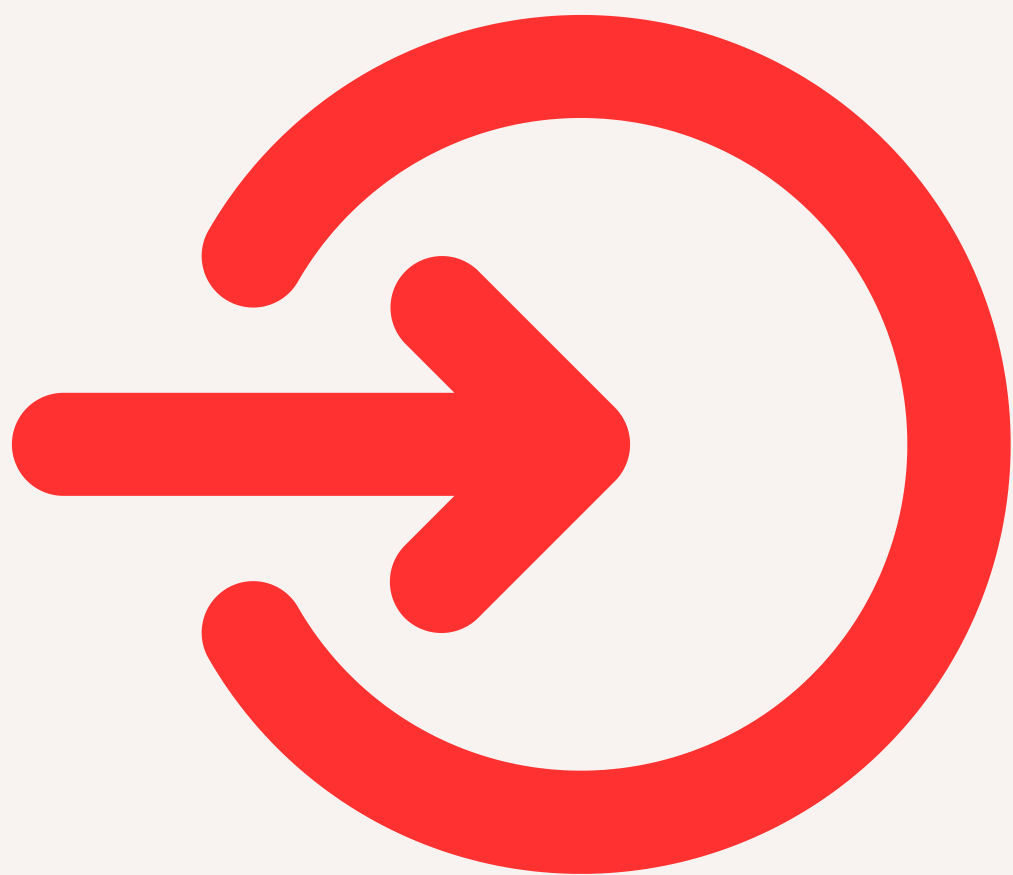


Informe sobre el Acceso Directo a Fisioterapia



Autoría

Javier Jerez Roig

Asesor de Investigación del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Doctor en Salud Pública
Fisioterapeuta colegiado, número 14278

Judit Mas Bosch

Fisioterapeuta colegiada, número 16885

Ramon Aiguadé Aiguadé

Decano del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Doctor en Salud
Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria (UMH)
Fisioterapeuta colegiado, número 3820

Edita

Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Octubre, 2023

Junta de Gobierno

Decano: Ramon Aiguadé Aiguadé. Vicedecana: Yolanda Sánchez Retamero.
Secretaria: Cristina Adillón Camón. Vicesecretaria: M. Carmen Sánchez Mato.
Tesorera: Marlen M. Moreno Martínez. Vicetesorero: Luis Ignacio Soto Bagaria.
Vocales: Clara Bergé Ortínez, Ismael Martí Terradas, Alfons Mascaró Vilella,
Daniel Freixes Garcia, Anahí Castilla Catalán y Jordi Vilaró Casamitjana.

Sede social

c/Segle XX, 78. 08032 Barcelona
Tel. 93 207 50 29 Fax. 93 207 70 22
www.fisioterapeutes.cat
cfc@fisioterapeutes.cat

© 2023, Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Índice

Presentación	3
La fisioterapia como profesión	3
Atención primaria y fisioterapia	4
Trastornos musculoesqueléticos y fisioterapia	5
Acceso Directo a Fisioterapia (ADF)	6
Acceso Directo a Fisioterapia en España y en otros países	8
Evidencia sobre el Acceso Directo a Fisioterapia	14
Barreras para la aplicación del Acceso Directo a Fisioterapia	19
Referencias	21

Presentación

Este informe tiene como objetivo principal presentar la evidencia científica sobre el Acceso Directo a Fisioterapia (ADF), así como la situación actual en España. En primer lugar, se hace una introducción sobre la fisioterapia en atención primaria (AP) en España, seguido de un resumen sobre los beneficios del acceso directo al servicio de fisioterapia y las principales barreras (y soluciones) para su implementación.

La fisioterapia como profesión

El código deontológico del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya define a la 'fisioterapia' como una profesión específica, autónoma y con identidad propia dentro del ámbito sanitario. Entre sus objetivos destacan **preservar, restablecer y aumentar el nivel de salud** de la ciudadanía con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas y de la comunidad y, específicamente, **la prevención, la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la funcionalidad** mediante cualquiera de los **medios manuales, físicos y químicos** a su alcance (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2021). La fisioterapia es, por excelencia, una profesión **no farmacológica** y esencialmente **no quirúrgica** (ni invasiva). La disciplina está cualificada y estratégicamente posicionada para liderar la **lucha contra las enfermedades relacionadas con el estilo de vida** del siglo XXI (Dean et al., 2011). Los profesionales de la fisioterapia están especialmente capacitados para la **prescripción de ejercicio** y tienen un papel fundamental en la **promoción de la salud y la actividad física** regular (Verghanen & Engbers, 2009).

Atención primaria y fisioterapia

La atención primaria debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la comunidad a la que da cobertura mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención, asistencia y rehabilitación (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2021). Existe una necesidad cada vez más evidente de invertir y transformar los servicios de asistencia sanitaria para satisfacer las demandas del progresivo **envejecimiento de la población**, asociado a una **alta prevalencia de enfermedades crónicas**. Por este motivo, se espera una **prestación eficiente de los servicios** de AP en el futuro (McMahon et al., 2016).

La fisioterapia en AP no está implementada de forma uniforme en toda España. En los escasos CAPs donde está implementada la fisioterapia, más del 70 % del tiempo está dedicado a la atención en la sala de rehabilitación, mediante el modelo clínico y, además, existe el **problema de las listas de espera**. En cuanto a la rehabilitación, las **lumbalgias, cervicalgias, omalgias y gonalgias** representan las patologías más frecuentemente tratadas por los fisioterapeutas de AP (Maya, 2018). En Cataluña, la prestación de los servicios de rehabilitación la ofrecen tanto el Institut Català de la Salut (ICS), empresas públicas como los centros de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) que pueden ser, o no, del ICS (Instituto de Información Sanitaria, 2010). Históricamente, Cataluña ha tenido **una de las ratios más bajas del estado** en cuanto al número de fisioterapeutas en la sanidad pública, 0,07 por 1.000 habitantes, muy por debajo del 1 recomendado por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, el sindicato SATSE ha reclamado durante años que todos los servicios de salud aumenten sus plantillas de fisioterapeutas, especialmente en los centros de AP (CAPs). Desde el sindicato se destaca la **rentabilidad tanto económica como social** que se podría obtener con una dotación adecuada de fisioterapeutas dado que, además de la aportación para con el **bienestar de los y las pacientes**, la intervención temprana de estos profesionales conlleva la **reducción del tiempo de baja laboral**, así como la **recuperación de la funcionalidad** y, por tanto, un considerable **ahorro en los costes sociosanitarios** (Redacción Médica, 2019).

En Cataluña, la fisioterapia ha estado presente en una minoría de CAPs, integrada en los equipos básicos de AP (médicos de familia, pediatras, enfermeras y asistentes sociales) (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2021). Sin embargo, el Departament de Salut ha incorporado a más de 300 fisioterapeutas en la AP durante los años 2022 y 2023, que se suman a otros nuevos perfiles como nutricionistas o referentes en salud mental (Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, 2022).

Los principales objetivos de este programa es promover y mejorar el funcionamiento y la autonomía de personas que sufren problemas de salud crónicos de baja complejidad y elevada prevalencia, así como prevenir la discapacidad en personas con alteraciones del funcionamiento y en situación de prefragilidad o riesgo de fragilidad (Enfedaque et al., 2023).

Trastornos musculoesqueléticos y fisioterapia

Se trata de un conjunto de aproximadamente 150 patologías de los músculos, huesos y/o articulaciones (lumbalgia, cervicalgia, artrosis, artritis, osteoporosis, etc.) frecuentemente acompañadas de dolor y reducción de la función. Son altamente prevalentes y representan la primera causa de discapacidad a nivel mundial (Dahlerup et al., 2022). Ocasionalmente, los trastornos musculoesqueléticos tienden a convertirse en crónicos si el tratamiento no es el adecuado y, para prevenir este proceso, el/la fisioterapeuta tiene un papel fundamental (Woolf, 2011). En la práctica general, estas afecciones musculoesqueléticas representan, aproximadamente, el **30 % del número de visitas al médico de familia**, cifra que aumenta hasta el 50 % en el caso de pacientes mayores de 75 años (Middleton, 2016). Sin embargo, se estima que un 85 % de estos pacientes no necesita un médico de familia y que un/a fisioterapeuta puede gestionar estos casos de manera eficiente, lo que liberaría miles de citas con los médicos de familia, los cuales se podrían dedicar a problemas de mayor complejidad (Europe Region WorldPhysio, 2018).

Hay estudios que indican que las intervenciones no invasivas realizadas por los y las fisioterapeutas para tratar, gestionar y revertir diferentes problemas de salud relacionados con el estilo de vida son **efectivas y eficientes (tienen un coste bajo)** en comparación con las terapias invasivas. La fisioterapia puede aumentar inicialmente los costes sanitarios (debido a la inversión inicial en profesionales), pero a medio y largo plazo también puede **reducir la pérdida de productividad, el consumo de medicamentos y los tratamientos de otros profesionales sanitarios**; por este motivo se considera una **estrategia coste-efectiva** (Dean et al., 2011).

Acceso Directo a Fisioterapia (ADF)

Actualmente es el médico de familia, el médico rehabilitador o bien el médico especialista quien deriva a las y los pacientes al servicio de fisioterapia. Este sistema ya supuso un avance del modelo tradicional, en el cual los y las pacientes eran mayoritariamente derivados a un servicio de rehabilitación hospitalario de referencia. Sin embargo, este circuito suele generar **grandes demoras en el inicio del tratamiento de fisioterapia** (Martínez-Lentisco, M, 2020).

Por otra parte, el ADF supone un nuevo modelo de atención y consiste en simplificar el proceso tradicional, **prescindiendo de las visitas a profesionales intermediarios del circuito y reduciendo, así, el tiempo hasta el inicio de la atención** (Piscitelli et al., 2018). Se trata de dar a los pacientes la opción de ser atendidos directamente por el/la fisioterapeuta, sin necesidad de ser previamente visitados por ningún otro profesional (Maselli et al., 2022).

Pese a existir algunas prácticas en las dos décadas anteriores, fue a partir de los años 70 cuando se comienzan a desarrollar más iniciativas y legislación sobre el ADF. Desde el inicio destacaron los países anglosajones, especialmente Estados Unidos y el Reino Unido (Direct Access to Physiotherapy: The Case of France, 2014), cuyo Parlamento aprobó la idea del ADF en 1977; después, esta modalidad de atención empezó a utilizarse en el sector privado y, posteriormente, en el público. En la década de 2010-2020, el ADF ya se ofrecía en la mayor parte de áreas sanitarias de Escocia y Gales (Middleton, 2016).

Encontramos iniciativas en Quebec o los Emiratos Árabes Unidos y en países europeos como Francia o España este modelo está más extendido en el sector privado y las iniciativas públicas son muy excepcionales (Direct Access to Physiotherapy: The Case of France, 2014) (Tracy J. Bury & Stokes, 2013) (Gagnon et al., 2021). En general, la mayoría de programas de ADF se han realizado en el **sector de la sanidad privada**; en segundo lugar, **a nivel público de la AP**, seguido de iniciativas en **servicios de urgencias** (Gagnon et al., 2021; A. Demont et al., 2020).

Hay evidencia que avala a la **seguridad, la efectividad y la rentabilidad** de los servicios de ADF en comparación con el circuito de derivación a través de un médico; la fisioterapia puede **disminuir el coste, el número de visitas y mejorar la satisfacción** de los y las pacientes con trastornos musculoesqueléticos (Ojha et al., 2014). Este modelo puede contribuir a **evitar que las patologías agudas se vuelvan crónicas** (Nordeman et al., 2006), así como conseguir un uso **más eficiente de los servicios sanitarios**, un **ahorro de los costes** de atención y una **mejora del estatus profesional** de los y las fisioterapeutas (Alnaqbi et al., 2021). Además, el modelo de acceso directo a fisioterapia también es **factible independientemente del nivel socioeconómico** de la población a la que se aplique (Holdsworth et al., 2006).

Donde se ha aplicado, este modelo **reduce el tiempo de espera de atención de 10 semanas** (Chartered Society of Physiotherapy, 2015) **a un máximo de 3 días**. También se reduce el absentismo laboral (aproximadamente, un 60 % de reducción del tiempo) (Chartered Society of Physiotherapy, 2015). Por cada paciente atendido directamente por un/a fisioterapeuta **se ahorran aproximadamente 40 euros** respecto al modelo tradicional de derivación a través del médico (Chartered Society of Physiotherapy, 2012).

Acceso Directo a Fisioterapia en España y en otros países

En España, el ADF **sólo está extendido en el sector privado** (World Physiotherapy, 2021). Tras realizar una revisión extensa de la literatura, se han identificado **3 artículos científicos y 11 noticias** sobre este modelo de atención a nivel del **estado español**. Se identifican resultados desde el año 2012 y un aumento considerable de las noticias **a partir del año 2022**. Se encuentran 4 noticias del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya (CFC), 2 noticias del Colexio oficial de Fisioterapeutas de Galicia (COFIGA), 2 del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Navarra (COFN), 1 del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid (CPFCEM), 1 del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León (CPFCEYL) y 1 de Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Extremadura.

En cuanto a los artículos, en el 2012, Francisco Javier Juan García, habla sobre la realidad del ADF en varios países (Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canadá, Reino Unido y Holanda) y cómo las condiciones de esta prestación son muy variables según el país. Se destaca que en España el ADF sólo está extendido en el ámbito privado y que en la sanidad pública, este acceso varía según la comunidad autónoma. También comenta que algunos de los beneficios de poder acceder directamente a los servicios de fisioterapia son la **rapidez en la atención, el incremento de la responsabilidad de los profesionales implicados o la disminución de carga asistencial en medicina de AP u hospitalaria**. Por otro lado, el autor opina que los opositores del ADF podrían argumentar que los profesionales no médicos no tienen el conocimiento diagnóstico suficiente (Juan García, 2012).

En un artículo publicado un año más tarde, Sonia Souto Camba expone que el fisioterapeuta debe ser libre de poder ejercer su profesión de forma autónoma, como define la World Physiotherapy, siempre que su actividad profesional sea llevada a cabo en su ámbito de conocimiento y competencia. Sin embargo, esta autonomía varía según los países, puesto que está sujeta a los propios marcos legislativos y reguladores. A pesar de eso, destaca que la evidencia disponible hasta el momento ya demostraba que el ADF es seguro, efectivo y aceptable en el tratamiento de patologías musculoesqueléticas (Souto Camba, 2013).

En las jornadas de Fisioterapia en Atención Primaria realizadas en Extremadura en el 2018, se ponen de manifiesto los **problemas y deficiencias de la especialidad de fisioterapia** en las diferentes comunidades autónomas de España, reclamando el aumento de fisioterapeutas en el ámbito de la AP. Además, el presidente de la Asociación Española de Fisioterapeutas reivindica la importancia de ofrecer el ADF para **mejorar la calidad asistencial** (Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Extremadura, 2018). Por su parte, en el XVI Congreso Nacional de Fisioterapia celebrado en Galicia en el 2019 se propuso la reestructuración del sistema de atención sociosanitaria para que la población pudiera tener ADF, dotando de autonomía profesional al fisioterapeuta de AP, facilitando una **atención más ágil y disminuyendo la presión asistencial** (Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, 2019). Tras la reunión entre la consejería de Sanidad y el presidente del Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, la Xunta de Galicia comunicó, en abril de 2022, que los fisioterapeutas pasarán a formar parte del equipo de gestión integrada a demanda ofreciendo el **servicio sin derivación** por otro profesional. Así pues, **Galicia** resulta una comunidad autónoma pionera en España al ofrecer ADF en AP (Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, 2022).

No sólo el colectivo de fisioterapia pide cambios. El mismo año, el sindicato SATSE pide la derivación directa por parte de medicina especializada en fisioterapia, sin pasar por la medicina rehabilitadora. Lo justifica para agilizar el inicio de los tratamientos y poder ofrecer una atención más rápida y eficiente a través de protocolos consensuados (Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra, 2022b). Por su parte, el decano del Colegio de Fisioterapeutas de Aragón considera un aspecto fundamental de mejora la posibilidad de tener ADF (Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra, 2022a).

La demanda de ADF por parte de SATSE provoca la respuesta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) que, en un comunicado oficial, señala que este servicio puede suponer un gran peligro (Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2022).

El Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad **Madrid** responde a este comunicado, y su decana Aurora Araújo, expone que los responsables de la SERMEF desconocen las **competencias de los fisioterapeutas**, los cuales están capacitados para abordar numerosas enfermedades y lesiones de forma directa, destacando que ante cualquier duda, son los primeros en derivar al paciente al especialista pertinente (Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, 2022). El Colegio de Fisioterapeutas de **Castilla y León** responde también mostrando su decepción y considerando el comunicado un discurso arcaico y que quiere transmitir miedo, además del desprestigio hacia el colectivo de fisioterapeutas. También argumenta que en muchos servicios sanitarios españoles se ha demostrado que el ADF es seguro, eficiente y efectivo, y que reduce el tiempo de espera (Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León, 2022).

El ADF ha sido una intensa reivindicación del Col·legi de Fisioterapeutes de **Catalunya** (CFC). En la comparecencia de su decano, Ramon Aiguadé, en la Comisión de Estudio de la Reconstrucción y la Reactivación Sociales y Económicas (CERSE) del Parlament de Catalunya el 23 de octubre de 2020, en el apartado de conclusiones (Aiguadé, 2020), se solicita permitir el ADF para las **patologías de alta prevalencia y baja complejidad**, así como aumentar el número de plazas de fisioterapia dentro del sistema público de salud (YouTube, 2020). Esta petición quedó recogida, por ejemplo, en el diario *La Vanguardia*, que el mismo día 23 de octubre publicó la noticia: “Fisioterapeutas piden al Parlament 2.000 profesionales más en centros públicos” (*La Vanguardia*, 2020).

Dos años después, el medio digital *ElNacional.cat* recoge la petición de ADF en su publicación “Salud anuncia que todos los CAP tendrán fisioterapeutas en 2023” de octubre de 2022 (*ElNacional.cat*, 2022).

El mismo año se publica la editorial "La hora de la Atención Primaria" en la revista *Fisioterapia*, donde se expresa la necesidad de impulsar la fisioterapia comunitaria como ya hizo el colectivo de enfermería, mediante el aumento del número de fisioterapeutas en los centros de atención primaria, una mayor autonomía y la implementación del ADF. Se indica que, gracias a la **mejora de la formación de base**, el fisioterapeuta está sobradamente capacitado para realizar diagnósticos, detectar banderas rojas o de otro tipo y derivar a otros profesionales, en su caso. También se resalta que el ADF empieza a ser una tímida realidad en el sistema público de algunas regiones españolas como Galicia o Canarias (Aiguadé, 2022).

En diciembre de 2022 se publica un informe referente a las ocho claves sobre los nuevos roles profesionales en la atención primaria, en el que el decano del CFC expresa que haría falta un paso más: el ADF. Propone que la **ciudadanía pueda tener acceso al fisioterapeuta** a través de la aplicación “La Meva Salut” (*www.elcritic.cat*, 2022). Así mismo, el *Diari de Tarragona* publica, en la página 33 de su edición del día 14 de julio de 2023, una entrevista con el decano, Ramon Aiguadé, que lleva por título “La fisioterapia es una profesión sanitaria esencial para mejorar el sistema de salud”, donde también se recoge que es necesario ADF (*Diari de Tarragona*, 2023).

El ADF ha sido más evaluado en el Reino Unido, donde el **Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE)** ha recomendado su práctica, demostrando que se reduce el tiempo de espera, pone a los pacientes en control y mejora los problemas de salud agudos, evitando que se cronifiquen. En el mismo país, un estudio mostró que por cada 1 libra invertida en el servicio había un **retorno de hasta 4 £ en valor social** (aumento de los niveles de actividad física, mejora de la salud física y mental, reducción del dolor y ahorro de dinero y tiempo de desplazamientos) (Walker et al., 2017). Un estudio reciente ha evaluado el ADF en Inglaterra con el objetivo de **descargar a los médicos de familia**, proporcionar estrategias de automanejo de la salud, mejorar la producción laboral y ofrecer un servicio de calidad para pacientes y profesionales; se evaluaron un total de 680 pacientes durante un período de 2 años, y se obtuvieron resultados favorables en cuanto a **reducción de visitas** al médico de familia, automanejo del problema de salud, **mejor salud musculoesquelética, satisfacción del paciente y producción laboral** (menos absentismo) (Stynes et al., 2021).

En **Estados Unidos**, el ADF se aplica de forma regular en algunos estados; de acuerdo con una reciente revisión sistemática que identificó 5 estudios, el modelo resulta coste-efectivo porque reduce el número de visitas a los profesionales y aumenta la capacidad funcional de los pacientes (Tracy J. Bury & Stokes, 2013; Hon et al., 2021). En el caso de los **Países Bajos**, se realizó un estudio en el cual los pacientes con acceso directo recibieron **menos sesiones de fisioterapia** y obtuvieron **mejores resultados clínicos** que los usuarios derivados del médico (Leemrijse et al., 2008). En este país, otro estudio verificó una **tendencia creciente en el uso** del servicio de ADF, pasando del 29 % al 52 % del 2006 al 2009, respectivamente; un mayor **nivel educativo y experiencia previa** con fisioterapeutas fueron factores asociados al uso del servicio (Scheele et al., 2014).

Evidencia sobre el Acceso Directo a Fisioterapia

Durante los últimos 10 años se han publicado, al menos, **5 revisiones sistemáticas de alta calidad** sobre este modelo. En general, todas indican un **nivel de evidencia moderado** sobre el coste-efectividad del ADF para trastornos musculoesqueléticos, y apuntan a la necesidad de más estudios (Ojha et al., 2014; Piscitelli et al., 2018; Anthony Demont et al., 2021; Anthony Demont et al., 2021; Hon et al., 2021; Babatunde et al., 2020).

Una revisión sistemática realizada en 2014 identificó 8 estudios científicos realizados en el Reino Unido, Estados Unidos y los Países Bajos, y concluyó que el ADF **reduce costes y mejora los resultados clínicos** en pacientes con patologías musculoesqueléticas, sin la necesidad de prescribir medicamentos ni pruebas complementarias (Ojha et al., 2014). Más recientemente, en 2018 fue publicada otra revisión que ya incluye 13 estudios y, en la misma línea que la revisión anterior, concluye que el ADF **es factible tanto desde un punto de vista clínico como económico**; específicamente ya existe evidencia sobre la **reducción de los costes** por paciente, **menor número de sesiones** de fisioterapia, **visitas al médico, pruebas complementarias** y realización de **imágenes diagnósticas, medicamentos y atención secundaria**, así como una **mayor satisfacción** con el servicio en comparación con el grupo referido por el médico (Piscitelli et al., 2018). Otra revisión realizada también en el año 2018 sobre los servicios de triaje no médico y de acceso directo para pacientes con dolor musculoesquelético, concluyó que los resultados clínicos son similares a los servicios tradicionales de derivación a través del médico, pero los **socioeconómicos son superiores** (costes generales de atención, uso del sistema sanitario y absentismo laboral). Por tanto, los investigadores de esta revisión indican que los pacientes que buscan servicios de AP para patologías musculoesqueléticas podrían ser **evaluados y tratados adecuadamente por fisioterapeutas a través de servicios de acceso directo** (Babatunde et al., 2020).

La revisión sistemática de mayor calidad y actualidad data del año 2019 y ya identificó 18 estudios; concluyó que el ADF podría proporcionar **mejores resultados en términos de discapacidad, calidad de vida y costes de asistencia sanitaria** en comparación con el modelo de derivación a través del médico de AP, además de conseguir un **mayor acceso a la atención** y un **uso más eficiente de los recursos sanitarios** (Anthony Demont et al., 2021). En el año 2020 se publicó otra revisión que no sólo incluye los servicios de AP sino también los servicios de urgencias y verificó que el modelo proporciona **mejores resultados a nivel de calidad y acceso** a la atención, **manteniendo el nivel de seguridad**; los autores aseguran que **no se trata de sustituir a los médicos** sino de propiciar la **colaboración interprofesional** para favorecer el acceso de los usuarios a una **atención más eficiente**. Proponen que los y las fisioterapeutas representen un primer punto de contacto para los **trastornos musculoesqueléticos de alta prevalencia y baja complejidad** (lumbalgias, cervicalgias, etc.), para **descargar a los médicos de familia**, los cuales podrían centrarse más en las patologías complejas (A. Demont et al., 2020). Después de estas revisiones, aún más recientemente se han publicado nuevos estudios realizados sobre todo en el Reino Unido y Estados Unidos (Bishop et al., 2021).

En la siguiente Tabla se recogen los efectos del ADF sobre distintos parámetros de acuerdo con la evidencia científica actual. En general, la calidad de la evidencia del acceso directo a fisioterapia es moderada para la mayoría de parámetros, mayor en cuanto a la reducción de costes de atención (Anthony Demont et al., 2021).

Tabla: Evidencia actual sobre el acceso directo a fisioterapia para trastornos musculoesqueléticos.

Parámetro general	Parámetro específico	Número de estudios con resultados favorables	Estudio/s con resultados favorables (referencias)
Costes sanitarios y uso de servicios sociosanitarios	Reducción de costes generales de atención	10	(Hackett et al., 1993; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Holdsworth & Webster, 2004; Pendergast et al., 2012; Badke et al., 2014; Denninger et al., 2018; Garrity et al., 2020; Goodwin & Hendrick, 2016; Mallett et al., 2014; Frogner et al., 2018).
	Reducción de prescripción /uso de medicamentos	8	(Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Mitchell & De Lissovoy, 1997; McGill, 2013; Bornhöft et al., 2015; Overman et al., 1988; Gagnon et al., 2021; Frogner et al., 2018).
	Reducción de pruebas complementarias (radiografía, etc.)	7	(Hackett et al., 1993; Badke et al., 2014; Holdsworth et al., 2007; Mitchell & De Lissovoy, 1997; McGill, 2013; Garrity et al., 2020; Frogner et al., 2018).
	Reducción de visitas al fisioterapeuta	6	(Hackett et al., 1993; Pendergast et al., 2012; Leemrijse et al., 2008; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Holdsworth & Webster, 2004; Swinkels et al., 2014).

Costes sanitarios y uso de servicios sociosanitarios	Reducción de visitas al médico de familia, especialistas y/u otros profesionales o servicios (sin contar fisioterapeuta)	10	(Hackett et al., 1993; Holdsworth et al., 2007; Stynes et al., 2021; Gentle et al., 1984; Holdsworth & Webster, 2004; Badke et al., 2014; Garrity et al., 2020; Bornhöft et al., 2015; Gagnon et al., 2021; Frogner et al., 2018).
	Reducción de admisiones hospitalarias	1	(Mitchell & De Lissovoy, 1997).
Adherencia	Aumento de la adherencia a fisioterapia	2	(Holdsworth & Webster, 2004; Mallett et al., 2014).
Rendimiento laboral	Reducción del absentismo, días de baja laboral y/o menor impacto en el rendimiento laboral	6	(Hackett et al., 1993; Pendergast et al., 2012; Leemrijse et al., 2008; Mitchell & De Lissovoy, 1997; Holdsworth & Webster, 2004; Swinkels et al., 2014).
Periodo de espera y recuperación	Menor período de espera hasta inicio de fisioterapia	3	(Gentle et al., 1984; Hackett et al., 1993; Mallett et al., 2014).
	Recuperación más rápida	1	(Gentle et al., 1984).

Resultados clínicos	Mejora en función y/o dolor	4	(Holdsworth & Webster, 2004; Brooks et al., 2008; Nordeman et al., 2006; Gagnon et al., 2021).
	Mejor salud musculoesquelética	1	(Stynes et al., 2021).
	Mejor logro de metas clínicas	2	(Leemrijse et al., 2008; Holdsworth & Webster, 2004).
	Ausencia de daños (efectos adversos)	7	(Moore et al., 2005; Bornhöft et al., 2019; Mintken et al., 2015; Denninger et al., 2018; Goodwin & Hendrick, 2016; Moore et al., 2005; Mintken et al., 2015).
Satisfacción de los pacientes	Aumento de satisfacción de los pacientes	8	(Hackett et al., 1993; Webster et al., 2008; Stynes et al., 2021; Holdsworth & Webster, 2004; Ludvigsson & Enthoven, 2012; Goodwin & Hendrick, 2016; Mallett et al., 2014; Overman et al., 1988).

Barreras para la aplicación del Acceso Directo a Fisioterapia

A pesar de sus beneficios, existen **barreras** para la aplicación del ADF. La mayoría de países europeos tienen **requisitos competenciales suficientes a nivel legislativo y educativo** para implementar este modelo, pero las principales barreras son de tipo **político y de gestión**, incluyendo las visiones de los médicos (T. J. Bury & Stokes, 2013).

De acuerdo con una encuesta realizada en Estados Unidos con casi 6.000 fisioterapeutas, las principales son de tipo **organizativo**, relacionadas con que los propios servicios y supervisores exigen una petición de derivación al fisioterapeuta (Appling et al., 2018). En otro estudio realizado en los Emiratos Árabes Unidos, las principales barreras reportadas por más de 260 fisioterapeutas fueron el **bajo apoyo por parte de los médicos y gestores políticos**, así como las **limitaciones propias de la práctica profesional** de los fisioterapeutas, como la autonomía y la práctica basada en la evidencia (Alnaqbi et al., 2021). En la misma línea, una encuesta realizada en 72 países miembros de la World Physiotherapy identificó el nivel de **apoyo de los médicos**, la **autonomía profesional**, así como aspectos políticos, organizativos y normativos como los principales facilitadores y barreras para la aplicación del modelo (Tracy J. Bury & Stokes, 2013). Por tanto, se ha recomendado fomentar la concienciación profesional y social sobre el acceso directo y cambios de tipo político-organizativo para favorecer este nuevo modelo de atención (Alnaqbi et al., 2021).

Existen algunas **falsas creencias** sobre el ADF. Una es que cuando se ofrece este servicio puede producirse un hipotético aumento de la demanda; sin embargo, de acuerdo con la evidencia, el incremento inicial rápidamente se suaviza gracias a un **buen planeamiento** del servicio y al **menor número de visitas** que necesitan los pacientes inicialmente visitados por el fisioterapeuta (NHS England, 2018) (Department of Health, 2006).

Otra creencia común es pensar que la seguridad del paciente se ve comprometida; hay que considerar que las y los fisioterapeutas completan años de **formación superior reglada** y están adecuadamente preparados para realizar la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos musculoesqueléticos. También han recibido formación para detectar signos y síntomas de alarma que alerten sobre la necesidad de derivar al paciente a un médico especialista (Karen, 2017). Varios estudios han considerado la evaluación de la seguridad del ADF y todos han identificado **ausencia de efectos adversos y de diagnósticos de “red flags”** (signos y síntomas de alarma como déficits neurológicos, cáncer, fracturas, etc.) (Denninger et al., 2018; Goodwin & Hendrick, 2016; Moore et al., 2005). **No se trata de reemplazar al médico de familia**, sino de crear un primer punto de atención en la AP que suponga una nueva solución para los pacientes, profesionales de la salud y el sistema público de salud en general (Karen, 2017).

De acuerdo con un estudio cualitativo realizado en una región de Inglaterra donde el ADF está implementado, este modelo es **bien recibido tanto por los pacientes como por los profesionales** de la salud. Sin embargo, se identificaron tres áreas de mejora: la **comunicación efectiva** entre los profesionales y los usuarios, la **promoción de información** clara sobre el alcance de la fisioterapia y la vía de acceso directo, así como **recursos económicos suficientes** para atender a la demanda (Igwesi-Chidobe et al., 2021). De acuerdo con un estudio de evaluación económica usando un modelo de predicción con 10.000 pacientes en el Reino Unido, la implementación del ADF sería **coste-efectiva y aumentaría la calidad de vida de los usuarios**. El mismo estudio alerta de que sin inversión en fisioterapeutas en AP aumentarían las listas de espera y los costes del sistema público de salud (Yang et al., 2021). Por tanto, los estudios muestran que es **necesaria una inversión inicial para obtener un beneficio socioeconómico posterior** (Yang et al., 2021).

Referencias

- Aiguadé Aiguadé, R. (2020). *Intervenció del degà del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya a la Comissió d'Estudi de la Reconstrucció i la Reactivació Socials i Econòmiques del Parlament de Catalunya*. Manuscrito inédito, Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya.
https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/comunicacio/noticies/20201023_compareixenca-cersepdf.pdf
- Aiguadé Aiguadé, R. (2022). La hora de la Atención Primaria. *Fisioterapia*, 44(4), 199-200. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2022.03.002>
- Alnaqbi, A., Shousha, T., AlKetbi, H., & Hegazy, F. A. (2021). Physiotherapists' perspectives on barriers to implementation of direct access of physiotherapy services in the United Arab Emirates: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(6), e0253155. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0253155>
- Appling, S. A., Ries, E., Leatherman, J. E., & Bellamy, J. (2018). Did you know? Direct Access to Physical Therapist Services. December 2017.
- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PloS One*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0235364>
- Badke, M., Sherry, J., Sherry M., Jindrich, S., Schick, K., Wang, S., Boissonaut, W. (2014) Physical Therapy Direct Patient Access Versus Physician Patient-Referral Episodes of Care: Comparisons of Cost, Resource Utilization & Outcomes. *HPA Resources*, 14(3), 1-13.
<https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19316313&AN=97381433&h=96RzUSHkIVN7oItk101AmMhaN2e4Uw7wYrdFpoiCUQqVlcntcbq00bPw3LnvCH50WzjBPxodLKVufT3WiXw13A%3D%3D&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3Fdirect%3Dtrue%26profile%3Dehost%26scope%3Dsite%26authtype%3Dcrawler%26jrnl%3D19316313%26AN%3D97381433>

- Bishop, A., Chen, Y., Protheroe, J., Ogollah, R. O., Bailey, J., Lewis, M., Jordan, K., & Foster, N. E. (2021). Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. *Physiotherapy*, 111, 48. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2020.04.006>
- Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., & Thorn, J. (2015). 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. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 45–52. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>
- Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 11, 1759720X1982750. <https://doi.org/10.1177/1759720X19827504>
- Brooks, G., Dripchak, S., Vanbeveren, P., & Allaben, S. (2008). Is a prescriptive or an open referral related to physical therapy outcomes in patients with lumbar spine-related problems? *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 38(3), 109–115. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2008.2591>
- Bury, T. J., & Stokes, E. K. (2013). Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, 99(4), 285–291. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2012.12.011>
- Bury, Tracy J., & Stokes, E. K. (2013). A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy*, 93(4), 449–459. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20120060>
- Chartered Society of Physiotherapy (2015). Physiotherapy Works for your community | The Chartered Society of Physiotherapy. CSP. <https://www.csp.org.uk/publications/physiotherapy-works-your-community>

- Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra. (2022a). «La fisioterapia es esencial en Atención Primaria para tratar el dolor crónico». Recuperado de: <https://www.cofn.net/es/la-fisioterapia-es-esencial-en-atencion-primaria-para-tratar-el-dolor-cronico>
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra. (2022b). SATSE pide la derivación directa de pacientes a los fisioterapeutas. Recuperado de: <https://www.cofn.net/es/satse-pide-la-derivacion-directa-de-pacientes-a-los-fisioterapeutas>
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León. (2022). El alarmismo generado por la SERMEF indica el desconocimiento de esta Sociedad sobre las competencias de los fisioterapeutas. Recuperado de: <https://cpfcyl.com/contenidos/1/contenido/788>
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Extremadura. (2018). Fisioterapeutas de toda España se dan cita en Badajoz para reclamar mejoras y consenso en la atención primaria - COFEXT. Recuperado de: <https://cofext.org/fisioterapetas-reclaman-mejoras-atencion-primaria/>
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. (2022). Contra las declaraciones de los médicos rehabilitadores - cfisiomad. Recuperado de: <https://cfisiomad.org/noticias/contra-las-declaraciones-de-los-medicos-rehabilitadores/>
- Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. (2019). Reivindicando o acceso directo e a plena autonomía do fisioterapeuta como profesional sanitario de referencia na atención socio-sanitaria da cronicidade e a dependencia derivadas do progresivo envellecemento da poboación. Recuperado de: <https://www.cofiga.org/ciudadanos/sala-de-prensa/noticias/1052/Reivindicando-o-acceso-directo-e-a-plena-autonomia-do-fisioterapeuta-como-profesional-sanitario-de-referencia-na-atencion-socio-sanitaria-da-cronicidade-e-a-dependencia-derivadas-do-progresivo-envellecemento-da-poboacion>
- Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. (2022). Galicia, comunidade autónoma pioneira en ofrecer á poboación acceso directo a Fisioterapia en Atención Primaria. Recuperado de: <https://www.cofiga.org/ciudadanos/sala-de-prensa/noticias/1340/Galicia-comunidade-autonoma-pioneira-en-ofrecer-a-poboacion-acceso-directo-a-Fisioterapia-en-Atencion-Primaria>

- Dahlerup, J., Toft, U., Schiøtz, M. L., Grew, J., Thrysoe, R., Ottosen, J., & Jakobsen, L. M. (2022). Protocol for a cluster-randomized non-inferiority trial of the effect of direct access to publicly subsidized physiotherapy for adults with musculoskeletal pain. *Contemporary Clinical Trials*, 113, 106648. <https://doi.org/10.1016/J.CCT.2021.106648>
- Dean, E., Al-Obaidi, S., De Andrade, A. D., Gosselink, R., Umerah, G., Al-Abdelwahab, S., Anthony, J., Bhise, A. R., Bruno, S., Butcher, S., Olsén, M. F., Frownfelter, D., Gappmaier, E., Gylfadttir, S., Habibi, M., Hanekom, S., Hasson, S., Jones, A., Lapier, T., ... Wong, A. W. P. (2011). The First Physical Therapy Summit on Global Health: Implications and Recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory and Practice*, 27(8), 531–547. <https://doi.org/10.3109/09593985.2010.544052>
- Demont, A., Quentin, J., & Bourmaud, A. (2020). [Impact of models of care integrating direct access to physiotherapy in primary care and emergency care contexts in patients with musculoskeletal disorders: A narrative review]. *Revue d'épidemiologie et de Sante Publique*, 68(5), 306–313. <https://doi.org/10.1016/J.RESPE.2020.08.001>
- Demont, Anthony, Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2021). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1637–1648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- Denninger, T. R., Cook, C. E., Chapman, C. G., McHenry, T., & Thigpen, C. A. (2018). The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis From a Physical Therapy Patient Registry. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 48(2), 63–71. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2018.7423/ASSET/IMAGES/LARGE/JOSPT-63-FIG001.JPEG>
- Department of Health. (2006). The Musculoskeletal Services Framework A joint responsibility. http://www.susanoliver.com/pdf/MSF_Final.pdf
- *Diari de Tarragona* (2023) 'La fisioteràpia és una professió sanitària essencial per millorar el sistema de salut', 14 de julio, pp. 33–33

- Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Programa d'incorporació de fisioterapeutes per a la promoció del funcionament i la prevenció de la discapacitat a l'atenció primària i comunitària. Barcelona; 2022. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/8736>
- Direct access to physiotherapy: The case of France. (n.d.). Recuperado el 7 de enero, 2022, de https://www.researchgate.net/publication/269414512_Direct_access_to_physiotherapy_The_case_of_France
- Enfedaque B, Garcia O, Gil E, Muñoz C, Ruiz R, Boada Valmaseda A, et al. Pla funcional del Programa d'incorporació de fisioterapeutes a l'atenció primària i comunitària. Barcelona: Direcció General Planificació i Recerca en Salut; 2023
- España, “a años luz” del ratio de fisioterapeuta/pacientes. (2019). Recuperado el 7 de octubre, 2021, de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/espana-a-anos-luz-del-ratio-de-fisioterapeuta-pacientes-que-dicta-la-oms-7350>
- Europe Region WorldPhysio | Physiotherapy in Primary Care. (2018). Recuperado el 7 de octubre, de https://www.erwcpt.eu/physiotherapy_and_practice/physiotherapy_in_primary_care
- Frogner, B. K., Harwood, K., Andrilla, C. H. A., Schwartz, M., & Pines, J. M. (2018). Physical Therapy as the First Point of Care to Treat Low Back Pain: An Instrumental Variables Approach to Estimate Impact on Opioid Prescription, Health Care Utilization, and Costs. *Health Services Research*, 53(6), 4629–4646. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12984>
- Gagnon, R., Perreault, K., Berthelot, S., Matifat, E., Desmeules, F., Achou, B., Laroche, M. C., Van Neste, C., Tremblay, S., Leblond, J., & Hébert, L. J. (2021). Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 28(8), 848–858. <https://doi.org/10.1111/ACEM.14237>

- Garrity, B. M., McDonough, C. M., Ameli, O., Rothendler, J. A., Carey, K. M., Cabral, H. J., Stein, M. D., Saper, R. B., & Kazis, L. E. (2020). Unrestricted Direct Access to Physical Therapist Services Is Associated With Lower Health Care Utilization and Costs in Patients With New-Onset Low Back Pain. *Physical Therapy*, 100(1), 107–115. <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZZ152>
- Gentle, P. H., Herlihy, P. J., & Roxburgh, I. O. (1984). Controlled trial of an open-access physiotherapy service. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 34(264), 371. [/pmc/articles/PMC1959749/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1959749/)
- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. A. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development*, 17(5), 489–502. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>
- Hackett, G. I., Bundred, P., Hutton, J. L., O'Brien, J., & Stanley, I. M. (1993). Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy. *The British Journal of General Practice*, 43(367), 61. [/pmc/articles/PMC1372300/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1372300/)
- Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: Now? - And into the future? *Physiotherapy*, 90(2), 64–72. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2004.01.005>
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 93(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2006.05.005>
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2021). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 101(1). <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAA201>

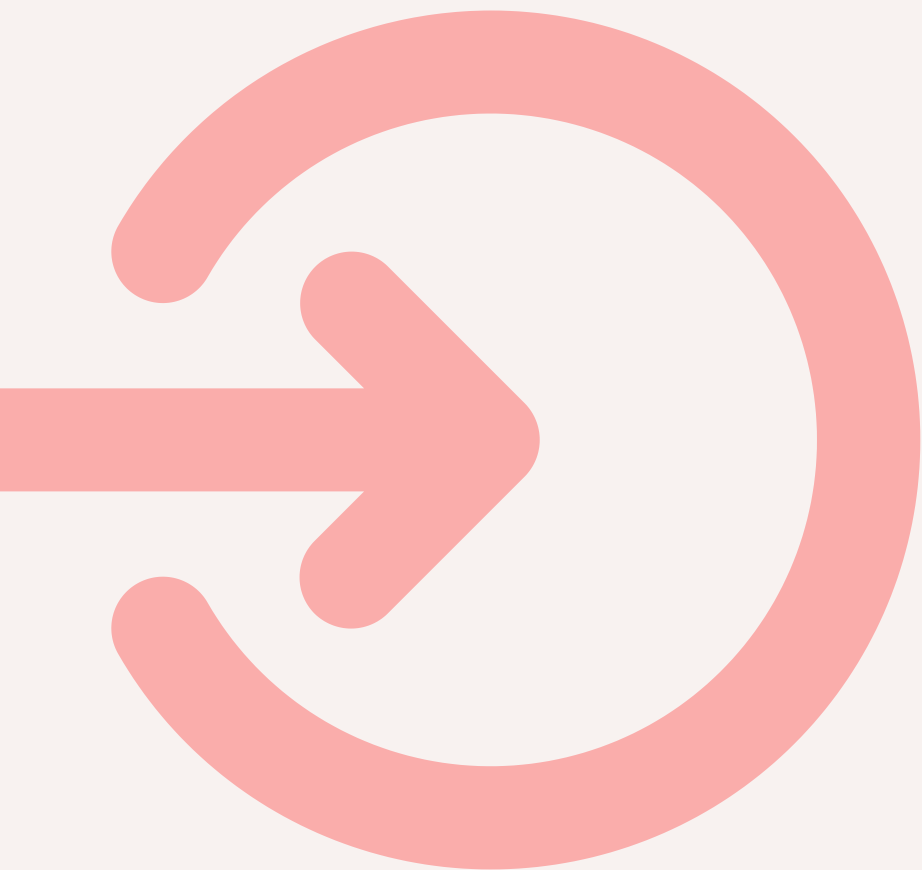
- Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J., & Bartlam, B. (2021). Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 111, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.07.002>
- Informe sobre les Competències de Fisioterapeutes d'AP | Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. (2021). Recuperado el 7 de octubre, 2021, de <https://www.fisioterapeutes.cat/ca/colegiats/comissions/atencio-primaria/documents/competencies>
- Instituto de Información Sanitaria. (2010). ORGANIZACIÓN FUNCIONAL SERVICIOS DE APOYO O PRÓXIMOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA
- Juan García, F. J. (2012). Acceso directo a fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. In *Rehabilitacion* (Vol. 46, Issue 3, pp. 254–255). <https://doi.org/10.1016/j.rh.2012.05.011>
- Karen, M. (2017). Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would benefit GPs too. *British Journal of Sports Medicine*, 51(13), 1041–1041. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2016-H6844REP>
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936–946. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20070308>
- Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, 98(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2011.04.354>
- Mallett, R., Bakker, E., & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, 12(4), 251–260. <https://doi.org/10.1002/MS.1075>

- Martínez-Lentisco, M. (2020). Derivación directa al servicio de fisioterapia en atención primaria: beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación. *Cuestiones de Fisioterapia*, 49(2), 89-98. https://www.researchgate.net/publication/341270881_Derivacion_directa_al_servicio_de_fisioterapia_en_atencion_primaria_beneficios_en_la_demora_Estudio_transversal_tras_siete_anos_de_implementacion
- Maselli, F., Piano, L., Cecchetto, S., Storari, L., Rossettini, G., & Mourad, F. (2022). Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 555. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19010555>
- McGill, T. (2013). Effectiveness of physical therapists serving as primary care musculoskeletal providers as compared to family practice providers in a deployed combat location: a retrospective medical chart review. *Military Medicine*, 178(10), 1115–1120. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00066>
- McMahan, S., O'Donoghue, G., Doody, C., O'Neill, G., Barrett, T., & Cusack, T. (2016). Standing on the Precipice: Evaluating Final-Year Physiotherapy Students' Perspectives of Their Curriculum as Preparation for Primary Health Care Practice. *Physiotherapy Canada*, 68(2), 188. <https://doi.org/10.3138/PTC.2015-11E>
- Middleton, K. (2016). Give patients direct access to physiotherapy. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 352. <https://doi.org/10.1136/BMJ.H6844>
- Mintken, P., Pascoe, S. C., Barsch, A. K., & Cleland, J. (2015). Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. *Undefined*
- Mitchell, J. M., & De Lissovoy, G. (1997). A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*, 77(1), 10–18. <https://doi.org/10.1093/PTJ/77.1.10>

- Moore, J. H., McMillian, D. J., Rosenthal, M. D., & Weishaar, M. D. (2005). Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 35(10), 674–678. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2005.35.10.674>
- NHS England (2018). Musculoskeletal core capabilities framework for first point of contact practitioners. https://www.csp.org.uk/system/files/musculoskeletal_framework2.pdf
- Nordeman, L., Nilsson, B., Möller, M., & Gunnarsson, R. (2006). Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: A prospective randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*, 22(6), 505–511. <https://doi.org/10.1097/01.AJP.0000210696.46250.0D>
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94(1), 14–30. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20130096>
- Overman, S. S., Larson, J. W., Dickstein, D. A., & Rockey, P. H. (1988). Physical therapy care for low back pain. Monitored program of first-contact nonphysician care. *Physical Therapy*, 68(2), 199–207. <https://doi.org/10.1093/PTJ/68.2.199>
- Maya, A.M. (2018). Patologías más frecuentes tratadas en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Centro de Atención Primaria Sant Pere de Reus durante el año 2017 - Scientific Big Data. Recuperado el 18 de octubre, 2021, de <https://www.scientificbigdata.com/article.php?oK9PsDuE9jdKKOOz4WsQjZtgMtoi5SpQAfdT6TVg6oc=>
- Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K., & Duffy, P. A. (2012). A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. *Health Services Research*, 47(2), 633–654. <https://doi.org/10.1111/J.1475-6773.2011.01324.X>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. (2018). Direct access in physical therapy: a systematic review. *La Clinica Terapeutica*, 169(5), e249–e260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>

- Profile of the global profession | World Physiotherapy. (2021). Recuperado el 7 de enero, 2022, de <https://world.physio/membership/profession-profile>
- Ramajó, M. (2022) *Salut anuncia que tots els CAP tindran fisioterapeuta el 2023*, *ElNacional.cat*. Disponible en: https://www.elnacional.cat/ca/salut/salut-anuncia-cap-tindran-fisioterapeuta-2023_903624_102.html (Acceso: 2 de noviembre de 2023)
- Redacción (2020) *Fisioterapeutas piden a Parlament 2.000 profesionales más en centros públicos*, *La Vanguardia*. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20201023/484235621981/fisioterapeutas-piden-a-parlament-2000-profesionales-mas-en-centros-publicos.html> (Acceso: 2 de noviembre de 2023)
- Scheele, J., Vijfvinkel, F., Rigter, M., Swinkels, I. C. S., Bierman-Zeinstra, S. M. A., Koes, B. W., & Luijsterburg, P. A. J. (2014). Direct access to physical therapy for patients with low back pain in the Netherlands: prevalence and predictors. *Physical Therapy*, 94(3), 363–370. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20120330>
- Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. (2022). Comunicado de la Sociedad Española de Rehabilitación exige una rectificación, respeto y más seriedad en cuanto a su petición de derivación directa de los pacientes a fisioterapia. Recuperado de: https://www.sermef.es/wp-content/uploads/2022/12/COMUNICADO_SERMEF.pdf
- Souto Camba, S. (2013). Autonomía profesional y acceso directo en fisioterapia. In *Fisioterapia* (Vol. 35, Issue 3, pp. 89–91). <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.03.001>
- Stynes, S., Jordan, K. P., Hill, J. C., Wynne-Jones, G., Cottrell, E., Foster, N. E., Goodwin, R., & Bishop, A. (2021). Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: patient characteristics and outcomes. *Physiotherapy*, 113, 199–208. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2021.08.002>
- Swinkels, I. C. S., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E., Verheij, R., de Bakker, D. H., & Veenhof, C. (2014). An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Physical Therapy*, 94(12), 1785–1795. <https://doi.org/10.2522/PTJ.20130309>

- Verhagen, E., Engbers, L. (2009). The physical therapist's role in physical activity promotion. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 99–101. <https://doi.org/10.1136/BJSM.2008.053801>
- Vila, J. (2022) *Vuit claus sobre els nous rols professionals a l'atenció primària*, <https://www.elcritic.cat>. Disponible en: <https://www.elcritic.cat/mes/ateneu-critic/vuit-claus-sobre-els-nous-rols-professionals-a-atencio-primaria-152461> (Acceso: 2 de noviembre de 2023)
- Walker, A., Sibley, F., Carter, A., & Hurley, M. (2017). Social return on investment analysis of a physiotherapy-led service for managing osteoarthritis in primary care. *The Lancet*, 389, S98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30494-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30494-4)
- Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2007.11.003>
- Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S2. <https://doi.org/10.1016/J.PAIN.2010.09.030>
- Yang, M., Bishop, A., Sussex, J., Roland, M., Jowett, S., & Wilson, E. C. F. (2021). Economic evaluation of patient direct access to NHS physiotherapy services. *Physiotherapy*, 111, 40–47. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2020.12.005>
- YouTube. (2020). 29 d'octubre. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=wtEe0fA0ets> (Acceso: 2 de noviembre de 2023)



Col·legi de Fisioterapeutes  de Catalunya