria totalmente inaceptable en nuestro Sistema Público de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandez Cervantes R., Rodriguez Romero B., Souto Camba S., Chouza Insua M., Gonzalez Doniz L.: Fisioterapia en Atención Primaria: origen y marco conceptual. *Fisioterapia*; 19 (monográfico). Editorial Garsi, S.A. Madrid, 1997. pp 5-13
2. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Decreto de la Junta de Andalucía 195/85, de 25 de Agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud de Andalucía. BOJA de 14 de septiembre. Sevilla, 1985.
3. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden del Ministerio de Trabajo. BOE. Madrid, 28 y 30 de abril de 1974 y 12 de enero de 1987.
4. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Decreto de la Junta de Andalucía 105/86, de 11 de Junio, sobre ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Organos de Dirección de los Hospitales. BOJA de 24 de Junio. Sevilla, 1986.
5. Parreno Rodriguez, J.: La Rehabilitación de los Minusválidos Físicos en la Legislación Española. *Rehabilitation*. Madrid, 1976. 10-3 (393-408).
6. Medina i Mirapeix F et al.: Costes de las diferentes vías de acceso de los médicos de primaria a la fisioterapia. En prensa (pendiente de su publicación).
7. I Plan Andaluz de Salud. Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 1993.
8. Medina i Mirapeix F.: Necesidades de la Fisioterapia en Atención Primaria. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza. 1998. pp 11-16.
9. Guzman Acosta MM. et al.: Perfil del usuario demandante de Fisioterapia en Atención Primaria. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza, 1998. pp 111-113.
10. Barra Lopez ME.: Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria. Estudio descriptivo de la actividad asistencial. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza, 1998. pp 79-95.
11. Vergara Lozano P. et al.: Estudio pulsiómetro en régimen de hospitalización y en el domicilio del enfermo en el paciente susceptible de padecer síndrome de apnea del sueño. En: Perez Fernandez MR et al. *Libro*

- de ponencias y comunicaciones de las VI Jornadas Nacionales de Atención Primaria. Ed. AEF Galicia. Pontevedra, 1999. pp 143-144.
12. Lafuma A. et al.: Venous disease in France: an unrecognized public health problem. Ed. J Mal Vase. 1994. 19 (3): 185-189.
 13. Korn A.P., Learman L.: Operations for stress urinary incontinence in the United States, 1988-1992. *Urology*. 1996 Oct. 48 (4): 609-12.
 14. Estevan Solano J.M.: Aspectos epidemiológicos de las arteriopatías periféricas. En: Estevan Solano J.M. Arteriopatías Periféricas. Ed. J. Uriach & Cia. Barcelona, 1992. pp. 17-23.
 15. II Plan Andaluz de Salud. Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 1998.
 16. Circular 4/91, de 25 de Febrero, sobre Ordenación de actividades del fisioterapeuta de área en Atención Primaria del INSALUD. Edita INSALUD. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria. Madrid, 1991.
 17. Abelian Aleman J., Armario Garcia P. et al.: Hipertension y reactividad cardiovascular (estrés y ejercicio). Ed. Sociedad Española de Hipertensión. Madrid, 1996. pp. 57-66.
 18. De Miguel Gallo V, Vargas Castrillon E.: Venotónicos en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica: una revisión sistemática. *Information Terapeutica*. Madrid, 1997; 21,2: 33-40.
 19. Rimbau V. y Pihol C.: Claudication Intermittente. Revisión de una enfermedad de prevalencia creciente (II). Tratamiento. *Medicina Clinica*. Barcelona, 1998; 110: 220-227.
 20. Guillen Romero E, Espada Martin JE: Estado actual de la Fisioterapia de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma Andaluza. En: Medina i Mirapeix F et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las IV Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed AEF Andalucía. Marbella, 1997. pp. 121-122.
 21. Bonilla Solis R.: Marco legal de la Fisioterapia en Atención Primaria de Salud. Fisioterapia. 19 (monográfico). Editorial Garsi, S.A. Madrid, 1997. pp 14-18.
 22. Plan de Rehabilitation de la Comunidad Valenciana. Consejería de Sanidad y Consumo. Generalitat Valenciana, 1991.
 23. Cabanillas del Pozo M. et al.: Rentabilidad de la Fisioterapia en el tratamiento de las cervicalgias. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza, 1998. pp 117-121.
 24. Plan Estratégico del SAS. Ed. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 1999. p. 120.
 25. Medina i Mirapeix E: La integración de la Fisioterapia en Atención Primaria: Un desafío a tres bandas. *Fisioterapia* 19 (monográfico). Editorial Garsi, S.A. Madrid, 1997. pp 1-4.
 26. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). ORDEN de 4 de Mayo de 1990, por la que se declaran las plantillas orgánicas de diferentes centros de destinos de Áreas Hospitalarias y Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. BOJA 39 de 15 de mayo de 1990. Sevilla, 1990. pp. 3675-3715.
 27. Memoria 2000 SAS Andalucía. Datos Básicos. Los profesionales. Edita Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2000. pp. 79.
 28. Saura Llamas J. Saturno Hernandez PJ.: Los protocolos clínicos y de Atención en Fisioterapia. *Fisioterapia* 19 (monográfico). Editorial Garsi, S.A. Madrid, 1997. pp 86-96.
 29. Brown KC., Sides AT., Hillyer JC., et al.; Cost-effectiveness of a back school intervention for municipal employees. *Spine*, 1992. 17:1224
 30. Hooper PD.; Preventing Low Back Pain. Williams & Wilkins. Baltimore, 1992.
 31. Dutra C.L., Wheeler L.: Back school and chiropractic practice. *J Manipulative Physiol Ther* 9:209. 1986.
 32. Minaire R, Buzelin JM.: Epidemiology of urinary incontinence. En: Steg A. ed. Urinary incontinence. Churchill Livingstone. Edinburg, Londres, Nueva York, 1992. pp 1-12.
 33. Minaire R, Jacquetin B.: La prevalence de l'incontinence urinaire feminine en médecine

- generale. *J Ginecol Obstet Biol Reprod. París*, 1992. 21: 731-738.
34. Bretones JJ. et al.: Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Atencion Primaria*. Madrid, 1997. 20(1): 45-48.
35. Perez Palomares S.: Protocolo de mantenimiento y mejora de la capacidad funcional en el anciano. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza, 1998. pp. 17-24.
36. Burgos Rodriguez S. y Augustin Vilchez RE.: Estudio estadístico en una Unidad de Fisioterapia. En: Sanz Rubio C et al. *Libro de ponencias y comunicaciones de las V Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria*. Ed. AEF Aragon. Zaragoza, 1998. pp. 123-125.