

Derivación directa al Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria: beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación

Direct referral to Physiotherapy Service in Primary Care: benefits in delay. Cross-sectional study after seven years of application

Martínez-Lentisco MM

Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud. Profesora Asociada Departamento de Fisioterapia. Universidad de Almería. Almería. España

Correspondencia:

María del Mar Martínez Lentisco
marlentisco@gmail.com

Recibido: 30 enero 2020

Aceptado: 20 febrero 2020

RESUMEN

Introducción: en el Centro de Salud de Níjar (Andalucía, España) se evaluó el impacto del cambio en el proceso asistencial al introducir la derivación directa desde los médicos de familia a Fisioterapia en Atención Primaria, como posible herramienta de mejora en la calidad asistencial. *Materiales y método:* estudio observacional transversal de pacientes derivados a Fisioterapia por dos vías distintas, atención hospitalaria y primaria, tras 7 años de cambio en el modo de derivación por parte del facultativo especialista en medicina familiar y comunitaria. La medida principal consideró la demora en la atención de pacientes medida en días. *Resultados:* respecto a los pacientes que comienzan tratamiento derivados desde atención hospitalaria y desde atención primaria existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de demora ($p < 0,05$). Esto ocurre tanto de manera global como estratificando por tipos de tratamiento (grupal - individual), encontrándonos valores significativos ($p < 0,001$). Las comparaciones con los tiempos de demora de otra unidad fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$), siendo las demoras de la unidad donde se derivan a los usuarios de manera directa a Fisioterapia menores que en la unidad de comparación. *Conclusión:* los resultados en cuanto a los tiempos de demora se mostraron a favor del cambio y transformación de la derivación de Fisioterapia a AP. Al emplear la primera consulta Fisioterapia en AP para la gestión de citas de los facultativos del centro de referencia, se tiene la posibilidad de disminuir la demanda de asistencia a atención especializada para un mismo proceso patológico.

Palabras clave: Fisioterapia, atención primaria, ejercicio terapéutico.

ABSTRACT

Introduction: at the Health Center of Níjar (Andalusia, Spain) we evaluated the impact of the change in the care process by introducing direct referral from family doctors to Physiotherapy in Primary Care, as a possible tool for improving the quality of care. *Materials and method:* observational cross-sectional study, after 7 years of change in the mode of referral by the specialist in family and community medicine to the consultation of Primary Care Physiotherapy, having as main measurement the delay in patient care in days. *Results:* regarding the patients who start treatment derived from hospital care and from primary care there are statistically significant differences between the delay times ($p < 0.05$). This occurs both globally and stratifying by types of treatment (group-individual), find-

ing significant values ($p < 0.001$). The comparison with the delay times of another unit are statistically significant, $p < 0.001$, being the unit delays where the users are directly referred to physiotherapy less than in the comparison unit. Conclusion: the results regarding the delay times were in favor of the change and transformation of the derivation of Physiotherapy to Primary Care. By using the first physical therapy consultation for the management of appointments of the physicians of the referral center, there is the possibility of reducing the demand for specialized care assistance for the same pathological process.

Key Words: Physical Therapy, primary care health, exercise therapy.

INTRODUCCIÓN

Los usuarios del servicio de Fisioterapia en Atención Primaria (AP) son en su mayoría derivados por el médico especialista en rehabilitación⁽¹⁾ sirviendo las consultas de Fisioterapia en AP para acercar el tratamiento y mejorar la accesibilidad de los pacientes a estos servicios, fundamentalmente en los centros alejados de la capital⁽²⁾. La demora en la intervención asistencial en el Sistema Sanitario Público Andaluz, entendida como los días desde que son derivados a Fisioterapia hasta recibir tratamiento es una cuestión relevante⁽³⁾. Se evalúa de manera mensual mediante auditorías como medida de la calidad asistencial y para conocer las necesidades de la población. Esta demora es muy elevada, suponiendo en la mayoría de los casos esperas de más de 5 semanas para iniciar tratamiento⁽⁴⁾.

Los pacientes son mayoritariamente derivados desde el servicio de rehabilitación del hospital de referencia, no desde la propia unidad de gestión clínica (UGC) donde el fisioterapeuta desempeña su trabajo⁽¹⁾. Incluso en algunas ocasiones no existe derivación por parte de los médicos de AP⁽⁵⁾. En otras comunidades autónomas en el sistema público de salud, las intervenciones de Fisioterapia en AP son derivadas directamente desde AP y son realizadas de forma autónoma por el fisioterapeuta^(6, 7).

Aplicando las pautas de actuación conjunta de nuestra comunidad, podemos favorecer la interrelación cooperativa entre los médicos de familia y los fisioterapeutas de AP⁽²⁾, lo cual supone una importante mejora de la atención dentro del mismo nivel asistencial⁽⁸⁾. Los pacientes pueden ser atendidos coordinadamente por medicina de familia y Fisioterapia en AP simultáneamente⁽⁹⁾.

La mayoría de los pacientes atendidos en AP sufren patología vertebral⁽¹⁰⁾, siendo el dolor lumbar el más prevalente y una de las primeras causas de consulta en

AP^(11, 12), suponiendo un gran coste socio-sanitario⁽¹³⁾. También se atiende frecuentemente en AP, patología muscular o articular relacionada con la articulación del hombro, siendo el síndrome sub-acromial el de mayor prevalencia^(14, 15).

Para las algias relacionadas con el raquis, la cinesiterapia y el ejercicio terapéutico son las principales herramientas de tratamiento⁽⁸⁾, interviniendo principalmente de manera grupal mediante escuela de espalda, la que resulta ser una intervención eficaz y es valorada satisfactoriamente por los pacientes. Es en estos casos donde el servicio de Fisioterapia en AP es clave para la adaptación a las necesidades y características individuales del paciente⁽¹⁶⁾. Es importante destacar que el carácter preventivo de esta intervención ayuda a enfatizar el enfoque bio-psico-social⁽⁸⁾.

Además de la función asistencial en AP de Salud el fisioterapeuta asume responsabilidades directas, tanto en la gestión como en la organización del Servicio de Fisioterapia⁽¹⁷⁾.

Las diferencias entre unos centros y otros de nuestra comunidad son palpables. Se pudo comprobar tanto en las II Jornadas de Fisioterapia en AP en Andalucía (noviembre 2015), como a través de los documentos del grupo de trabajo de Atención Primaria del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, observando que la intervención en Fisioterapia en AP es un anexo del tratamiento hospitalario, obviándose las funciones de prevención y promoción de la salud⁽¹⁷⁾. Existen grandes diferencias en el servicio de Fisioterapia en AP entre unos centros de atención primaria y otros, incluso dentro del mismo distrito sanitario. Lo mismo ocurre en otras comunidades⁽¹⁸⁾.

En otros países ya hay experiencias de atención directa de Fisioterapia en AP en su sistema sanitario público, mostrándose estos modelos más eficientes en el uso de los recursos⁽¹⁹⁾. Sin embargo, en nuestro sistema, los mé-

dicos de familia de atención primaria no realizan derivaciones al servicio de Fisioterapia en AP de manera directa⁽⁵⁾, o no se realizan de manera correcta, eficaz o dinámica⁽⁶⁾.

Se instauró en 2010 un modelo de cambio en el proceso asistencial de derivación y evaluación del Servicio de Fisioterapia en AP en la UGC de Níjar (A). Esto supuso un cambio en la organización del Servicio de Fisioterapia en AP al ofrecer la posibilidad de realizar una derivación directa por parte del Facultativo Especialista de Área de Medicina de Familia al fisioterapeuta de AP. Para ello, se reservaron en la agenda de Fisioterapia citas diarias para derivaciones directas desde AP, que se podían gestionar de manera autónoma, desde el servicio de atención al usuario de la misma UGC.

En estas primeras consultas de Fisioterapia en AP se realizaba la valoración, de manera individual y personalizada, se cumplimentaba la historia clínica y se marcaban los objetivos del tratamiento. También se trabaja en el consejo a los pacientes y en el manejo de su problema de salud. Los pacientes se incluirían si fuera necesario en tratamiento de Fisioterapia posterior, bien mediante ejercicio terapéutico o bien con la aplicación de otros procedimientos propios que se consideren necesarios.

Se pusieron en marcha tratamientos de ejercicio terapéutico grupal que no se realizaban como una sesión informativa, sino que eran enfocados de manera educativa. Tanto para ayudar a modificar hábitos, como para empoderar al paciente y ofrecerle herramientas de gestión de su estado de salud.

Se consideró, junto al equipo directivo y al personal responsable de formación, realizar una intervención formativa con todos los profesionales de la unidad. Esta sesión estuvo acreditada por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Se les informó y explicó el tipo de patologías que se pueden derivar al Servicio de Fisioterapia en AP. Se les envió un folleto donde se recogían los criterios de inclusión y exclusión de las patologías susceptibles de ser derivadas, así como un cuestionario de conocimientos previos y final⁽²⁰⁾.

Tras todo esto se pudo comprobar el beneficio a corto plazo, fundamentalmente en cuanto a tiempos de demora^(9,20), lo cual indicaba la necesidad de introducir un cambio en el sistema. Estos resultados se produjeron también en otras unidades donde se instauró este nuevo proceso en años sucesivos (2014)⁽⁹⁾.

Sigue vigente el planteamiento de estrategias de mejora para integrar la actividad del fisioterapeuta dentro del equipo de AP⁽¹⁷⁾ y se destaca la necesidad de explotar las competencias del mismo dentro del sistema sanitario público. Por ello se quiere comprobar con este trabajo, reevaluando el tiempo de demora, si estos resultados beneficiosos a corto plazo sobre todo en la reducción de demoras y en la variedad de las patologías susceptibles de derivación, se mantienen tras siete años. Para conocer si el beneficio que se obtuvo en la calidad asistencial, como resultado de la implementación en el proceso de derivación y evaluación en el Servicio de Fisioterapia en AP, sigue resultando eficaz (figura 1).

Para ello se quiere realizar un estudio descriptivo del año 2017 del tipo de derivación, tipo de tratamiento y patologías por las que son derivados los pacientes atendidos por el Servicio de Fisioterapia en AP en el Centro de Salud de Níjar (A) (Distrito Centro Almería), donde se realizó la transformación del proceso asistencial. Comparando las demoras de los pacientes derivados desde AP, con las del Centro de Salud de Roquetas (B) (Distrito Poniente Almería), donde no se ha modificado del mismo modo este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio

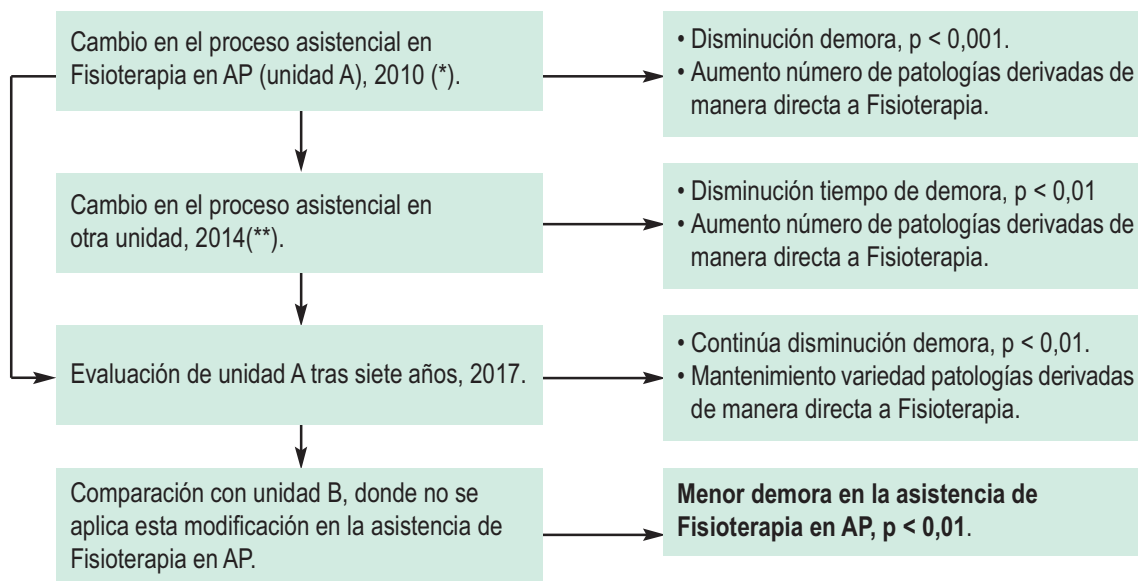
Estudio descriptivo observacional no aleatorio con muestreo consecutivo.

Sujetos y lugar de realización

Todos los pacientes atendidos en Fisioterapia en las unidades de gestión clínica de Roquetas y Níjar en el año 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluye a todos los pacientes atendidos durante el periodo 2017, sin criterios de exclusión.



(*) Martínez-Lentisco MM, Abad-Querol J, Asensio-García C, Rodríguez-Pérez M, Escobar-Molero P. Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria. Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol [Internet]. 2011; 14(1): 15–9.
 (**) Martínez-Lentisco, María Mar HE. Innovando en la atención en fisioterapia: un instrumento para mejorar la calidad asistencial. In: Salud, gestión y sostenibilidad. 2016. p. 41–8.

FIGURA 1. Diagrama de flujo.

Ambos centros de salud tienen una distancia similar de su hospital de referencia (31 kilómetros) y atienden derivaciones a Fisioterapia tanto desde el hospital como desde AP de salud. Ninguna de las unidades tiene cupo de atención a los pacientes derivados de hospital. Ambas poblaciones tienen unas características de población inmigrante similares y su fuente principal de ingresos es el trabajo en la agricultura. En la UGC de Níjar un solo fisioterapeuta atiende a una población de 32.982 y en la otra unidad dos fisioterapeutas atienden a una población de 31.663.

Variables

- Variable exposición principal. Modificación del proceso asistencial en AP, mediante la derivación directa a Fisioterapia en AP en UGC A *versus* UGC B, donde no se realiza ningún cambio.
- Variable de respuesta. Demora en la asistencia desde que el especialista solicita tratamiento fisioterapéutico de los pacientes derivados, expresada en días.

Otras variables que se tuvieron en cuenta

- Tipo de derivación o procedencia de la misma, pacientes derivados desde AP u hospitalaria a tratamiento fisioterapéutico.
- Tipo de intervención o tratamiento para la que son derivados los pacientes, individual o grupal. Además, se consideraron la variedad de patologías por las que se realiza la derivación desde AP, de un total de 7 patologías que recoge la guía: cervicalgia, lumbalgia, tendinitis del supraespinoso, tendinitis calcificante del supraespinoso, capsulitis retráctil, epicondilitis y esguince de tobillo.

Sesgos

La capacidad de cambio en un proceso asistencial, o la resistencia al mismo puede estar influenciada por la edad de los intervinientes, así como por la necesidad percibida de introducir ese cambio para mejorar la asistencial. También es necesario coordinar los diferentes

niveles asistenciales para trabajar en la misma línea con respecto a los cambios introducidos, este trabajo versa sobre un cambio en un nivel asistencial. No hemos podido mediar al respecto de estos sesgos.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresan mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ) y las variables categóricas mediante porcentajes. Se usó el test no paramétrico U-Mann Whitney para comparar el tiempo de demora con respecto al tipo de derivación (Atención Primaria y Atención Hospitalaria) y con respecto a los dos Centros de Salud (Níjar, Roquetas). Por otro lado, para comparar las variables cualitativas se utilizó el test de la Chi-cuadrado. El nivel de significación considerado ha sido del 5 %. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el programa Stata versión 12.

RESULTADOS

Tras siete años de transformación del proceso asistencial se encontraron los siguientes resultados correspondientes a 2017. La mediana (RIQ) de los tiempos de demora en el centro donde sí se realiza el cambio en el proceso asistencial (A) fue de 1(14), con respecto al otro

Servicio de Fisioterapia, donde no se usa esa misma metodología de derivación y valoración de Fisioterapia en atención primaria (B) esta fue de 120(30), $p < 0,001$, (tabla 1).

En la UGC A en cuanto al tipo de derivación según el nivel asistencial que los deriva a tratamiento fisioterapéutico, de los 587 pacientes que realizaron tratamiento 163 pacientes son derivados desde AP, el 100 % tienen una derivación con carácter normal, frente al 7,81 % de los pacientes derivados desde AH (tabla 2).

Los pacientes derivados de AP el 66,84 % asistió a un tratamiento grupal vs el 55,08 % de los de AH, $p < 0,01$ (tabla 3).

Con respecto a las diferencias en los tiempos de demora de unidad A, la mediana (RIQ) del tiempo de los pacientes que comenzaban tratamiento derivados AH es de 44(42) y desde AP 1(14), existían entre ambas diferencias estadísticamente significativas, ($p < 0,05$). Esto ocurre tanto de manera global como estratificando por tipos de tratamiento (grupal- individual) encontrándonos valores significativos, $p < 0,001$ (tabla 3).

En la figura 2 se presenta la mediana del tiempo de demora para AP y AH a lo largo de un año (2017) en la Unidad A, siendo esta superior en AH.

En cuanto a las patologías por las que se realizaba la derivación al Servicio de Fisioterapia en AP, podemos observar que se mantienen en estos siete años la variedad de las derivaciones que se consiguió instaurar en el 2010. Derivando los facultativos tanto pacientes de al-

TABLA 1. Tiempos de demora en ambas unidades atendidos en Fisioterapia derivados desde AP.

	Tiempo de demora en Atención Primaria (días)		
	UGC A	UGC B	p valor
Global*	1 (14)	120 (30)	0,000
Tratamiento grupal*	0 (13)	90 (0)	0,000
Tratamiento individual*	3 (16,5)	120 (30)	0,000

* Mediana (RIC)

TABLA 2. Tipo de derivación de pacientes atendidos en Fisioterapia en la unidad A.

Derivado desde	Tipo de derivación %	
Atención Hospitalaria N: 394	Urgente	41,62
	Preferente	50,51
	Normal	7,81
Atención Primaria N: 193	Normal	100,00

TABLA 3. Tipo de tratamiento y tiempo de demora de pacientes atendidos en Fisioterapia en la Unidad A.

	Atención Primaria (193)	Atención Hospitalaria (394)	p valor
Tratamiento grupal*	129 (66,84)	217 (55,08)	0,006
Tratamiento individual*	64 (33,16)	177 (44,92)	
Tiempo Demora (días)			
Global**	1 (14)	44 (42)	0,000
Tratamiento grupal**	1 (14)	47 (43)	0,000
Tratamiento individual**	3 (16,5)	40 (36)	0,000

** Mediana (RIC)

* N (%)

Evolución del tiempo de demora a lo largo del año 2017 en la unidad A de AP y AH, pudiendo visualizar la diferencia en la demora según el tipo de derivación.

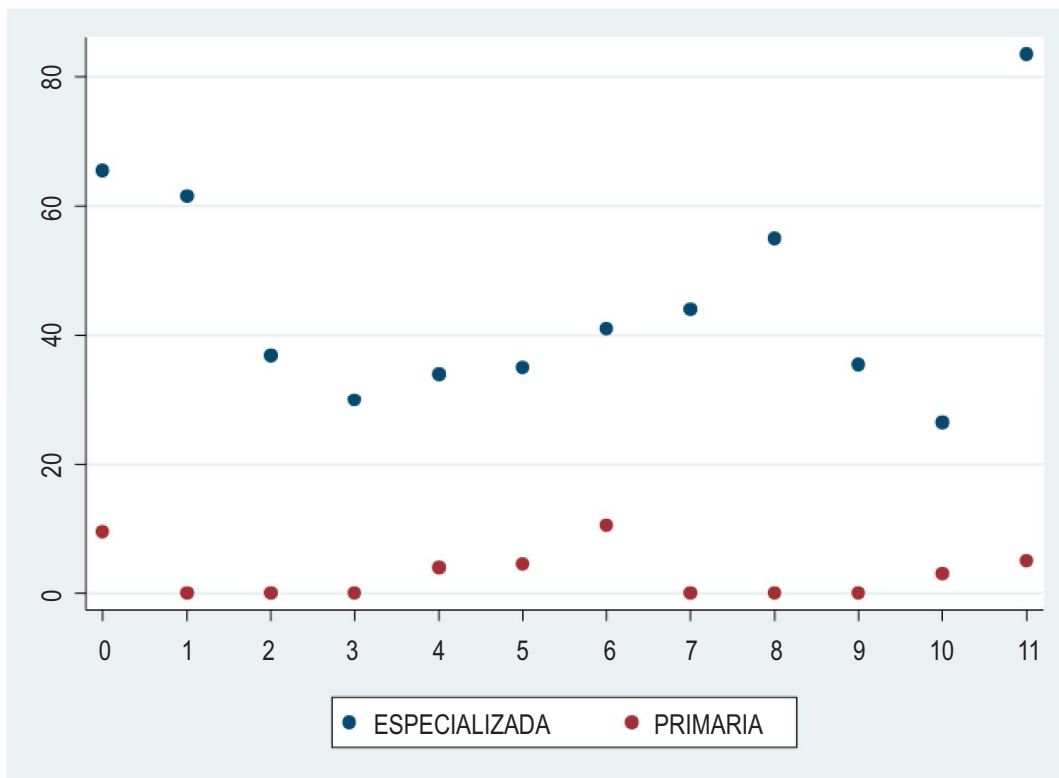


FIGURA 2. Mediana de días de demora por meses estratificado por Atención Primaria y Atención Especializada en Unidad A.

gias de columna y patología de hombro en general, que es lo que ocurría antes del cambio, como aquellos que sufrían epicondilitis y esguinces de tobillo, tal y como se propuso tras el mismo.

DISCUSIÓN

Tras 7 años se consigue objetivar que, con esta transformación del proceso de derivación al servicio de Fisioterapia en AP, siendo las demoras de la unidad donde se derivan a los usuarios de manera directa menores que en la unidad de comparación, se mantiene la disminución de la demora en la asistencia. Se agiliza la atención y se evitan listas de espera. Entendemos también que se mantienen los beneficios de los resultados mostrados a corto plazo, al seguir utilizándose la posibilidad de derivar mayor variedad de patologías.

Teniendo en cuenta que la aplicación de ejercicio terapéutico es competencia de los profesionales de Fisioterapia, puede emplearse la consulta de Fisioterapia como puerta de entrada y salida al sistema sanitario⁽²¹⁾. Esto puede influir en una mejora de la calidad asistencial al ser atendido en el mismo nivel durante todo el proceso de la enfermedad. Se puede atender al paciente en AP de manera más inmediata (al disminuir demoras), y se consigue que la atención en el Servicio de Fisioterapia agilice los procesos de recuperación. Esto supone aportar soluciones de cara a una disminución de las cargas de trabajo lo cual va en detrimento de la calidad de la asistencia⁽²²⁾ tal y como se viene demandado en Fisioterapia en AP en diferentes comunidades⁽²³⁾.

Este tipo de intervención en AP evita cronicidades y, por el tipo de desempeño activo propio del tratamiento de Fisioterapia, ayuda a que el paciente se responsabilice y participe más comprometidamente dentro de la AP. Puede evitar la necesidad de ser derivado al hospital, con el ahorro al sistema sanitario que supondría, y disminuir por ende las demoras en la atención hospitalaria.

Se puede considerar que los resultados en cuanto a los tiempos de demora se mostraron a favor del cambio y transformación en la derivación al Servicio de Fisioterapia en AP y que utilizando la primera consulta de Fisioterapia en AP para la gestión de citas de los facultativos del centro de referencia, se tiene la posibilidad

de disminuir la demanda de asistencia a atención especializada para un mismo proceso patológico⁽²⁴⁾.

Además, nuestros resultados evidenciaron la mejora del trabajo en equipo entre el facultativo de medicina de familia y el fisioterapeuta de AP, lo cual supone un beneficio importante en el usuario. Consigue adaptar las intervenciones de fisioterapia a las necesidades asistenciales y sociales actuales. Del mismo modo, se favorece que los médicos de familia asuman al fisioterapeuta como parte del equipo y consulten la posibilidad de derivarles otros pacientes con otras patologías susceptibles de atención en su campo de actuación.

Por ello consideramos que este tipo de innovaciones se pueden introducir en todos los centros de salud. Actualizar la utilidad del Servicio de Fisioterapia en AP de modo que incentive las competencias del profesional para actuar con completa autonomía, y que pueda servir para mejorar la calidad del mismo, fundamentalmente en la disminución de las demoras, como ya se ha destacado en otras comunidades autónomas e incluso en otros países^(6, 25, 26).

Entendemos que estos resultados se pueden ver influenciados por el tipo de patología que se atiende en el Servicio de Fisioterapia, la edad de los pacientes atendidos o incluso por el cupo, si lo hubiera, de derivaciones que se establezcan desde AP o AH. En nuestro caso no existe diferencia de cupos en el momento del estudio y las derivaciones son de carácter normal en AP porque no se contemplan derivaciones de otro modo.

La complejidad de las patologías atendidas de los pacientes derivados desde AH puede influir en la demora de los mismos, pero en la mayoría de las ocasiones son pacientes que podrían haber sido atendidos directamente desde el Servicio de Fisioterapia en AP. Resulta fundamental la figura del fisioterapeuta, en un marco de valoración y tratamiento de los desórdenes musculoesqueléticos tan frecuentemente atendidos en este primer nivel asistencial⁽²⁷⁾.

En virtud de nuestros resultados consideramos que el fisioterapeuta debe formar parte del Equipo Básico de AP junto con los demás profesionales, siendo un agente activo del proceso de salud, no sólo desde la vertiente asistencial sino incentivando las actividades de promoción de la salud de la comunidad⁽²⁸⁾ y asesorando en cuanto al ejercicio terapéutico, lo cual favorece los modelos de

tratamiento activo⁽²⁹⁾. Es necesaria la consecución del trabajo en equipo en AP de manera multidisciplinar, como ya ocurre en otros países, aumentando la participación social en salud y en las actividades de promoción y prevención⁽³⁰⁾. Esta mejora de la intervención en AP puede suponer un beneficio en cuanto a la eficacia en la gestión de los recursos y podría influir en la satisfacción del usuario. Lo importante de la eficacia de la derivación directa al Servicio de Fisioterapia en AP, junto con la autonomía en el tratamiento, es que estos resultados pueden ser un motor que favorezca la implantación de este cambio de manera generalizada. De hecho, en el contraste con otros estudios, ha resultado ser más efectiva^(9, 19, 20).

Limitaciones y sesgos

Sería interesante comparar con más unidades de gestión clínica, así como contrastar los datos con los de las derivaciones y demoras que tengan en atención hospitalaria. Sería fundamental coordinar este modo de intervención con la atención hospitalaria, no siendo una actuación unidireccional, sino que esté consensuada en ambos sentidos.

No existe posibilidad de comparativa puesto que este modelo en el momento de análisis, no se realiza en ningún otro centro de AP de nuestra comunidad y los datos sobre derivaciones en otras comunidades, son datos de uso interno de las consejerías de salud de las comunidades y no se ofrecen para análisis individuales.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados, en cuanto a los tiempos de demora, se mostraron a favor del cambio y transformación de la derivación de Fisioterapia a AP. Se disminuyen los tiempos de demora, ofreciendo una herramienta de continuidad en la intervención, que favorece la mejora de la calidad de la atención recibida desde AP. Al emplear la primera consulta Fisioterapia en AP para la gestión de citas de los facultativos del centro de referencia, se tiene la posibilidad de disminuir la demanda de asistencia a atención especializada para un mismo proceso patológico.

En definitiva, se acerca la asistencia de Fisioterapia en AP al usuario y se consigue reducir la duplicidad de recursos evitando una demora innecesaria. Del mismo modo, al informar y formar al equipo de profesionales, se aumentan la variedad y el tipo de patologías derivadas, y se consigue que el fisioterapeuta como profesional responsable de la salud del paciente en AP, forme parte activa del equipo de salud.

Por todo ello consideramos necesaria una actitud de mejora, trabajo y buen hacer tanto por parte de los profesionales responsables de los Servicios de Fisioterapia en AP, como por parte de la administración sanitaria. Para ello puede ser fundamental intervenir en varios y diferentes aspectos, insistiendo en informar y formar a los profesionales del equipo de AP involucrados y a los facultativos responsables, sobre las funciones y competencias actuales de los fisioterapeutas, y sobre las posibilidades de derivación directa.

RESPONSABILIDADES ETICAS

Protección de personas y animales. Los procedimientos seguidos en este estudio se ajustan a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y respetan las recomendaciones para la Preparación, Presentación, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas. No se ha realizado intervención sobre los sujetos, y el uso de estos datos está autorizado por el órgano responsable de investigación del Distrito Sanitario Almería.

Confidencialidad y consentimiento informado. Se han seguido los protocolos de nuestro centro para el acceso, protección y uso de los datos obtenidos.

Privacidad. En este artículo no aparecen datos personales de los sujetos.

Financiación. Los autores declaran que no han recibido financiación ni ayuda económica para la realización de esta investigación. Para el análisis de los datos e interpretación de los resultados se ha contado con la ayuda de FIBAO, Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría. Todos los autores de este estudio cumplen con los criterios de autoría habiendo contribuido intelectualmente al desarrollo, redacción, supervisión y revisión del estudio y han tenido acceso completo al contenido de este y han aprobado la versión final presentada. Los autores asumen la plena responsabilidad pública del contenido del presente artículo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra María Carmen Olvera Porcel, Técnico en Metodología de la Investigación y Bioestadística de la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO) por su ayuda en el análisis e interpretación de los resultados.

Al Dr. Juan Manuel García Torrecillas, por su inestimable ayuda en la corrección y estructuración del texto.

A Sergio Vinuesa Montoya, fisioterapeuta del Distrito Poniente Almería, por facilitar los datos de su unidad para la comparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martínez-Lentisco, M.M. Soler Pérez M CSM. Fisioterapia en Atención Primaria del servicio externo al equipo multidisciplinar. In: Eficiencia administrativa y cuidados. Madrid: ACCI Ediciones; 2016. p. 181–6.
- Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la Rehabilitación. Patología del aparato locomotor. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2005.
- Barra M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. Fisioterapia. 2003; 25(3): 159–69.
- Mesa Ruiz AM, López Liria R, Garrido Fernández P, 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.
- Mesa Ruiz AM, Martínez-Sánchez MI, Reche-Galera V, Barroso-García P R-PP. Evaluación de la actividad fisioterapéutica ante la implantación de las pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. Cuest Fisioter. 2010; 39(1): 36–46.
- 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.
- Luengo Plazas MD, Sánchez González P, Del Río Manzano C, Rodríguez Fernández AN, Simarro Martín A, Sánchez González AI, et al. Protocolos de Fisioterapia en Atención primaria. Valladolid: SACYL; 2018.
- García Pérez F, Alcántara Bumbiedro S. Importancia del ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. Rehabilitación. 2003; 37(6): 323–32.
- Martínez-Lentisco MM. Innovando en la atención en fisioterapia: un instrumento para mejorar la calidad asistencial. In: Salud, gestión y sostenibilidad. Madrid: Editorial ACCI; 2016. p. 41–8.
- Gómez-Conesa A, Abril Belchí E. Cervicalgias postraumáticas. Tratamiento fisioterapéutico en el primer nivel asistencial. Fisioterapia. 2006; 28(4): 217–25.
- Seguí Díaz M, Gervás J. El dolor lumbar. Medicina de Familia. Semergen. 2002; 28(1): 21–41.
- Abril Belchi E, Gómez-Conesa A, Gutiérrez-Santos M. Evaluación y mejora del protocolo de atención al paciente con afección lumbar en una unidad de fisioterapia de atención primaria. Rev Calid Asist. 2008; 23(3): 109–13.
- Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A. Lumbalgia. Prevalencia y programas preventivos en la infancia y adolescencia. Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol. 2008; 11(1): 32–8.
- Dorrestijn O, Stevens M, Diercks RL, Van Der Meer K, Winters JC. A new interdisciplinary treatment strategy versus usual medical care for the treatment of subacromial impingement syndrome: A randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2007; 8(15): 1–8.
- Jimenez del Barrio S, Hidalgo García C, Bueno Gracia E, Fortún Agud M, Estébanez de Miguel E, Tricás Moreno JM. Estudio epidemiológico descriptivo de una unidad de Fisioterapia en atención primaria. Cuest Fisioter. 2015; 44(1): 16–24.
- Buil Cosiales P. El ejercicio físico junto con el consejo dirigido por fisioterapeutas mejora la evolución de la lumbal-

- gia subaguda. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2007; 14(9): 581–602.
17. Romero Pérez MC, Mesa Ruiz AM, Martínez Sánchez MI, Barroso García P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de Atención Primaria. *Fisioterapia*. 2008; 30(6): 273–8.
 18. Fernández Jentsch G. Fisioterapia ¿en Atención Primaria?, 11 años después. *Cad atención primaria*. 2011; 18: 62–3.
 19. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Phys Ther*. 2008; 88(8): 936–46.
 20. Martínez-Lentisco MM, Abad-Querol J, Asensio-García C, Rodríguez-Pérez M, Escobar-Molero P. Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol*. 2011; 14(1): 15–9.
 21. Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, Kigozi J, Tooth S, Protheroe J, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*. 2017; 7(3): 1–12.
 22. Barra López M. Fisioterapia de atención primaria. Estudio analítico de cargas de trabajo. *Fisioterapia*. 2003; 25(3): 159–69.
 23. 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.
 24. Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage – the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiother Theory Pract*. 2015; 31(1): 45–52.
 25. Fernández López M, Félez Carballada M. La fisioterapia en el marco de la atención primaria (I). *Agamfec*. 2015 ; 21(I): 49–51.
 26. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsen P, Larsson MEH. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *J Eval Clin Pract*. 2015; 21(6): 1169–77.
 27. Gómez-Conesa A, Abril Belchí E. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en atención primaria de salud. *Fisioterapia*. 2006; 28(3): 162–71.
 28. Frau Escales P, Moret Vilar J, Igual Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: Estudio en la ciudad de Valencia. *Fisioterapia*. 2011; 33(4): 166–72.
 29. Bernhardsson S, Larsson ME, Eggertsen R, Olsen MF, Johansson K, Nilsen P, et al. Evaluation of a tailored, multi-component intervention for implementation of evidence-based clinical practice guidelines in primary care physical therapy: a non-randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 105.
 30. Ramos Valencia OA, Bahos Ruano LX, Salamanca Bermúdez JA, Zemanate Bolaños LF, Mosquera HJ. Physiotherapy and Primary Health Care in low complexity health services in Colombia. *Fisioterapia*. 2019; 41(1): 12–20.