



ORIGINAL

## Mejora en la eficacia de la intervención entre el fisioterapeuta y el equipo de Atención Primaria

M.M. Martínez-Lentisco<sup>a,\*</sup>, J. Abad-Querol<sup>b</sup>, C. Asensio-García<sup>c</sup>, M. Rodríguez-Pérez<sup>d</sup>  
y P. Escobar-Molero<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud de Níjar, Servicio Andaluz de Salud, Almería, España

<sup>b</sup> Centro de Salud de Huércal de Almería, Servicio Andaluz de Salud, Almería, España

<sup>c</sup> Centro de Salud de Mora de Rubielos, Teruel, España

<sup>d</sup> Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio Andaluz de Salud, Almería, España

<sup>e</sup> Actividad privada, París, Francia

Recibido el 20 de junio de 2011; aceptado el 20 de octubre de 2011

Disponible en Internet el 25 de noviembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Fisioterapia;  
Atención primaria  
de salud;  
Accesibilidad a los  
servicios de salud

### Resumen

**Objetivos:** Con este trabajo pretendemos mejorar la eficacia y coordinación de los mecanismos de derivación entre los médicos de familia y el equipo de fisioterapia de Atención Primaria (AP). Aumentar el número de derivaciones correctas (incluidas en los protocolos) realizadas por estos a fisioterapia y disminuir el número de derivaciones incorrectas. Así como disminuir la demora en la asistencia.

**Material y métodos:** Estudio cuasi-cuantitativo, prospectivo. Muestreo secuencial no aleatorio de 198 pacientes derivados tanto de AP como especializada. Se evaluó tanto la demora (medida en días), como el número de derivaciones correctas e incorrectas (según las guías de intervención) antes y después de la sesión clínica informativa realizada con los médicos de familia de la zona básica del Centro de Salud de Níjar.

**Resultados:** En cuanto al número de derivaciones incorrectas (no cumplen los protocolos especificados en la guía), usando la prueba Chi-cuadrado de Pearson con corrección de Yates obtenemos una  $p = 0,0127$ . Sobre el incremento del número de derivaciones desde AP, usando la prueba Z de comparación de proporciones, con un nivel de confianza del 95% obtenemos una  $p = 0,0015$ . Con respecto al tiempo de demora, utilizamos la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95% y obtenemos una  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Se aumentan las derivaciones directas desde AP y se disminuyen los tiempos de espera del tratamiento de fisioterapia beneficiando así al usuario, por lo que se mejora la integración de la labor del fisioterapeuta dentro del equipo de AP.

© 2011 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [mlentisco@hotmail.com](mailto:mlentisco@hotmail.com), [marlentisco@gmail.com](mailto:marlentisco@gmail.com) (M.M. Martínez-Lentisco).

**KEYWORDS**

Physiotherapy;  
Primary health care;  
Health services  
accessibility

**Improving the efficacy of the intervention between the physiotherapist and primary care team****Abstract**

**Objectives:** With this work, we are aiming to improve the efficacy and coordination of referral mechanisms between primary care physicians and the primary care physiotherapy team, to increase the number of correct referrals (including in the protocols) performed by former to physiotherapy and to reduce the incorrect referrals as well as to reduce waiting times for treatment.

**Material and methods:** A quasi-quantitative, prospective study was performed using a non-randomized, sequential sample of 198 patients referred by primary and specialized care. Delay (measured in days) and number of correct and incorrect referrals (guideline-based intervention) before and after the clinical session carried out by the primary care physicians of the Basic health care area of Níjar were evaluated.

**Results:** In regards to number of incorrect referrals (those not fulfilling the specified protocols in the guideline),  $P=0.0127$  was obtained when using the Chi-square test with Yates correction Pearson. In regards to the number of referrals from primary care, a  $P=0.0015$  was obtained when using the Z test for comparison of proportions, with a 95% confidence level. For delay time, the using the Student's T test with a confidence level of 95%, a  $P<0.001$  was obtained.

**Conclusions:** Direct referrals from primary care are increasing and waiting times for physiotherapy treatment are decreasing, with improved integration of the work of the physiotherapist within the Primary Care Team, thus benefiting the user.

© 2011 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Como consecuencia del plan de apoyo a la familias andaluzas<sup>1-3</sup>, se dispone en Andalucía del desarrollo de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación creando una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación para mejorar la accesibilidad de los pacientes que la necesitan de estos servicios.

Del mismo modo y para conseguir el buen uso y funcionamiento de estas unidades, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) ha realizado guías de procedimientos con objeto de delimitar el ámbito de actuación y definir los circuitos de derivación que permitan garantizar la máxima accesibilidad a todas las personas, estas guías suponen la mejora de la continuidad asistencial de los pacientes facilitando la interrelación cooperativa entre los médicos de familia, los fisioterapeutas de los dispositivos de apoyo y los médicos especialistas en medicina física y en rehabilitación<sup>4,5</sup>.

Dentro de los objetivos fundamentales de la creación de estos servicios dentro del SSPA queremos destacar la posibilidad de actuación y de información coordinada y fluida entre los profesionales que intervienen en el proceso. Con respecto al médico de familia, destaca la posibilidad de enviar directamente al paciente afecto a la realización de tratamiento fisioterápico.

En general, los profesionales consideran bastante o muy útiles las salas de fisioterapia ubicadas en los Centros de Salud como dispositivos de apoyo, con el objetivo de descentralizar y acercar la rehabilitación al usuario<sup>6</sup>. En gran número de ocasiones, la falta de cumplimiento de los criterios de derivación se debe al desconocimiento del protocolo por parte de los profesionales implicados, a la lista de espera

y a la falta de coordinación o de protocolos de derivación. Por lo que consideramos que será importante intentar solucionar las carencias y los fallos detectados<sup>7</sup>.

Esto concuerda con otros estudios sobre el tema, donde se destaca la necesidad de relación asistencial directa entre médicos de Atención Primaria (AP) y fisioterapeutas<sup>8-10</sup>.

Del mismo modo, el médico de familia es el profesional más cercano al paciente, con conocimientos técnicos y capacidad para activar los recursos disponibles, por lo que desempeña un papel fundamental en los equipos básicos de Atención Primaria (EBAP), a la hora de favorecer la actuación del fisioterapeuta<sup>11</sup>. Además, observamos que gran parte de los casos derivados desde atención especializada cumplen los criterios suficientes para ser derivados directamente a fisioterapia, como comprobamos al evaluar al paciente por primera vez en el servicio de Fisioterapia. Y de hecho representan el desorden musculoesquelético más frecuentemente atendido en este nivel asistencial, al tratarse de cervicalgias y lumbalgias<sup>12</sup>.

También comprobamos la excesiva presión asistencial, entendida como número de pacientes por profesional y día<sup>13</sup>, que sufren las salas de fisioterapia de AP<sup>14</sup>.

Debemos considerar que la ratio de habitantes por fisioterapeuta y el número de días hasta el inicio del tratamiento de los pacientes preferentes son posibles factores de riesgo para la demora en el inicio<sup>15</sup>, con lo perjudicial de esta demora para el proceso evolutivo patológico normal. Puesto que, cuando son atendidos por el fisioterapeuta su sintomatología ha cambiado, su patrón funcional también y en ocasiones, tal y como comentan los pacientes, han tenido que recurrir al sistema sanitario por el mismo proceso para ser evaluados por el servicio de Urgencias, por otros especialistas o para realizar nuevas pruebas diagnósticas.

Suponiendo estas demandas, un aumento en el gasto asistencial por un mismo proceso. Por todo esto, será necesario mejorar la calidad percibida por el usuario, ya que la evaluación de la atención sanitaria por parte del paciente es un tema cada vez más en auge, en este caso intentamos actuar sobre la insatisfacción en los tiempos de espera<sup>7,16</sup>.

Para adaptarnos al nuevo modelo de gestión por procesos asistenciales integrados<sup>17</sup>, y para llevar a cabo actividades relacionadas con la promoción de la salud y la formación tendremos que planificar adecuadamente los recursos<sup>18</sup>.

En este marco, los objetivos de nuestro trabajo son:

Mejorar los mecanismos de derivación entre médicos de familia y equipo de fisioterapia en AP, de la zona básica de salud de Níjar. Detallar a los médicos las pautas y criterios de derivación directa desde AP para así conseguir aumentar el número de derivaciones directas de éstos a fisioterapia y acercar la asistencia lo más posible al usuario, siempre que cumplan los criterios. Intentamos así disminuir la asistencia a atención especializada para un mismo proceso patológico y reducir la duplicidad de recursos, agilizando la intervención con estos pacientes para conseguir que la atención desde AP sea de mayor calidad.

Disminuir las derivaciones incorrectas, que no cumplen lo recogido en las guías de intervención ni los criterios de inclusión necesarios, intentando evitar con ello el desagrado e irritación por parte del usuario y la demora innecesaria para lograr resolver su problema.

Agilizar el proceso asistencial de los pacientes derivados desde AP, disminuyendo los tiempos de espera y valorando el fisioterapeuta, lo antes posible al paciente para incluirlo, si procede, en el programa de tratamiento que sea necesario.

## Material y método

Estudio efectuado a pacientes derivados a fisioterapia en AP en la UGC de Níjar, Almería, Servicio Andaluz de Salud. Muestra recogida mediante muestreo secuencial no aleatorio durante el período comprendido entre mayo de 2010 y abril de 2011, ambos inclusive. Consideramos el período desde mayo a octubre 2010 el que corresponde a antes de la intervención y el período desde noviembre de 2010 a abril de 2011 el que corresponde a después de la intervención y que consiste en una sesión clínica informativa con los médicos de familia de la zona básica de salud, donde nos consta, mediante listado, que acuden todos los profesionales implicados. Se completa con un folleto informativo a modo de resumen, que se les envía a cada uno de los médicos de familia, para intentar mejorar el conocimiento entre ambos grupos profesionales y mejorar la eficiencia al evitar que se interpongan profesionales ajenos a la AP<sup>8</sup>.

En esta sesión clínica se incluyen aclaraciones sobre los protocolos susceptibles de derivación desde AP, según las guías de intervención realizadas para ello, los criterios de inclusión y exclusión que hay que tener en cuenta y se les informa del tipo de tratamiento que seguirán los pacientes, así como del modo correcto de derivarlos. En este ámbito se impone un cambio en el sistema, que supone planificar y organizar los tiempos de trabajo de forma eficaz adecuándose a las necesidades asistenciales<sup>19</sup>. De este modo, manteniendo los datos de filiación y personales necesarios para la correcta derivación del paciente, se reserva en la

**Tabla 1** Número de derivaciones a la sala de fisioterapia

	Grupo A <sup>a</sup>	Grupo B <sup>b</sup>
Número de derivaciones correctas desde AP en ese período	23	46
Total de derivaciones a sala de fisioterapia en ese período	98	100
Proporción	23,46	46

<sup>a</sup> Grupo antes de la intervención. Pacientes derivados desde mayo de 2010 a octubre de 2010.

<sup>b</sup> Grupo después de la intervención. Pacientes derivados desde noviembre de 2010 a abril de 2011.

agenda de fisioterapia, 4 citas diarias para derivaciones directas desde AP, que se pueden ocupar directamente desde el mostrador de atención al usuario. En estas primeras citas se realiza una valoración en fisioterapia de manera personal y pormenorizada que sirve tanto para crear la historia clínica en fisioterapia<sup>20</sup> como para reflejar los objetivos que se pretenden con el tratamiento, así como para formar a los pacientes en el manejo de su problema. También se ponen en marcha tratamientos grupales con los pacientes que sufren las afecciones, que según la guía, deben ser atendidas en grupos. Se realizan con un enfoque educacional, para ayudar a modificar sus hábitos y no quedar meramente reducidas a una sesión formativa<sup>21</sup>. Otro objetivo de estos tratamientos grupales, es poder incluir a los pacientes sin demora dentro del grupo correspondiente, es decir sin esperar a la creación de nuevos grupos para comenzar el tratamiento.

Realizamos un registro de las derivaciones a la sala de fisioterapia en los dos períodos, tanto desde AP como desde especializada (tabla 1), para conocer la proporción de pacientes, que suponen las derivaciones desde AP con respecto al total de derivaciones, siendo el total la suma tanto de derivaciones de primaria como de especializada. Contabilizamos tanto las derivaciones correctas y por patología desde AP como las incorrectas (porque no cumplen con los criterios recogidos en las guías) (tabla 2). Reflejamos también, del total de derivaciones desde AP el número de pacientes incorrectamente derivados (tabla 3), para poder comparar los pacientes erróneamente derivados antes y después de la sesión clínica.

Para detallar los tiempos de demora en el inicio del tratamiento de fisioterapia, contamos de cada paciente los días de espera, en ambos períodos, desde que es derivado al servicio, hasta que es atendido y valorado por el mismo (tabla 4).

Analizamos los datos recogidos del siguiente modo:

Comparamos si han aumentado los pacientes derivados desde AP, antes y después de la intervención con los profesionales mediante la prueba Z de comparación de dos proporciones.

Comparamos los tiempos de espera de los pacientes de AP, antes y después de poner en funcionamiento la modificación en la forma de derivación directa desde AP, mediante la prueba t de Student.

Comprobamos si ha disminuido el número de derivaciones incorrectas realizadas por parte de AP, tras la intervención, mediante la prueba Chi-cuadrado usando la corrección de Yates.

**Tabla 2** Derivaciones a sala de fisioterapia desde Atención Primaria

	Cervicalgia	Lumbalgia	Epicondilitis	Afección del hombro	Esguince de tobillo	Derivaciones que no corresponden <sup>a</sup>
Derivaciones de mayo a octubre 2010	8	9	2	3	1	13
Derivaciones de noviembre 2010 a abril 2011	17	10	5	7	7	6

<sup>a</sup> Por no cumplir los criterios de inclusión-exclusión reflejados en las guías.

**Tabla 3** Derivaciones correctas e incorrectas desde Atención Primaria antes y después de la sesión clínica informativa

	DC <sup>a</sup>	DI <sup>b</sup>	Total
Grupo A	23	63,89	13
Grupo B	46	88,46	6
Total	69	78,41	19
			36,11
			52
			88
			100

Expresada a la izquierda en frecuencias observadas y a la derecha en porcentajes.

<sup>a</sup> Derivaciones correctas.

<sup>b</sup> Derivaciones incorrectas.

Todos ellos con un intervalo de confianza del 95%.

Se trata pues de un estudio cuasi-experimental del tipo antes y después.

## Resultados

Para comprobar si las derivaciones a sala de fisioterapia han aumentado de manera significativa, usamos el número de derivaciones a la sala de fisioterapia desde AP ([tabla 1](#)). Observamos que el número de derivaciones realizado por los médicos de familia a nuestro servicio en el primer período supone un 23,46% del total de derivaciones (primaria y especializada) a fisioterapia y en el segundo período es de un 46%. Utilizamos la prueba Z de comparación de proporciones. Con un nivel de confianza del 95% y obtenemos un valor de  $p = 0,0015$ . Estos resultados nos demuestran que han aumentado las derivaciones desde AP de manera muy significativa con respecto al período anterior.

Usamos la [tabla 3](#), para comprobar si ha variado el número de derivaciones correctas/incorrectas, desde AP y tras la intervención. Usaremos la prueba Chi-cuadrado de Pearson, con corrección de Yates. Obteniendo como resultado un valor de  $p = 0,0127$ . Esto nos indica que han disminuido significativamente las derivaciones realizadas de manera incorrecta, es decir, que no cumplen los criterios de inclusión necesarios para ser derivados directamente. Los tiempos de demora de los pacientes ([tabla 4](#)) antes

de la intervención, son de 287 días de media (según las fechas recogidas en su ficha de derivación a fisioterapia y la fecha de comienzo del tratamiento). Tras los cambios en la planificación los días de media de espera son de 3,21. Comparamos si tras la intervención y las modificaciones organizativas de la sala de fisioterapia han disminuido significativamente estos tiempos de espera, para lo que utilizamos la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95% y donde  $p < 0,001$ . Esto nos demuestra que el tiempo de demora (expresado en días desde que es derivado hasta que es atendido por el servicio de Fisioterapia) de los pacientes derivados desde AP antes y después de los cambios organizativos ha disminuido muy significativamente,

## Conclusiones y discusión

Con este tipo de modificación en la intervención, hemos conseguido los objetivos planteados al principio, tanto en el aumento del número de derivaciones correctas desde AP, como en la disminución de los tiempos de espera y de las derivaciones incorrectas. Estos objetivos se propusieron por la carencia observada en la práctica del desempeño profesional, que nos llevó a introducir una transformación y cambio organizativo para mejorar la coordinación entre médicos y fisioterapeutas de AP. La reducción en el tiempo de demora resultó beneficiosa para los pacientes al no tener que sufrir largas esperas, evitando así complicaciones en su sintomatología y la duplicidad en el uso de los recursos por el mismo proceso mientras son llamados a tratamiento de fisioterapia. El hecho de que disminuyan significativamente las derivaciones realizadas de manera incorrecta, evita el malestar del paciente y el uso innecesario de los recursos.

Queremos reseñar, que aunque no se refleja con datos, pues no es una muestra lo suficientemente amplia. Siempre son los mismos médicos de AP los que derivan a los pacientes a fisioterapia y los que aumentan sus derivaciones. Por lo que conseguimos, como hemos demostrado, que usen más eficazmente el recurso (fisioterapia en AP) y que cometan menos errores en las derivaciones, pero no se consigue que los profesionales que no usaban el recurso empiecen a usarlo, no sabemos si es por falta de interés o por que su grupo poblacional no es susceptible de tratamiento de fisioterapia.

También conseguimos que se amplié el número de afeciones por las que se deriva al paciente, ya que muchos de los médicos no conocían la posibilidad de derivar, por ejemplo, a pacientes con un esguince de tobillo. Siendo la intervención, al aumentar la cartera de servicios, más completa dentro del nivel asistencial de AP.

**Tabla 4** Tiempo de demora en la intervención en fisioterapia de los pacientes derivados desde Atención Primaria

	Grupo A	Grupo B
Media de días de espera	287,348	3,217
Desviación estándar	77,774	2,20
Tamaño de la muestra	23	46

Con estos resultados comprobamos que, puesto que el fisioterapeuta es el responsable de la organización asistencial<sup>19</sup> y asume responsabilidades directas<sup>22</sup>, será de él de quien debe partir el principio del cambio requerido, tanto por la necesidad de integrar la labor del fisioterapeuta dentro del equipo de AP<sup>23</sup>, como para modificar la planificación de su intervención, incluyendo actividades encaminadas tanto a la recuperación funcional como a la prevención, promoción, formación, etc. tal y como se recomienda en la guía de procedimientos<sup>4,5,23</sup>. Queremos destacar, que es importante estar dispuesto a modificaciones en cuanto a la planificación laboral, pues aunque supone un cambio, y estos son siempre difíciles de asumir, tanto por el usuario como por el profesional, lo que se pretende con ellos, es conseguir mejorar carencias detectadas.

La gran presión asistencial que sufren los fisioterapeutas puede llegar a disminuir su motivación y a agotar al profesional<sup>24</sup>. Por eso también es importante para los profesionales, no solo para el usuario, la introducción de modificaciones que favorezcan su desempeño.

Entendemos que esto es solo una muestra, con un grupo de profesionales y en una zona poblacional determinada, pero podría servir de incentivo para intentar llevarla a cabo en otras zonas con equipo de fisioterapia en AP para comprobar si los resultados son similares y si así fuera poder implantarlo dentro del sistema organizativo.

También podría resultar interesante valorar la satisfacción del usuario con este tipo de intervención y compararlo con otras organizaciones.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Decreto 137/2002 de 30 de abril sobre el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2002; 52:7127-34.
2. Decreto 7/2004 de 20 de enero de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2004; 15:1895-6.
3. Orden de 9 de marzo de 2004 por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero y 7/2004 de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2004;56:7043-7050.
4. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. Patología del aparato locomotor. Servicio Andaluz de Salud. 2005.
5. Alcalde Pérez A, Cabrera Castillo MJ, De Orta Santiago J, Gálvez Chica R, Hidalgo Maroto M, Luna Cabrera F, et al. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria: Guía de procedimientos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2003.
6. Varas Fabra F, Heredia Torres A, Román Ramos P, Rodríguez Pérez MD, Péruela de Torres LA, Mayordomo Riera F. Relación entre atención primaria y un servicio de rehabilitación. Opinión de los médicos de los centros de salud. Rehabilitación. 2003;37:195-200.
7. Abril E, Gómez Conesa A, Gutiérrez Santos M. Evaluación y mejora del protocolo de atención al paciente con afección lumbar en una unidad de fisioterapia de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2008;23:109-13.
8. Pérez Fernández MR, Gómez Mosquera MD, Pascual García P, Arias Gómez MJ, Abelleira Ramos S. Conocimiento de la unidad de fisioterapia por parte de los médicos de un servicio de atención primaria rural. Cad Atención Primaria. 2007;14:91-3.
9. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. Aten Primaria. 2000;26:74-5.
10. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria. 1997;20:25-33.
11. Martín Sánchez M, Mesa Ruiz AM, Romero Pérez MC, Barroso García P, Peinado Nieva MJ. Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería. Med Fam Andal. 2008;9:99-109.
12. Gómez Conesa A, Abril Belchí E. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en atención primaria de salud. Fisioterapia. 2006;28:162-71.
13. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia: Libro blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
14. Barra López M. Fisioterapia en atención primaria. Estudio analítico de las cargas de trabajo. Fisioterapia. 2003;25:159-69.
15. Mesa Ruiz AM, López Liria R, Garrido Fernández P, Rocamora Pérez P, Fernández Sánchez M, Pérez de la Cruz S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de Andalucía. Fisioterapia. 2010;32:103-10.
16. Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Escolar Reina P, Montilla Herrador J, Hernández Cascales N, Hidalgo García MC. Calidad percibida en la fisioterapia de atención primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. Rev Iberoam de Fisioterapia y Kinesiología. 2008;11: 68-80.
17. Consejería de Salud. Calidad asistencial y gestión por procesos. Estrategias para la sanidad andaluza. En: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Consejería de Salud; 2001. p. 121-78.
18. Rodrigo I, Nuñez MA, Gabilondo L, Ayerdi K, Apezteguía J, Gimeno A, et al. Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Foral de Navarra. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:177-88.
19. Romero Pérez MC, Mesa Ruiz AM, Martínez Sánchez MI, Barroso García P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de atención primaria. Fisioterapia. 2008;30:273-8.
20. Sáiz JR. Abordaje fisioterápico de la esclerosis múltiple en atención primaria. Fisioterapia. 2001;23:53-9.
21. Miralles I. Prevención del dolor lumbar: efectividad de la escuela de columna. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:14-21.
22. Alfaro Latorre M. El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario. Rev Adm Sanit. 2005;3:15-27.
23. Escobar Sanz E, Jiménez Barcones ML, Manglano Cerrato L, Valiente Siguero C. La fisioterapia en el marco de atención primaria. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. 2002;4:10-5.
24. Sanso Soberats FJ, Fernández Pérez A, Larrinaga Hierrezuelo M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15:605-12.