



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



CARTAS AL DIRECTOR

Acceso directo a fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia

Direct access occupational physiotherapy and logopedics

Sr. Director:

El acceso directo de los pacientes a fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, es decir, sin necesidad de ser remitido por un médico (ya no digo especialista en medicina física y rehabilitación), se va produciendo de una manera progresiva en varios países en los últimos años. Así, existe en Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos de Norteamérica (muchos estados), Canadá, Reino Unido y Holanda¹. No pretendo hacer una revisión exhaustiva de dicho acceso, pero de ello se desprende que no está uniformemente implantado y que las condiciones de las prestaciones son muy variables.

En nuestro país el acceso es directo en el ámbito estrictamente privado. En la mayoría de las compañías de seguros se precisa que un médico (cualquier especialista o específicamente especialista en rehabilitación) indique la necesidad de dichas técnicas para su cobertura, y en el sistema asistencial público, al menos de una manera generalizada, es el médico especialista en medicina física y rehabilitación la puerta de entrada y salida a dichas áreas. También puede derivar directamente el médico de atención primaria en algunas Comunidades Autónomas. Es decir, son modelos muy diferentes de acceso a dichas áreas de tratamiento.

Por lo tanto, el panorama en nuestro país es muy variable y quizás deberíamos reflexionar al respecto. Cada modelo de acceso, seguro que tiene sus ventajas e inconvenientes. Pero hablando del acceso directo, seguro que encontramos argumentos a favor y en contra.

Las ventajas de la posibilidad de acceder el paciente directamente a dichas áreas serían: acceso más rápido (evitar visitas médicas), incremento de la responsabilidad de los profesionales implicados y disminución de la carga de trabajo de los médicos de atención primaria o de hospitalaria que reciben a estos pacientes. Se han argumentado menor coste asistencial (menos prescripciones) y si los recursos que se disponen son los adecuados no tendría que haber lista de espera.

Los opositores diríamos que estos profesionales no médicos no tienen el adecuado conocimiento diagnóstico y se disminuiría la relación entre el médico y los terapeutas. Finalmente, los proveedores de salud, compañías o sistemas sanitarios públicos, tendrían miedo de que se incrementase la demanda a no existir el control del médico de cabecera o el especialista hospitalario (especialmente el rehabilitador haciendo de filtro o *gatekeeper*).

En nuestro sistema el acceso genera conflictos, sobre todo en los centros hospitalarios, donde habitualmente todo tratamiento debe ser valorado y remitido por el médico especialista en rehabilitación. Se crean discrepancias y eternas luchas al considerarse que cualquier médico podría derivar pacientes a estas áreas, no solo el rehabilitador. De hecho, en casi todos los hospitales, a pesar de tener estos especialistas, son bastantes los pacientes que acceden derivados directamente por traumatólogos, intensivistas o neumólogos. La mayor independencia en la gestión de dichas áreas hace poco práctico el sistema de médico rehabilitador como único «controlador» del proceso terapéutico. En la mayoría de los países en el ámbito hospitalario los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia son centrales (se precisa prescripción facultativa) y el paciente accede, es valorado y tratado de acuerdo a las necesidades y bajo la profesionalidad de cada uno. Finalizado el tratamiento se remite al médico correspondiente y se recomienda su continuidad o reevaluación. En los centros que disponen de especialistas en medicina física y rehabilitación esta actúa como consultor y coordinador de áreas específicas (laboratorios biomecánicos, unidades de neurorrehabilitación, etc.).

El papel que realizamos actualmente, al menos en la sanidad pública, a mi modo de ver, impide el desarrollo del médico rehabilitador en toda su extensión. No puede ser que formemos especialistas en medicina física y rehabilitación con competencias específicas y no dispongamos, en la mayoría de los hospitales, ni del reconocimiento ni de las herramientas para llevar a cabo nuestra función. Función que no es ni mucho menos la de pasante o distribuidor de fichas ni tampoco creo que sea la de controlador de entradas y salidas del área (*gatekeeper*), que hasta podría ser.

Cuando uno se da cuenta de que algo no funciona adecuadamente, tiene que estar dispuesto a rebelarse e intentar arreglar la situación. En cambio, lo que hacemos es una queja eterna (yo el primero) de lo que no «marcha» bien,

cuando lo cierto es que el principal motivo de que algunas cosas no funcionen es la propia incapacidad nuestra (médicos rehabilitadores) de adaptarnos a lo que hemos creado, esa es la verdad.

Los avances significativos suceden de la necesidad de nuevos modos de experiencia. Cuando las necesidades sociales reclamaban un transporte rápido que se pudiese controlar personalmente se cambió el tren por coche. Sirva esta reflexión, personal, para empezar de una vez a explorar nuevos modelos asistenciales, donde el médico especialista en medicina física y rehabilitación tenga el papel que se merezca en función de sus capacidades, al igual que están haciendo nuestros colegas en otros países.

Bibliografía

1. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008;88:936–46.

F.J. Juan García

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

Correo electrónico: francisco.javier.juan.garcia@sergas.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2012.05.011>

Los tipos de estudios que publicamos

The types of studies we publish

Sr. Director:

No cabe la menor duda, de que en nuestra especialidad es bastante difícil la realización de ensayos clínicos de calidad, bien sea por la peculiaridad de la misma, o por la falta de formación en investigación de los especialistas.

Las reflexiones realizadas sobre investigación de prestigiosos editores de revistas biomédicas en nuestro campo y, que fueron publicadas el año pasado¹⁻³, nos dan una clara idea de lo importante que va siendo cada vez en nuestra especialidad la progresiva incorporación de grupos de investigación.

Reflejo de la actividad científica de nuestra Sociedad es la evolución de las presentaciones que se realizan en los

congresos, y que han quedado plasmadas en 2 excelentes revisiones publicadas en nuestra revista. El análisis de lo presentado en el Congreso anual de SERMEF del 2010⁴, y en el de 2011⁵, con las correspondientes reflexiones posteriores en la sección Carta al Director⁶.

Llevamos más de una década concienciados en que debemos cambiar, que debemos formarnos más en investigación⁷⁻⁹. Sin embargo, en un reciente estudio que se publicará realizado por el Dr. Enrique Viosca, como vocal de investigación de la Junta de la SERMEF, son todavía pocos los centros que participan en investigación.

Hemos analizado los tipos de estudios publicados en nuestra revista entre los años 2008-2012, y como podemos apreciar la mayoría son estudios observacionales retrospectivos y sobre todo de incidencia/prevalencia (tabla 1).

La difusión de la actividad científica en forma de publicación es la mejor forma que tienen los investigadores para presentar a sus colegas el proceso y los resultados de sus trabajos. Si queremos ir mejorando la calidad de nuestra investigación es muy importante incrementar la calidad de nuestros estudios publicados.

Tabla 1 Tipo de estudio y número total de artículos publicados en *Rehabilitación (Madr)* en el período 2008-2012

<i>Ensayos clínicos</i>	
Ensayo clínico aleatorizado controlado, simple o doble ciego	6
Ensayo clínico aleatorizado, no controlado	1
<i>Estudios cuasiexperimentales</i>	7
<i>Estudios observacionales analíticos prospectivos</i>	
Casos-contróles	5
Cohortes	1
<i>Estudios observacionales analíticos retrospectivos</i>	
Estudios retrospectivos	15
Cohortes retrospectivas	2
<i>Estudios observacionales descriptivos prospectivos</i>	
Estudios de incidencia/prevalencia	49
Serie de casos	4
<i>Validación de escalas</i>	4
<i>Validación de pruebas</i>	1
<i>Revisiones</i>	2
<i>Estudio observacional de costes</i>	1
<i>Estudio observacional de concordancia</i>	1

Bibliografía

1. Dobkin BH. Clinical research in neurologic rehabilitation for clinicians. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:192–3.
2. Negrini S. Evidence (and research) are the only possible basis of medicine. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:189–91.
3. Grimby G. Importance of research studies in rehabilitation. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:187–8.
4. Santandreu Jiménez ME, Martín del Rosario F. Investigación en SERMEF: reflexiones a partir del 48 Congreso Nacional en Las Palmas. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:1–2.
5. Esclarín de Ruz A. Consideraciones acerca del contenido científico del 49 Congreso de la SERMEF en Toledo. *Rehabilitación (Madr)*. 2012;46:88–9.
6. Echevarría Ruiz de Vargas C, Expósito Tirado JA. El futuro de la investigación en SERMEF. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:180–1.
7. González Viejo MA. Investigación en rehabilitación y medicina física. *Rehabilitación (Madr)*. 1998;32:217–20.
8. Herrera Galante A. ¿Solo buscar evidencias? Cómo generar evidencias. El ensayo clínico en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)*. 2001;35:365–8.
9. García Díaz J, Echevarría Ruiz de Vargas C, Zarco Jiménez Ma. Estudios de investigación: usos, validez y sesgos. *Rehabilitación (Madr)*. 2001;35:369–72.