

Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Sede regional Rosario

Tesis de Grado



“El kinesiólogo como profesional de primer contacto”

Autor: Alderete, Kevin Nahuel
Tutor de tesis: Lic. Manasseri, Mauricio
Asesor metodológico: Cappelletti, Andrés

Resumen

La evidencia disponible hasta el momento nos indica que el acceso directo es seguro, efectivo y aceptable. Es probable que resulte una reducción de los servicios sanitarios al requerir menos consultas médicas y que la calidad de atención mejore. Por otro lado, se podría ver reflejado una mejora de los tiempos de rehabilitación y tratamientos como también verse reducidos los costos monetarios de los mismos pacientes que bien podrían derivar esos gastos a otras necesidades.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la opinión de pacientes o usuarios del servicio de Kinesiología en la ciudad de Rosario, Santa Fé, Argentina con respecto a la implementación del acceso directo a la Kinesiología.

Como metodología se realizó una encuesta en forma digital y en papel a la población de la ciudad en la modalidad abierta y cerrada. Fueron seleccionadas 16 preguntas que se creyeron claves para el correcto desarrollo y análisis de resultados.

Se pudo concluir que la mayoría de los pacientes o usuarios del servicio de kinesiología utiliza la derivación médica como camino para acceder al profesional en primera instancia como el ritual lo indica. Sin embargo, se observa que gran parte de la población encuestada tomaría la decisión de acudir a la consulta directa con el Kinesiólogo en caso de futuras reincidencias. El ahorro de tiempo y dinero sería uno de los principales motivos por los cuales lo llevaría a tomar tal decisión.

Sin embargo, se insiste que es imprescindible el diálogo con otros profesionales de la salud, particularmente con el colectivo médico, se dejan en claro que los kinesiólogos no pretenden atender procesos que están fuera de su ámbito de sus competencias. La comunicación entre el médico y el kinesiólogo debe garantizarse para el bien común y para asegurar la mejor atención posible para el paciente.

Palabras clave: Kinesiología, Fisioterapia, Argentina, Autonomía profesional

Tabla de contenido	
Resumen.....	1
Introducción al problema	3
Justificación general.....	4
Justificación personal.....	4
Objetivos generales	4
Objetivos específicos	4
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	9
Principios de la fisioterapia.....	9
Kinesiología en Argentina	11
Acceso directo.....	13
¿Por qué tiene sentido el acceso directo?.....	14
Teorías generales relacionadas al tema.....	14
Mirada hacia el futuro.....	16
Material y metodología	18
Presentación de resultados	19
Conclusión	30
Bibliografía	31

Introducción al problema

En nuestro país los pacientes que son transferidos a los servicios de kinesiología y fisioterapia, provienen de múltiples consultas previas. La consulta con el médico clínico en conjunto con la de un primer médico especialista (Traumatólogo, neurólogo, reumatólogo, etc.) suponen hasta el momento un adecuado método de intervención hacia un primer contacto con el servicio de kinesiología. La redundancia sucede cuando luego de finalizadas las sesiones, el paciente debe en reiteradas ocasiones, retornar a la consulta médica para evaluaciones que perfectamente podría haber realizado el fisioterapeuta (evaluaciones físico- funcionales, sensorio-motrices, evaluaciones de rango articular, de fuerza muscular, etc.).

La gran mayoría de pacientes que asisten al servicio de kinesiología requieren tratamientos de larga duración que no son resueltos en el número de sesiones impuestos por prescripción médica. Este ritual le infiere al paciente gastos innecesarios, en donde sólo asiste al consultorio médico para que se les confirme la continuidad del tratamiento. Exceptuando, por supuesto, aquellos pacientes que requieran medicamentos o si se presentara alguna situación de salud nueva que amerite dicha consulta.

El acceso directo a la fisioterapia ha sido objeto de estudio e investigación en los últimos años en el ámbito internacional. En nuestro país, la falta de conocimiento de la población hacia el rol de la kinesiología y fisioterapia, sumado a los requisitos reguladores que obligan a la derivación de pacientes, suponen barreras que obligan a no generar un cambio de paradigma. No se conoce, o carecen, las estadísticas de opinión de los pacientes o usuarios del servicio de Kinesiología que pongan en estudio o análisis el interrogante de que el mismo sea considerado y avalado como profesional de primer contacto.

A través de este trabajo de investigación se aspira a reunir evidencia científica que respalde el rol del kinesiólogo como profesional de primer contacto, así como también generar conciencia en la población sobre sus incumbencias y función en diferentes áreas de la salud.

Justificación general

Las actividades en kinesiología y fisioterapia que conforman la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas están reguladas en la Argentina.

Según la ley, pueden atender a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos. Aunque al ejercer dicha profesión con lo establecido, en conjunto con su reglamentación asume las responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que se reglamenten.

Todo esto supone una barrera injusta hacia la profesión ya que no le permite la toma de decisiones si quiera en ámbitos exclusivamente de índole kinésica.

Es importante aprender a diferenciar las especialidades en salud para poder crear un criterio, por un lado, en el paciente con el fin de agilizar sus inquietudes y no recaer en múltiples consultas y por otro lado en los profesionales, para que sus incumbencias y su valor profesional no se vea perjudicado por un perjuicio cultural.

Justificación personal

En calidad de estudiante en Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría, continuamente me ha parecido interesante las dificultades que existen a la hora de acceder a un paciente en primera instancia. Los gastos médicos innecesarios, así como también diagnósticos erróneos me llevaron a razonar qué papel desempeña cada profesional de salud. Veo cautivador el hecho de poder indagar la problemática del acceso directo a nivel mundial y que medidas existen sobre dicha cuestión, así como también tomar resultados cuantitativos sobre el panorama social que existe sobre la población de Rosario, Santa Fe, Argentina en 2019.

La importancia de esta investigación también radica en demostrar, mediante la descripción, análisis y la correlación de datos, la imparables e inevitable, quizás en no muy largo tiempo, autonomía verdadera de los kinesiólogos, un pensamiento que está invadiendo al mundo, y personalmente espero alcance a nuestro país.

Objetivos generales

- Conocer la opinión de pacientes de kinesiología en relación al acceso directo al tratamiento fisioterapéutico.

Objetivos específicos

- Indagar sobre el género
- Indagar sobre la edad

- Indagar sobre conocimiento de la profesión en la población
- Indagar sobre la modalidad de atención recibida
- Conocer áreas más consultadas dentro de la Kinesiología
- Conocer de qué manera fueron derivados al profesional
- Indagar sobre discrepancias diagnósticas en relación a consultas médicas.
- Indagar criterios unipersonales sobre la atención recibida
- Indagar sobre accesibilidad y factibilidad de consulta directa con el kinesiólogo
- Indagar sobre conocimientos generales de la profesión

Antecedentes

Camba, (2012) Analiza en su texto *“Autonomía Profesional y Acceso Directo en Fisioterapia”*, el caso de Europa, donde una encuesta realizada en el año 2011 desde la WCPT (World Confederation for Physical Therapy) indicó que en el 50% de las organizaciones pertenecientes a la Región europea existe el acceso directo, si bien las características del mismo pueden variar en función de si se trata del sistema público o del privado (con un porcentaje del 18% y del 76% respectivamente); o en el modelo de financiación aplicado al mismo (por ejemplo, en qué medida las aseguradoras reintegran el costo de la consulta de fisioterapia al usuario).

Observó por otro lado, el caso de Estados Unidos, la legislación que regula la práctica de la Fisioterapia permite a los fisioterapeutas, en 46 de sus 50 estados, evaluar y tratar pacientes a nivel ambulatorio sin la derivación de un médico. De éstos, 17 permiten el acceso directo sin ningún tipo de restricción, mientras que otros, imponen algún tipo de restricción.

Aclara que se requiere de un abordaje multifactorial y de acciones estratégicas coordinadas, que impliquen aspectos relacionados con la legislación en cada país (analizar qué modificaciones legislativas se han de producir), los sistemas de salud (el modelo de atención sanitaria dominante), los modelos de financiación (posibilidad de reembolso, parcial o total) y aspectos educativos relacionados con el nivel de formación del profesional (nivel de acceso a la práctica profesional, la formación continuada a lo largo de la vida). También analiza que es probable que resulte en una reducción de los servicios sanitarios al requerir menos consultas médicas y que la calidad de la atención mejore. Esta evidencia debe ser utilizada para informar a los gestores y responsables de las decisiones políticas de cara a alcanzar la autonomía profesional. Los retos varían entre los diferentes países, por eso es necesario incrementar la evidencia sobre este tema tanto a nivel internacional como a nivel nacional.

Por último, concluye aceptando que el acceso directo constituye una oportunidad para la profesión a nivel global.

Pérez, (2007) Analizo en su artículo, *“Conocimiento de la unidad de fisioterapia por parte de los médicos de un servicio de atención primaria rural”* y realizó un estudio descriptivo observacional y transversal mediante encuesta anónima a los médicos del servicio de AP de Ribadavia en septiembre 2006, con el objetivo de conocer si los médicos de un servicio de atención primaria rural utilizan los recursos de la fisioterapia

y su grado de satisfacción. Analizadas variables sociodemográficas (edad, sexo, antigüedad en el puesto de trabajo, proximidad a la unidad de fisioterapia) y variables como conocimiento de la cartera de servicios, número de pacientes derivados mensualmente, patologías más frecuentes derivadas, influencia de medios de transporte para la derivación.

Se concluyó que los médicos del servicio de atención primaria de Ribadavia valoran positivamente el recurso de apoyo de la fisioterapia, aunque no todos la utilizan de manera similar ya que la mitad de los profesionales deriva menos de 5 pacientes al mes. Algunos encuestados desconocía todas las posibilidades que la fisioterapia puede aportarles limitándose, en su mayoría derivando a pacientes con patología osteoarticular, ya sea de origen degenerativo, traumático o inflamatorio. Las patologías respiratorias y la incontinencia urinaria no suelen ser derivadas al fisioterapeuta, a pesar de las evidencias que confirman su eficacia. Un elevado porcentaje considera que la falta de medios de transporte le influye a la hora de decidir la derivación. Los pacientes acudían al centro de salud a recibir tratamiento fisioterápico durante varios días en su vehículo propio, en el mejor de los casos, o en taxi si sus posibilidades económicas lo permitían. Por este motivo, puede ser que los médicos que desarrollen su actividad en las unidades periféricas perciban que la distancia puede suponer un problema a la hora de derivar a fisioterapia.

Chantal, (2008) en su estudio titulado *“Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy”* analizo en el año 2006, donde el acceso directo a la fisioterapia fue introducido en Holanda, el antes y después de esta medida, donde la evaluación y tratamiento por parte del fisioterapeuta solo era posible luego de una derivación médica.

El objetivo de este estudio fue investigar cuantos pacientes usaron el acceso directo y establecer si estos mismos tenían un perfil diferente al paciente derivado.

Se utilizó como método la recolección de datos electrónicos de atención médica del Servicio Nacional de Información Allied Health Care, una red de registro representativa a nivel nacional. Se utilizaron fisioterapeutas holandeses que trabajan en 43 consultorios privados.

Sus resultados arrojaron que el 26 % de los pacientes visitaron al fisioterapeuta bajo la norma acceso directo. Los mismos acudían por problemas de espalda no especificados y dolores de cuellos no especificados. Además, se observa que los pacientes con una educación superior tienen más probabilidades de recurrir al fisioterapeuta.

Adicionalmente los pacientes con quejas recurrentes se referían con mayor frecuencia al igual que los que recibieron tratamiento fisioterapéutico con anterioridad. Comparado con el año 2005, no incremento el número de pacientes a consultorio fisioterápico.

Este estudio refirió que si bien el primer año del acceso directo, un grupo de pacientes utilizó la medida, su número no incremento con respecto al año anterior. Además, disminuyó el número de sesiones de tratamiento comparados con los pacientes que si recibieron prescripción médica y los resultados fueron positivos. Asimismo, se resalta que el paciente pasa de una visita médica y el acceso directo puede conducir al ahorro de costos, una idea para el cuidado de la salud a futuro. Sigue siendo importante dar seguimiento de las consecuencias de esta medida para la alta calidad y rentabilidad del servicio de salud.

Lissovoy, en un estudio del año 1997 desarrollado en el estado de Maryland (EE. UU) compararon el uso de los recursos sanitarios y el coste total de los servicios en el caso de los pacientes derivados por un médico y los que se auto-derivaban, encontrando en relación con los episodios derivados por el médico, la auto-derivación suponía un menor número de sesiones (7,6 vs 12,2 visitas al fisioterapeuta) y una disminución sustancial del coste (1004 \$ vs 2,236 \$). Sin embargo, en este estudio no se controló la severidad de los procesos que acudían por una u otra vía, pudiendo limitarse a los pacientes que requerían menor severidad de atención).

Pendergast, (2012) realizó un estudio que tituló, “*Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy*” en los estados de Iowa y Dakota, en los que el acceso directo lleva implantado más de 20 años. En el mismo, analizó una población de pacientes ambulatorios de fisioterapia del ámbito privado donde se encontraba un grupo derivado por médicos (45210) y de acceso directo (17497), encontrando que la auto-derivación no generaba un incremento en el uso de los recursos sanitarios, como se viene argumentando en ocasiones.

Marco teórico

A modo de entender el marco teórico, los elementos incluidos en el mismo fueron analizados y extraídos de artículos internacionales en los que la palabra “kinesiólogo” se ve reemplazada por “fisioterapeuta” y “kinesiología” se agrega como sinónimo de “fisioterapia”.

Principios de la fisioterapia

La fisioterapia como profesión en EE.UU. se desarrolló en gran medida a partir de 2 acontecimientos históricos relevantes que influyeron en el modo en la que la medicina abordó las necesidades de cuidado a largo plazo de los pacientes. Estos grandes hechos históricos que afectaron en mayor o menor medida a la mayoría de los ciudadanos estadounidenses fueron: (1) las epidemias recurrentes de poliomielitis que periódicamente azotaban a la población y (2) las secuelas de las víctimas ocasionadas durante las grandes guerras. (Swisher LL, 2005).

La rehabilitación de los heridos de guerra fue un motivo de preocupación para la nación estadounidense desde su guerra civil (1861-1865). Sin embargo, a pesar de la creciente preocupación por la rehabilitación de los heridos de la guerra, las técnicas primitivas de cirugía de reconstrucción, la ausencia de tecnología innovadora, la ausencia de fármacos, la falta de un apoyo financiero para los veteranos de guerra, y la falta de una planificación coherente en el campo de la rehabilitación obstaculizaron el enfoque terapéutico adecuado hasta el estallido de la primera guerra mundial (1914-1918).

A partir de este momento, el ejército estadounidense contó con 2 secciones en su servicio sanitario que le ayudaron a plantear un enfoque más integral de la rehabilitación de los veteranos: la *Division of orthopedic Surgery* y la *Division of physical Reconstruccion*.

Los médicos establecían los tratamientos que podían ser llevados a cabo por los ayudantes en recuperación física y, además, supervisaban sus acciones. En aquel momento, esta supervisión era lógica porque este colectivo de ayudantes no contaba con la formación científica necesaria sobre fisiopatología y recursos terapéuticos para la recuperación. En aquel entonces, los médicos tampoco estaban lo suficientemente formados en esta área, pero eran los únicos profesionales con una formación en cirugía y reconstrucción de los miembros lesionados. Este precedente de supervisión médica de las actuaciones de los ayudantes, dio pie a una larga tradición que situaba a los médicos como responsables y supervisores de los servicios sanitarios auxiliares, que todavía arrastramos en nuestros días. (Arnall, 2010)

A raíz de la entrada de EE. UU en la primera guerra mundial, fueron enviados a Inglaterra los doctores Frank Granger y Joel Goldthwait (1917) con la misión de observar la forma en la que el gobierno británico trataba y recuperaba a sus heridos de guerra. A su retorno, estos médicos recomendaron que los *physical reconstruction* fuesen organizados en 2 categorías profesionales

- Los *Physical Therapy Reconstruction Aides*, cuya función seria desarrollar los programas de ejercicio, masaje, hidroterapia y otras modalidades terapéuticas para el fortalecimiento y la recuperación de los veteranos de guerra.
- Los *Occupational Reconstruction Aides*, encargados de desarrollar programas para reeducar a los veteranos en habilidades para su reinserción laboral remunerada en la sociedad, después de licenciarse. (Molfat, 2003)

Los primeros líderes de los *Physical therapy reconstruction Aides*, estudiaron la perspectiva de futuro y propusieron metas específicas para el cambio de la orientación en la rehabilitación, pasando de ser un trabajo meramente técnico a uno profesional llevado a cabo por profesionales asistenciales bien formados. Algunas metas que guiaron la profesión hacia el futuro fueron:

- Aumentar el nivel de formación hacia una titulación de grado en fisioterapia y progresivamente de nivel académico superior.
- Crear sistemas oficiales de acreditación por comités de expertos permitiendo que los fisioterapeutas obtuviesen un reconocimiento oficial de su especialización.
- Desarrollar programas de posgrado para los niveles de master y doctorado.
- Impulsar la práctica independiente sin derivación ni dependencia del médico como medio para tomar plenamente las riendas en la dirección política y profesional de la fisioterapia.
- Impulsar la necesidad de que los fisioterapeutas estén en laboratorios de investigación aportando resultados que proporcionen el capital intelectual y la justificación necesarios para la elección del mejor tratamiento, en un marco de practica basada en la evidencia.
- La adaptación y mejora de los programas de formación clínica que habiliten a los fisioterapeutas como el único personal cualificado para llevar a cabo las prestaciones rehabilitadoras. (Arnall, 2010)

A principios del siglo xx, los primeros fisioterapeutas fueron formados y supervisados por médicos y llamados “Reconstruction Aides o Physical Therapy Technicians” (Ayudantes de recuperación o técnicos en fisioterapia) por el hecho de que no contaban con el título universitario de bachelor. Eran formados como técnicos y eran requeridos para trabajar bajo la supervisión de un médico.

Luego de varias décadas, los fisioterapeutas comenzaron a sentirse incómodos por el control que hacían los médicos de su práctica profesional. Los médicos carecían de la formación en conocimientos y competencias que los fisioterapeutas estaban adquiriendo en la universidad. Los médicos, no tocaban a los pacientes para aplicar técnicas fisioterápicas, ni habían recibido formación sobre estas técnicas para aplicarlas.

En la medida que los fisioterapeutas demostraban sus habilidades y competencias diagnósticas y terapéuticas, los médicos comenzaron a depositar en ellos la toma de decisiones sobre la rehabilitación. (Arnall, 2010)

Kinesiología en Argentina

La Kinesiología en Argentina es una disciplina que se encuentra en auge y vale aclarar que tiene una trayectoria relativamente reciente.

La escuela de Kinesiología creada como tal, tuvo lugar el 13 de abril de 1937 como propuesta del Prof. Dr. Nicanor Palacios Costa en donde dispone a transformar el Curso de Kinesiterapia en Escuela de Kinesiología, siendo la misma aprobada por la Universidad de Buenos Aires el 1° de septiembre de 1937.

La profesión tuvo innumerables planes de estudio proyectados, aun dentro de la misma facultad de medicina, donde fueron innovándose a lo largo de los años. Actualmente el plan (Tabla a)) que se estipula concede en un plazo mínimo de 5 años el título final de Licenciado Kinesiólogo y Fisiatra. Donde se estima una duración de 3.510 hs con las siguientes materias

1 Año	2 año	3 año	4 año	5 año
Anatomía(180hs)	Biomecánica y anatomía funcional (120 hs)	Semiopatología quirúrgica (180 hs.)	Clínica kinefisiátrica médica (300hs.)	Clínica kinefisiátrica quirúrgica

Biofísica(120 hs)	Técnicas kinésicas I (180 hs.)	Técnicas kinésicas II (180 hs.)	Psicomotricidad y neurodesarrollo (120 hs.)	Bioinformática y rehabilitación computacional (75 hs.)
Fisiología(180hs)	Semiopatología médica (180 hs.)	Kinefilaxia (50 hs.)	Técnicas kinésicas III (180 hs.)	Kinefisiatría estética (75 hs.)
Histología, embriología y genética(180hs)	Evaluaciones kinefisiátricas (75 hs.)	Farmacología (75 hs.)	Ortesis y prótesis (60 hs.)	Kinefisiatría legal y deontología (60 hs.)
Módulo de introducción a la kinesiología (30 hs)	Química biológica (75 hs.)	Fisioterapia II y climatoterapia (75 hs.)	Kinefiología deportiva (75 hs.)	Kinefisiatría ocupacional y laboral (75 hs.)
Psicología médica (75 hs.)	Fisioterapia I (75 hs.)	Metodología de la investigación científica (30 hs.)		Organización hospitalaria, institucional y de centros de rehabilitación (60 hs.)
		Módulo de atención primaria(30hs)		

Tabla a): Plan de estudios Lic. Kinesiología y fisiatría en Argentina

Feldmann, (2005) en su texto, asegura que no será la “versión definitiva”, de hecho, en todas las Universidades del país se están propiciando cambios curriculares que no sólo involucran planes de estudio, sino que se refieren además a cambios de modalidades educativas y metodologías pedagógicas que pretenden adoptar y adaptar estilos de otras partes del mundo.

Un interesante desafío, del cual obviamente la Carrera de Kinesiología y Fisiatría será parte. El autor también afirma que los kinesiólogos han tenido que atravesar

distintos obstáculos para lograr su reconocimiento dentro del equipo de salud, sobre todo durante los gobiernos militares, que trataron de desjerarquizar la profesión lo que no pudieron lograr del todo gracias a la labor conjunta de estudiantes, graduados y docentes, y la asesoría legal de la Asociación Argentina de Kinesiología.

Acceso directo

El Acceso Directo o *Direct Access* en Fisioterapia se refiere a la atención profesional del fisioterapeuta brindado de forma directa al paciente, es decir sin la previa atención de otro profesional. Esta forma de intervención sanitaria, en la actualidad, ya se viene desarrollando en países desarrollados como EE.UU, Canadá y en países de la Unión Europea; está basada en la alta formación académica que se le brinda tanto a nivel de pregrado como en el de posgrado y sumado a esto, el hecho de que en estos países las leyes profesionales que enmarcan a este grupo profesional les atribuye el solicitar exámenes auxiliares como placas radiográficas, perfiles sanguíneos 48 básicos, de orina y otros e inclusive la prescripción de productos como ortesis, prótesis, bastones etc., para de esta manera brindar la atención en el área de fisioterapia en trastornos de la función corporal (como por ejemplo en las escoliosis, artrosis, algias musculares por contracturas, pies planos, espolones, etc.) y en donde, utilizando recursos propios de la profesión se brinde tratamiento y calidad de vida a nuestros pacientes.

El Acceso Directo requiere no sólo de un alto nivel de conocimiento científico del fisioterapeuta, sino además del desarrollo de capacidades en sus competencias profesionales en donde deberá medirse por sus actuaciones, intervenciones y decisiones en circunstancias que exigirá responsabilidad profesional y personal; de caso contrario, como en toda profesión, debe ser sancionada institucional, legal y socialmente.(Zambrano, 2018)

El acceso directo no es un modelo nuevo en la prestación de servicios de fisioterapia. Éste comenzó en países de habla inglesa, Australia, Canadá y Reino Unido, a principios de los años 70 del pasado siglo, asociado a una cultura emergente de investigación y de conocimiento. Los defensores del acceso directo argumentan que los fisioterapeutas están capacitados para el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones situadas dentro de su ámbito competencial, así como para cribar aquellas condiciones de salud que requieren de una valoración médica. Además, el acceso directo mejora la calidad de la atención sanitaria y los resultados clínicos al disminuir los tiempos de espera de paciente y los costes sanitarios. Así mismo, relaja la presión asistencial sobre la atención primaria de salud. Por otro lado, la llamada dominancia médica, que se refiere al tipo de relación que

se establece entre los médicos y otros profesionales de la salud, implica un control de la profesión médica en la división del trabajo y el ejercer autoridad sobre los otros. La protección que proveyó la medicina en forma de paternalismo, se consideró necesaria para el crecimiento de las profesiones aliadas a la salud; éstas al ir avanzando en sus niveles académicos, en todos sus ámbitos de competencia, lograron mayores niveles de autonomía en forma gradual y segura.

La indicación médica para recibir tratamiento fisioterápico es considerada por la mayoría de los fisioterapeutas como una limitación de la libertad del paciente para acceder a la atención fisioterápica. Por lo tanto, el acceso directo de los pacientes que demandan servicios de fisioterapia ha supuesto uno de los puntos centrales para la mayoría de esfuerzos políticos y profesionales en la eliminación de la dependencia del médico.

Actualmente 44 de los 50 estados de los EE.UU. permiten a los fisioterapeutas atender a los pacientes sin el requisito de una indicación del médico. (Arnall, 2010)

¿Por qué tiene sentido el acceso directo?

El acceso directo beneficia al paciente de diferentes formas:

- El acceso directo acaba con las limitaciones sobre a donde remiten los médicos a los pacientes para tratamiento. A veces, a un médico puede no gustarle el fisioterapeuta de su zona y negar al paciente el acceso a este. El médico a través de las derivaciones controlan donde va el paciente independientemente de la cualificación del profesional.
- Algunos médicos son propietarios de clínicas de fisioterapia y solo envían sus pacientes a estas. Las mismas, pueden o no disponer del equipo adecuado para el tratamiento del paciente necesita, por consiguiente, recibe una calidad de atención inferior a la que necesita.
- El acceso directo reduce el coste para el paciente, ya que elimina la necesidad de pagar a un médico por la mera visita de trámite necesaria para obtener la orden de tratamiento para visitar a un fisioterapeuta. Estos “servicios” médicos le suponen al paciente a menudo un gasto desorbitado. Si este gasto extra se eliminara, el paciente podría destinar ese dinero a su asistencia fisioterápica.

Teorías generales relacionadas al tema

Las preguntas generales que se han de resolver de cara a defender o negar el acceso directo a la Kinesiología ante los gestores de los sistemas sanitarios, son en relación a su viabilidad, si resulta apropiado, aceptable, seguro y de coste efectivo. Camba, (2012) Plantea 2

preocupaciones principales, la primera se relaciona con la seguridad del paciente, ya que se argumenta que el acceso directo o la auto-derivación podrían disminuir la calidad de la atención sanitaria al perderse la continuidad de la misma, así como la coordinación y comunicación entre el médico y el fisioterapeuta. Además, argumenta que el fisioterapeuta carece de las competencias diagnósticas adecuadas para detectar casos complejos o con varias co-morbilidades. La segunda preocupación se encuentra ligada a los costes que generaría el uso de los servicios sanitarios, ya que se advierte la saturación del sector y un incremento o uso inapropiado del mismo.

Por otro lado, Zambrano, (2018) plantea que la fisioterapia constituye una profesión autónoma y con identidad propia dentro del Sistema de Salud, ya que ninguna otra profesión desarrolla o actúa en los procesos ni procedimientos que involucran a un fisioterapeuta.

Según la Confederación Mundial de Terapia Física, los fisioterapeutas proporcionan servicios, en el ámbito asistencial, que desarrollan, mantienen y restauran el máximo movimiento y la capacidad funcional de las personas. Ellos realizan sus intervenciones en cualquier etapa de la vida, cuando el movimiento y la función se ven amenazados por el envejecimiento, lesiones, enfermedades, trastornos, condiciones o factores ambientales.

Los fisioterapeutas maximizan la calidad de vida de los pacientes, mirando el bienestar físico, psicológico, emocional y social. Laboran en las diferentes esferas de la salud: de la promoción, prevención, tratamiento / intervención, habilitación y rehabilitación de las personas y de la comunidad.

Los fisioterapeutas están calificados profesionalmente para:

- Realizar un examen / evaluación integral del paciente / cliente o necesidades de un grupo de clientes;
- Evaluar los resultados del examen / evaluación de hacer juicios clínicos con respecto a los pacientes / clientes
- Formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento
- Proporcionar consultas dentro de su experiencia y determinar cuándo los pacientes / clientes deben ser referidos a otro profesional de la salud

- Implementar un programa de intervención fisioterapéutica
- Determinar los resultados de las intervenciones / tratamientos
- Hacer recomendaciones para la autogestión.

Estas funciones se desempeñan en instituciones sanitarias estatales y privadas, centros docentes, instituciones deportivas, consultorios de fisioterapia, centro de rehabilitación y domicilio de los usuarios.

El alcance de la práctica de la terapia física no se limita a la atención al paciente / cliente, sino también incluye:

- Estrategias de salud pública.
- Peritaje en este campo de la salud.
- Supervisar funciones a los asistentes de terapia física.
- Líder.
- Gestión.
- Enseñanza.
- Investigación.
- Desarrollo e implementación de la política de salud, a nivel local, nacional e internacional.

Así mismo, no se excede la responsabilidad del kinesiólogo, ya que además hace referencia a que el fisioterapeuta decide libremente su conducta y se responsabiliza por completo de ella. Acepta la responsabilidad de los diversos roles, obligaciones y acciones del fisioterapeuta incluyendo la auto-regulación y otros comportamientos que influyen positivamente en los resultados del paciente o cliente, en los de la profesión y en los de las necesidades de salud de la sociedad. (WCPT, 2018).

Mirada hacia el futuro

Por último, mirando de manera positiva hacia el futuro, existen múltiples acciones que se pueden y deben ir desarrollando para poder aspirar a un porvenir beneficioso tanto para el kinesiólogo como para el paciente o usuario de este servicio. Diferentes autores

proponen acciones a realizar que conllevarían a un proceso mas acelerado y con mejores resultados.

- Camba, (2012) recomienda generar grupos de estudios a nivel nacional sobre la autonomía profesional y acceso directo que puedan recabar y analizar los datos relativos a la práctica profesional en cada país y diseñar los estudios que aporten evidencia sobre la efectividad del acceso directo en cada contexto.
- Localizar los puntos legales que dificultan el acceso directo y promover su modificación.
- Establecer un diálogo con otros profesionales de la salud, particularmente con el colectivo médico, dejando en claro que los kinesiólogos no pretenden atender procesos que están fuera de su ámbito de competencias. La comunicación entre el médico y el kinesiólogo debe garantizarse para el bien común y para asegurar la mejor atención posible para el paciente.
- Incrementar el nivel formativo de los kinesiólogos, garantizando las competencias necesarias para el ejercicio autónomo de la profesión.
- Desarrollar campañas de marketing o campañas publicitarias que den conocimiento a la población sobre el rol que ocupa el kinesiólogo en la sociedad.
- Tener presente en cada situación el lugar que ocupamos como profesionales y valorar nuestros conocimientos e incumbencias, así como también respetar el terreno que nos toca como profesionales del movimiento.

Metodología

De acuerdo con la búsqueda de los artículos relacionados a la problemática, se intenta analizar y a la vez identificar las variables y barreras que suponen la implementación de este método por lo que a través de opiniones de diferentes pacientes que fueron atendidos por profesionales del movimiento se analizara la postura que prevalece en el colectivo de la población de Rosario, Santa fe.

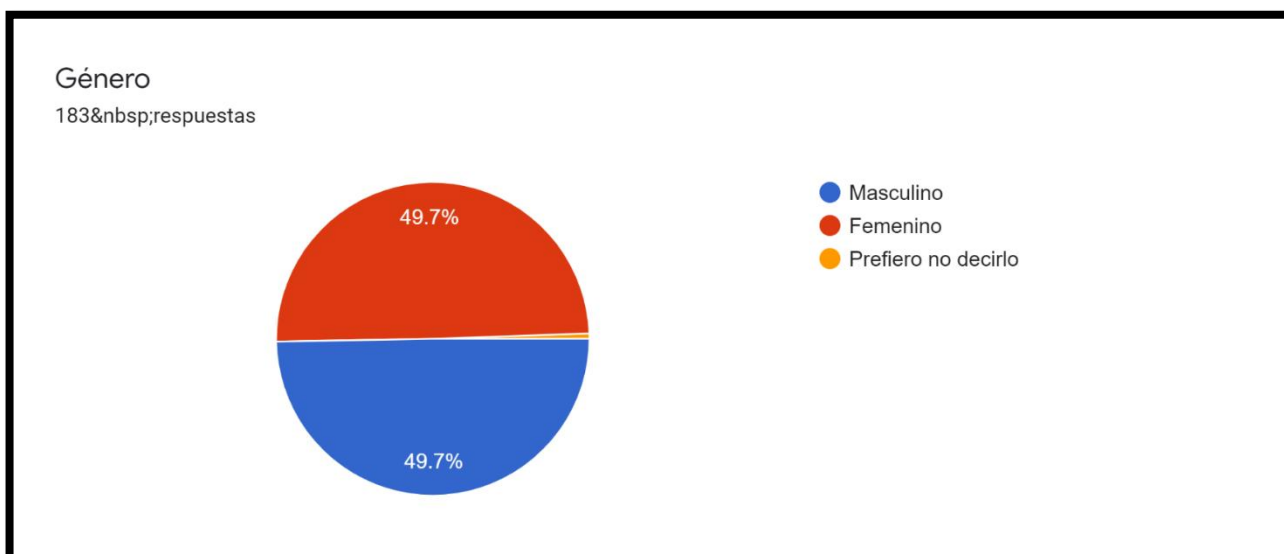
Se realizó un estudio cuantitativo y cualitativo a modo de encuesta, que constó de 16 preguntas que se creen claves para la determinación de resultados. Las mismas fueron contestadas en formato digital y en papel de forma anónima y se filtró a personas que hayan sido o son pacientes/clientes del servicio de kinesiología.

Fue realizada de manera aleatoria en el mes de noviembre en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina en el año 2019.

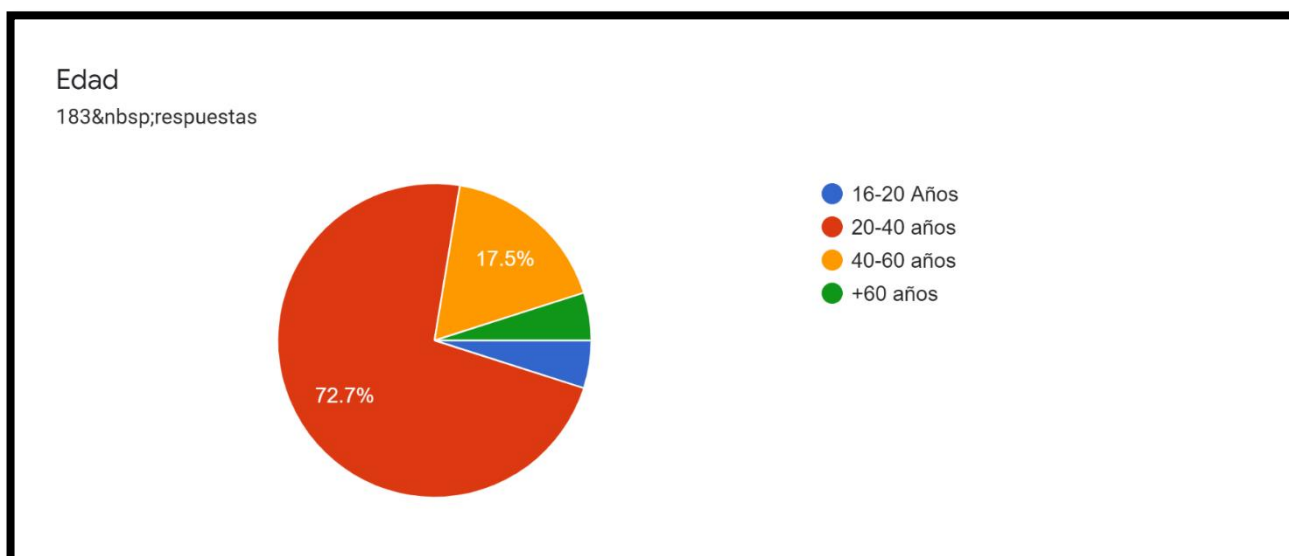
Una vez realizada dicha encuesta, se volcaron los datos para sus análisis ético y cuantitativo. Para este último se utilizó la plataforma Google Formularios como método de descomposición de resultados en presencia de gráficos y datos porcentuales. El mismo fue escogido por su facilidad de uso y entendimiento para el encuestado.

Presentación de resultados

Cuadro 1: Género de personas encuestadas.



A la observación del cuadro 1, se pudo obtener un total de 183 respuestas en las cuales 91 (49,7%) fueron del género femenino, 91 (49,7%) del género masculino y 1 (0,5 %) prefirió no decirlo.



Cuadro No 2: Edad de personas encuestadas.

El cuadro No 2 señala la edad de las personas que realizaron la encuesta. El mismo evidencia unas 133 (72,7%) personas que se encuentran en el rango etario de los 20-40 años, unas 32 personas (17,5%) entre los 40-60 años, 9 personas (4,9%) que se encuentran entre los 16-20 años y por último 9 personas (4,9%) mayores de 60 años.

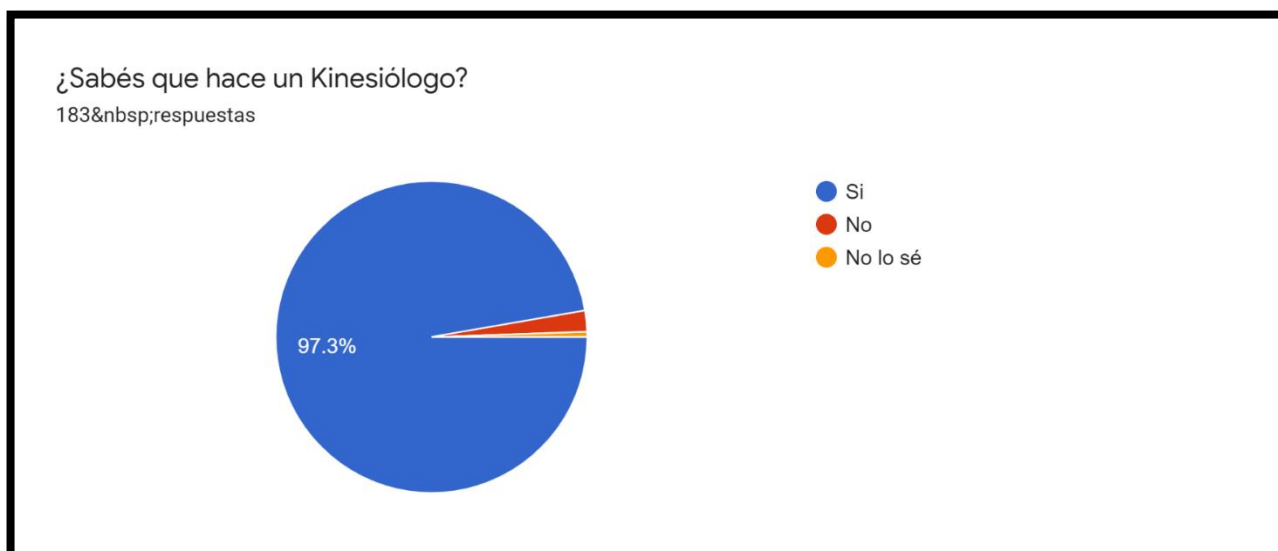


Tabla No 3: Conocimiento general de la profesión

De las 183 personas entrevistadas, 178 (97,3%) afirmó conocer las virtudes de un Kinesiólogo. Por otro lado, 4 (2,2%) afirmaron no tener conocimiento de la misma y solo 1 (0.5%) eligió no saberlo con seguridad.



Tabla No 4: Contacto con el profesional.

Luego de interrogar si tenía conocimiento de la profesión, se eligió una pregunta de filtro que colocara una brecha entre los pacientes/usuarios de servicios de kinesiología y aquellos que nunca fueron atendidos por el profesional. Aquellos que contestaron “SI” en total 138 (75,4%) continuaron con la encuesta, mientras que los que contestaron “NO” en total 45 (24,6%) debieron dar por terminado el formulario. (Véase Tabla 4)

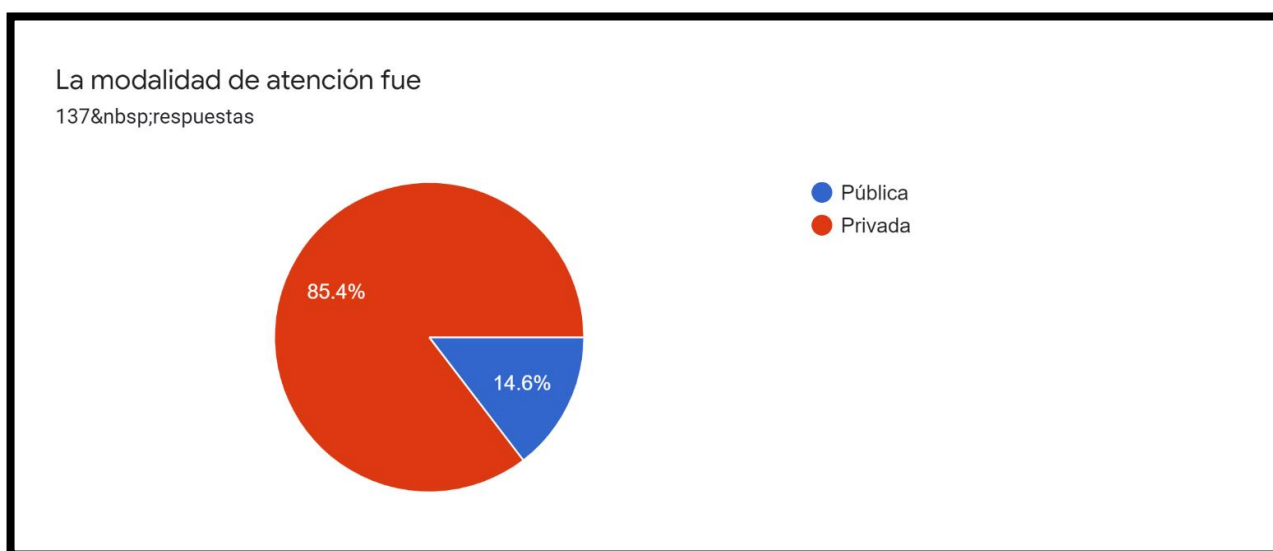
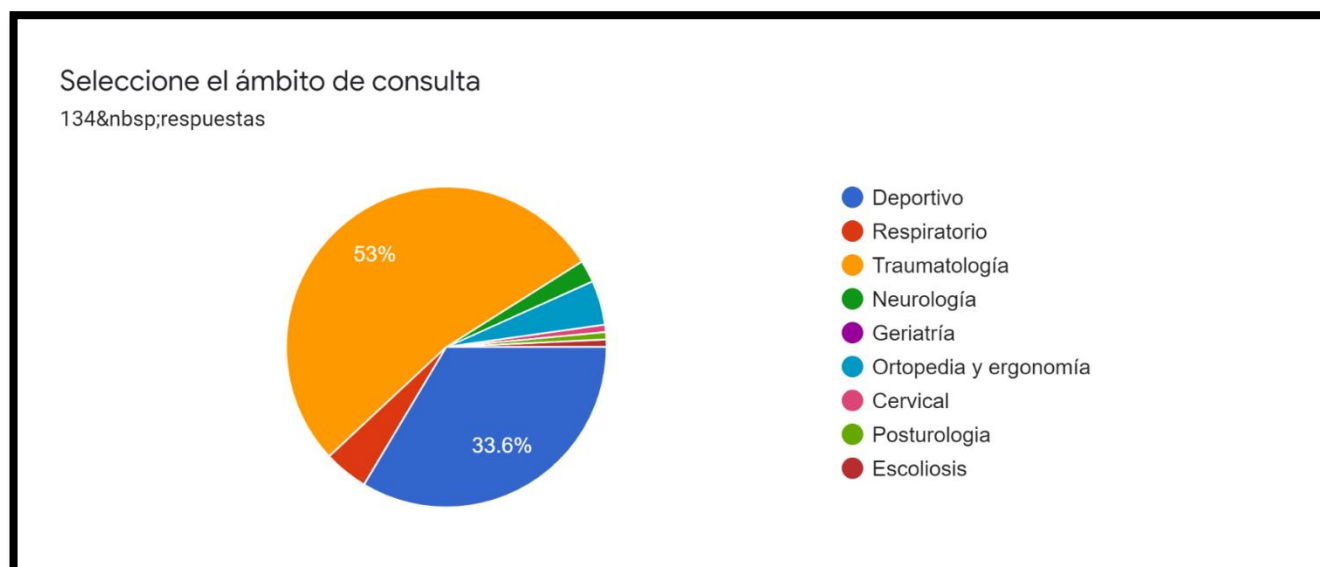
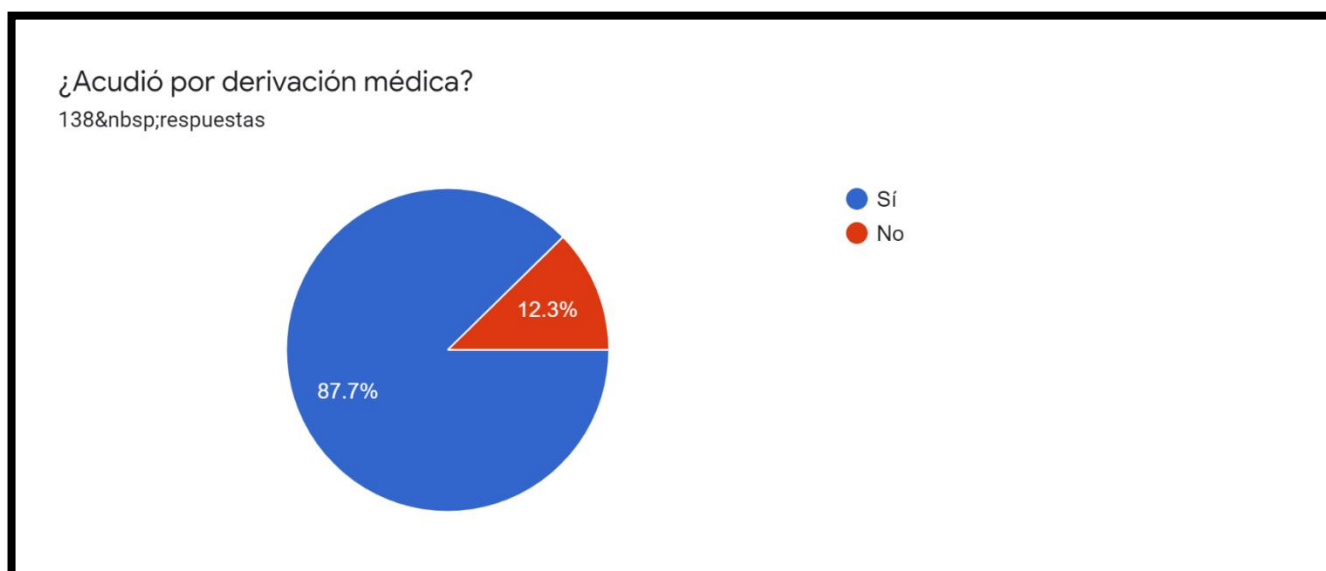


Tabla No 5: Modalidad de atención

La modalidad de atención preferida por las personas encuestadas evidencia a la atención privada 117 (85,4%) como preferida ante la atención pública 20 (14,6%). En ese mismo contexto se consultó el ámbito de consulta la cual frecuentó. El ámbito de la traumatología tuvo mayor preponderancia frente a las demás, de las cuales 71 personas (53%) hicieron consulta sobre este ítem. En segundo lugar, se ubica al ámbito deportivo con 45 personas (33,6%), Ortopedia y ergonomía 6 personas (4,5%), Respiratorio 6 personas (4,5%), Neurología 3 personas (2,2%) y Posturología 2 personas (0,7%). (Véase Cuadro No 5 y 6).



Cuadro No 6: Ámbito de consulta.



Cuadro No 7: Derivación de otro profesional

En cuanto a la derivación de otro profesional de salud al servicio de kinesiología, la prescripción médica tuvo una considerable concurrencia a la hora de acceder al profesional. En respuesta a esta interrogante 121 personas (87,5%) afirmaron la consulta previa con el médico mientras que 17 (12,3%) escogieron hacerlo de manera directa. (Véase cuadro 7).

El cuestionario a partir de aquí se pudo dividir en dos secciones, en donde los individuos que contestaron afirmativamente se dirigieron a la sección denominada “consulta médica” donde se indagó mas sobre este punto, mientras que los que negaron la consulta previa fueron redirigidos hacia la sección denominada “acceso directo”

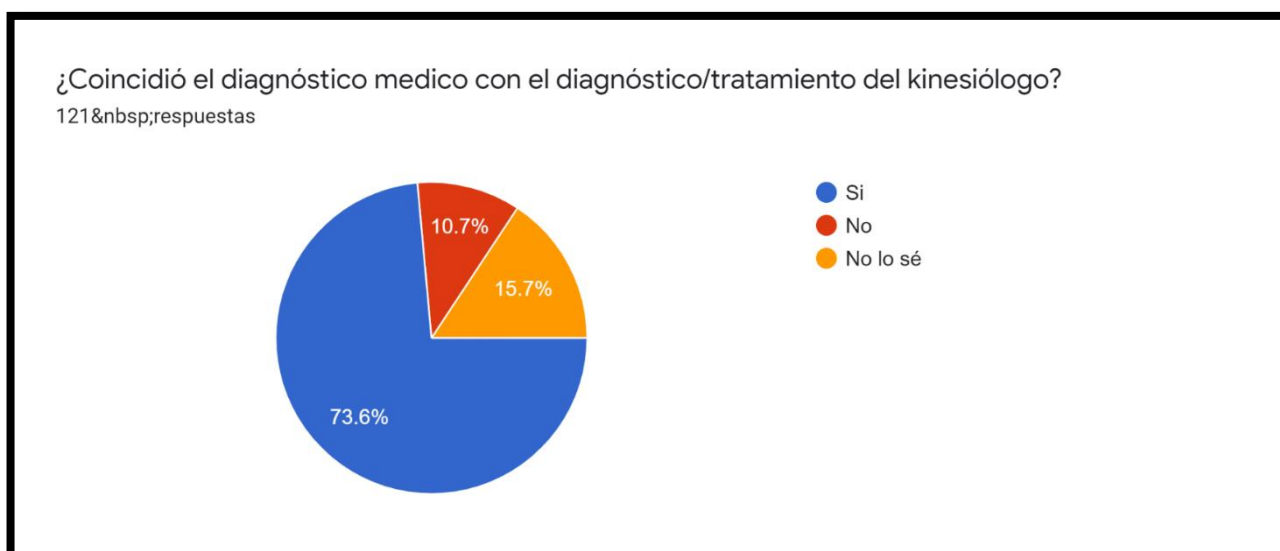


Tabla No 8: Relación diagnóstico Médico/Kinésico (Sección “consulta médica”)

Se consultó a los individuos que realizaron consulta médica previa a la atención kinésica si el diagnóstico médico coincidía con el punto de vista del kinesiólogo. Como muestra la tabla 8, 89 personas (73,6%) sostuvieron que coincidió dicho diagnóstico, mientras que 13 personas (10,7%) aclaró que discreparon en puntos de vista. Por otro lado, 19 personas (15,7%) ignoraron el asunto.

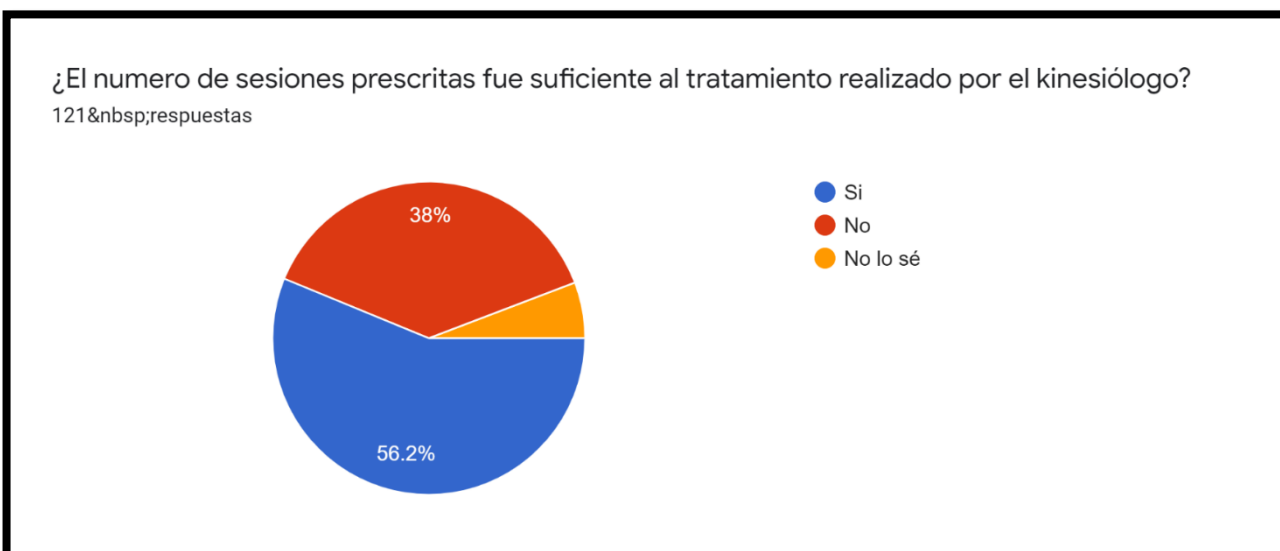


Tabla No 9: Sesiones.

En cuanto al número de sesiones prescritas por el médico, se pudo observar una relativa diferencia entre resultados. 68 individuos (56,2%) afirmaron que fueron suficientes las sesiones para dar por terminado su tratamiento. Por otro lado, 46 (38%) continuaron con el tratamiento superando las sesiones previstas por el médico. (Véase cuadro 9)

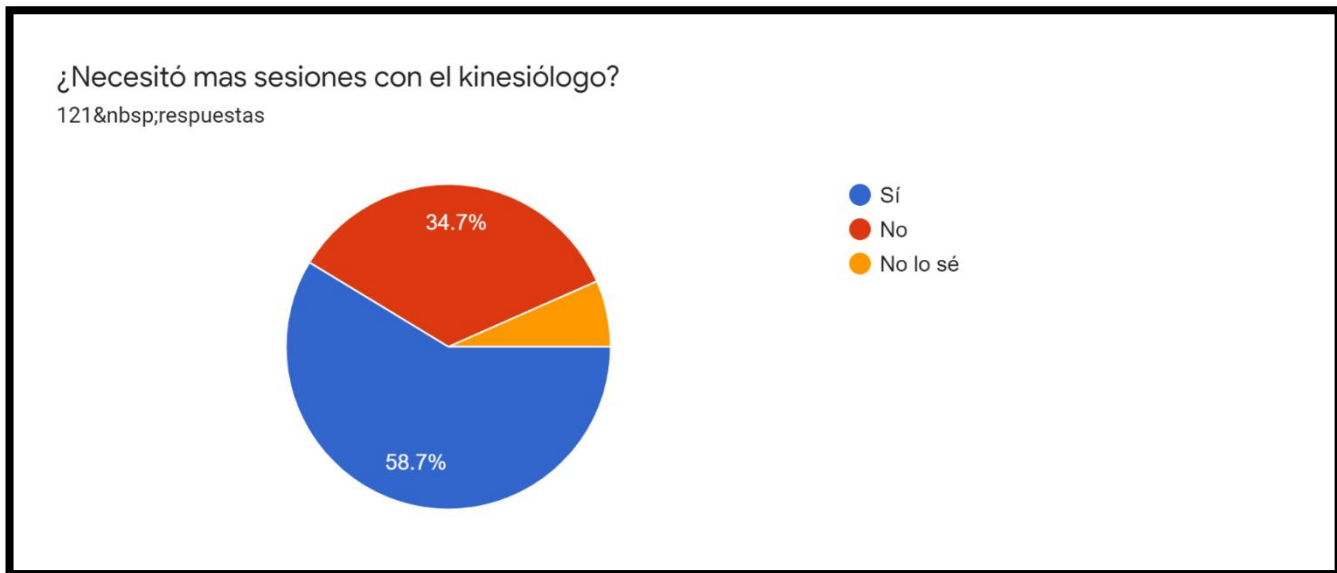


Tabla No 10: Regreso a consulta médica

Siguiendo en la misma línea, se pudo constatar que 71 personas (58,7%) tuvieron que regresar a la consulta médica para continuar con el tratamiento kinesiológico, frente a 42 (34,7%) que solucionaron su problema rápidamente con pocas sesiones. Sólo un 6,6% no recuerda con exactitud.

Terminada esta serie de preguntas, se da por finalizada la sección “consulta médica” y se decide continuar añadiendo a partir de este punto la sección “acceso directo”. En la misma se llevaron a cabo diversas preguntas que ponen en énfasis la temática. De este modo se adicionan a los porcentajes aquellos individuos que no realizaron consulta previa con el médico.



Tabla No 11: Opinión en cuanto a la problemática. (Sección “acceso directo”)

Según se observa en la tabla 11, en un volumen de 137 individuos. un total de 75 (54,7%) vieron innecesaria la idea de retornar a la consulta médica para continuar con el tratamiento. Un número de 53 personas (38,7%) vieron positivo la idea, haciendo salvedad de aquellos casos en los que patologías crónicas fueron implicadas en la consulta. Sólo 9 (6,6%) no tuvieron una respuesta concreta. (Véase Tabla 11)

Sin embargo, al momento de solicitar una opinión concreta en cuanto al ahorro de tiempo y dinero 102 (73,9%) personas consolidaron el pensamiento de que se verían beneficiados a una consulta directa con el Kinesiólogo, ya que le implicarían menos gastos y mayor tiempo dedicado a su tratamiento. Sólo 17 personas (12,3%) vieron de manera desfavorable esta iniciativa y 19 personas (13,8%) no tuvieron una postura asegurada. (Véase Tabla 12).

Con respecto al ahorro de tiempo y dinero. ¿Sería mas accesible y factible la consulta directa con el kinésio­logo?

138 respuestas

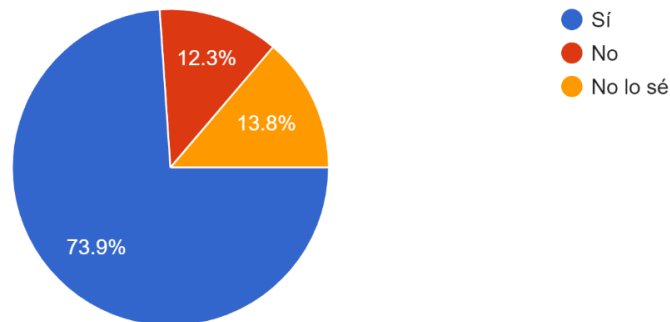


Tabla No 12: Criterios de los pacientes

En otro orden de ideas y siguiendo con el cuestionario, se consulto a los entrevistados acerca de un hipotético caso que lo lleve a una reincidencia en la cuestión que lo acercó al profesional. La tabla 13, demuestra que un total de 98 personas (71%) estaría decidida a realizar su consulta directa con el kinesiólogo en caso de padecer la misma dificultad que inició. Unas 26 personas (18,8 %) continuaría por prescripción médica, mientras que 14 (10,1%) no tendría su opinión formada. (Véase Tabla 13)

Si tuvieras la misma problemática por la cual acudiste al médico derivante. ¿I­rías directamente al Kinesiólogo la próxima vez ?

138 respuestas

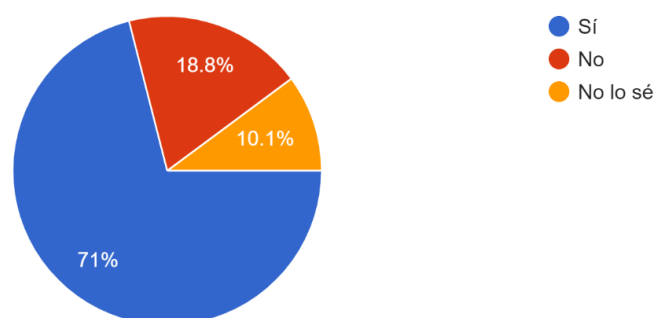


Tabla No 13: Reincidencia en problemática.



Tabla No 14: Cercanía con el Kinesiólogo.

Con posterioridad, se realizaron diversas interrogantes en relación a la cercanía al profesional y la opinión formada que tenía la población en cuanto a la profesión. 124 personas (89,9%) tenían contacto cercano con la misma, mientras que 9 (6,5%) admitía no tener acceso de manera sencilla, por otro lado 5 (3,6%) desconocía sus opciones de contacto con un profesional. (Véase Tabla 14).

Al mismo tiempo y de manera general, se consultó sobre si recomendarían la profesión, así como también si cree que es indispensable para la sociedad. El porcentaje que recomendó la profesión llegó a un total de 97,8 % (136), ninguna persona se declaró en contra de esta y solo un 2,2% optó por no saberlo. (Véase tabla 15). Un 87,7% (121) de las personas encuestadas declaró a la kinesiología como indispensable para la sociedad en la que vive. Únicamente el 2,9% (4) se inclinó por no elegir esta opción y el 9,4% prefirió no emitir opinión al respecto. (Véase Tabla 16)

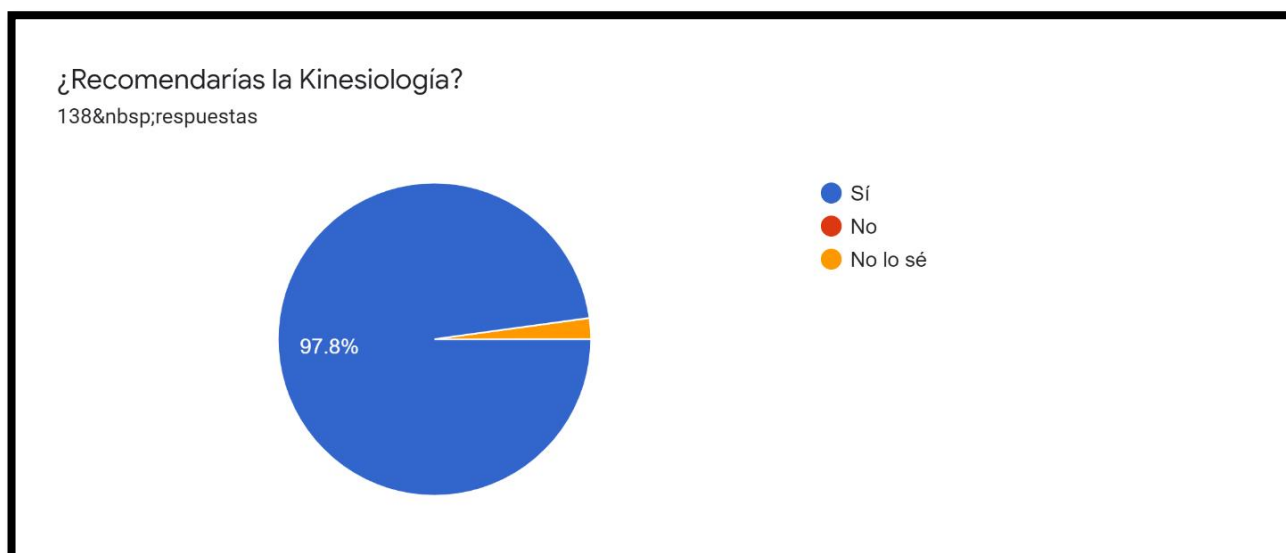


Tabla No 15: Recomendación de la profesión

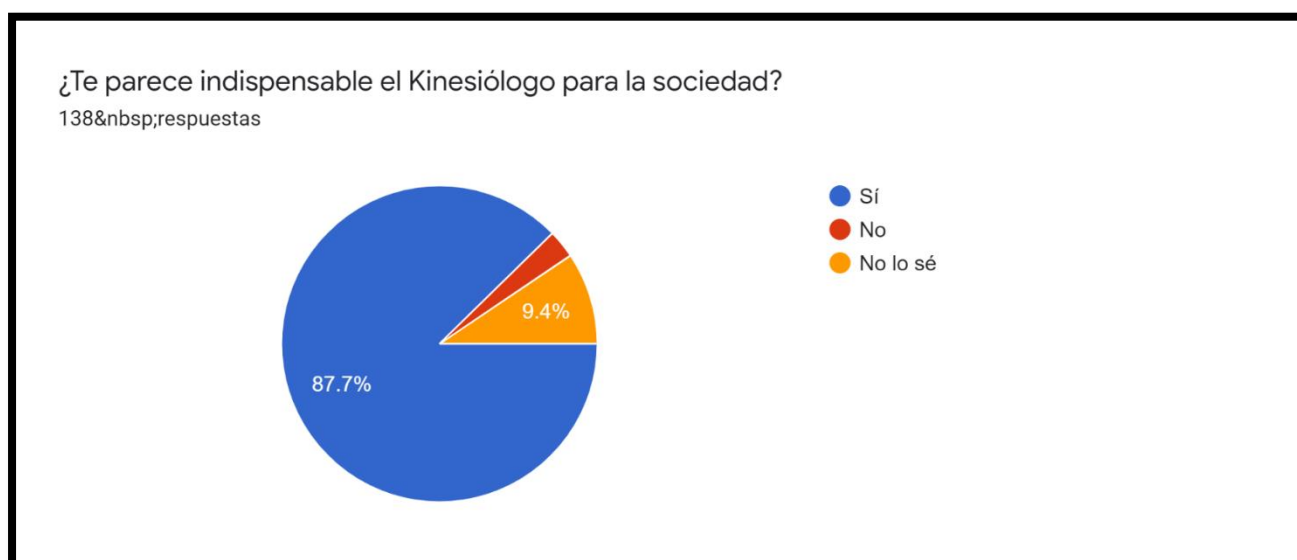


Tabla No 16: Importancia de la profesión

Por último y para dar por terminado el cuestionario, se incluyó una pregunta abierta y optativa a responder para poder analizar las diferentes perspectivas de las personas acerca de incumbencias del Kinesiólogo. Para ello, se dejó un espacio en blanco donde el encuestado debiera responder de forma breve aquella especialidad que sea competencia del propio Kinesiólogo.

Los resultados arrojaron diversas respuestas entre ellas algunas curiosas como, por ejemplo:

- K. Cardiorrespiratoria (7)

- K. Traumatología (8)
- K. Neurológica (5)
- Osteopatía (3)
- Quiropraxia (3)
- K. Deportiva (18)
- Geriatría (1)
- Gastroenterología (1)¹

Se pudo corroborar que el área deportiva fue la que mas conocimiento tuvo frente a otras especialidades. El área de traumatología y cardiorrespiratoria fueron las segundas más mencionadas y el ámbito neurológico ocupó un tercer lugar. (Véase Tabla 17)

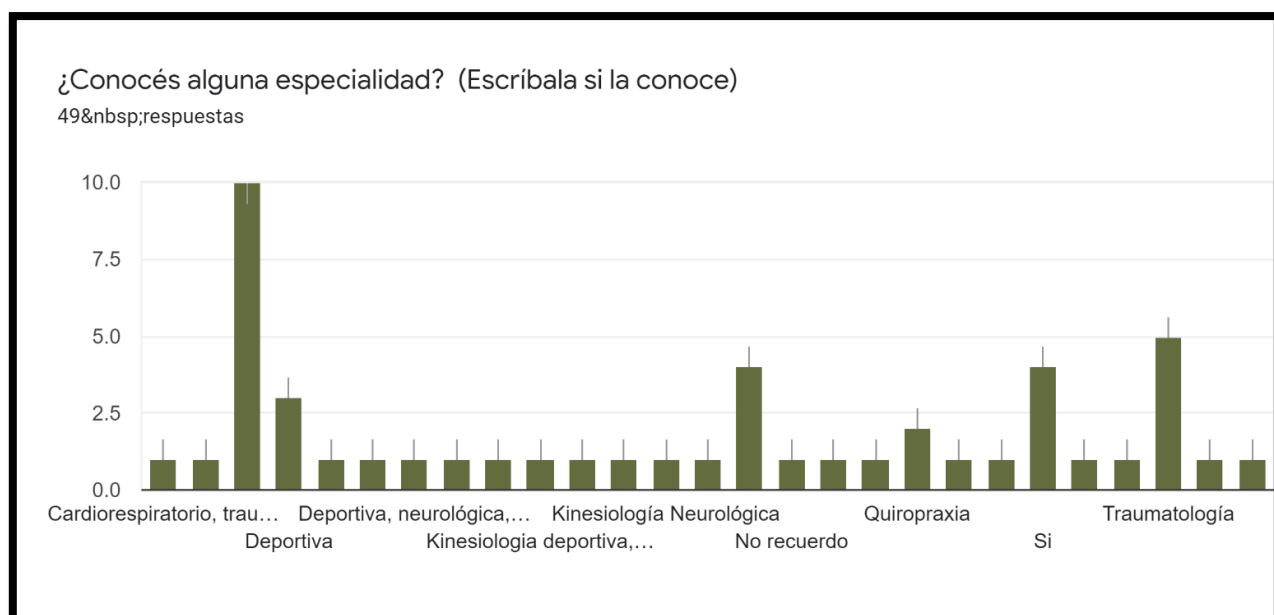


Tabla No 17: Conocimiento de especialidades.

¹ La respuesta proporcionada no pertenece a una especialidad Kinésica.

Conclusión

De acuerdo con los resultados de la investigación se puede percibir que existe una relación directa entre la opinión de pacientes kinesiológicos y el acceso directo al profesional.

Se pudo concluir que la mayoría de los pacientes o usuarios del servicio de kinesiología utiliza la derivación médica como camino para acceder al profesional en primera instancia como el ritual lo indica. Sin embargo, se observa que gran parte de la población encuestada tomaría la decisión de acudir a la consulta directa con el Kinesiólogo en caso de futuras reincidencias. El ahorro de tiempo y dinero sería uno de los principales motivos por los cuales lo llevaría a tomar tal decisión.

Como estudiante de la carrera de Lic. en Kinesiología y Fisiatría me pareció interesante la idea de plantear como un problema no solo el aspecto monetario que sería de gran ayuda para los insumos del paciente, sino también los tiempos de tratamientos que se ven perjudicados en este proceso. Estos resultados me llevan a reflexionar diversos casos que sean de competencia kinésica y pongan al paciente a la espera de una consulta médica para realizar el tratamiento, donde a raíz de esto, podría entrar en juego el desapego al tratamiento y correría riesgo la calidad del protocolo. Es importante recalcar la incumbencia del kinesiólogo, ratificado en varios artículos publicados en esta tesis, que es capaz de valorar el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de la patología no siendo necesario que resida nuevamente en una consulta médica. Podríamos deducir que este aspecto se debe a un factor cultural y social que se arrastra desde la creación de la medicina y la kinesiología como rama auxiliar de esta, pero a pesar de esta suposición, este estudio arrojó un llamativo y elevado porcentaje de pacientes o usuarios que no creen necesario este ciclo, por lo que se determina que es una idea que se encontraría en auge y cada vez sea más válido el pensamiento de ser un profesional de primer contacto. Cabe recalcar que las personas encuestadas, en su mayoría, fueron pertenecientes a un grupo etario entre los 20-40 años, es decir, supone ser una población joven con conocimientos medios sobre la profesión y tecnología, por lo que se planea en un futuro poder aplicar esta encuesta a una población más adentrada en años para poder conocer su opinión sobre la temática.

La evidencia disponible hasta el momento nos indica que el acceso directo es seguro, efectivo y aceptable en otras partes del mundo. Es probable que resulte una reducción de los servicios sanitarios al requerir menos consultas médicas y que la calidad de atención mejore.

Bibliografía

- Arnall, C. C. (2010). El largo camino: recorrido de la fisioterapia hacia la practica independiente. *ElsevierDoyma*, 184-185.
- Camba, S. S. (2012). *Autonomia Profesional y acceso directo en fisioterapia*. Madrid: XIV Congreso Nacional de Fisioterapia .
- Chantal. (2008). Direct Access to Physical Therapy in Community-Based. *Physical Therapy*, 936-946.
- Feldmann. (2005). Historia de la kinesiología Argentina. (págs. 42-43). Universidad de Buenos Aires.
- Lissovoy, M. y. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *National Center for Biotechnology Information*, 8-10.
- Molfat. (2003). History of physical Therapy Practice in the United States. *Journal of Physical Therapy Education (JOPTE)*.
- Pendergast, C. (23 sept de abril de 2012). *Health Services Research*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3419881/>
- Pérez. (2007). *Conocimiento de la unidad de fisioterapia por parte de los medicos de un servicio de atencion primaria rural*. Rivadabia: Orixinais.
- Swisher LL, P. C. (2005). professionalism in physical Therapy. History, Practice and development. *Elsevier Saunders*.
- WCPT, W. C. (2018). *WCPT Glosario: términos utilizados en las políticas y los recursos de la WCPT*. Madrid: Asociación Española de Fisioterapeutas.
- Zambrano. (2018). *Autonomia profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en sus decisiones de compentencia en un policlinico privado*. Lima-Perú: Universidad Nacional Federico Villareal.
- Zambrano, R. (2018). *Autonomia profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en sus decisiones de competencia en un policlinico privado, Jesus María*. Lima- Perú.: Universidad Nacional Federico Villareal.