



## ORIGINAL

# La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia

P. Frau Escales<sup>a,\*</sup>, J. Moret Vilar<sup>a</sup> y C. Igual Camacho<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Fisioterapeuta, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Universitat de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Departamento de Fisioterapia, Escuela Universitaria de Fisioterapia, Universitat de Valencia, Valencia, España

Recibido el 10 de noviembre de 2010; aceptado el 6 de junio de 2011

Disponible en Internet el 20 de julio de 2011

### PALABRAS CLAVE

Fisioterapia;  
Atención primaria;  
Promoción de la salud

### Resumen

**Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es conocer el estado de la fisioterapia en atención primaria (AP) en la ciudad de Valencia respecto a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la implantación del trabajo en equipo, el nivel de actividad investigadora y los recursos materiales y humanos.

**Material y métodos:** Se plantea un estudio observacional descriptivo, con la toma de información directa a través de un cuestionario estructurado de respuestas cerradas en el que se plantean distintas cuestiones, a las que deben responder los fisioterapeutas que desarrollan su labor profesional en centros de salud (CS). La muestra está formada por todas las unidades básicas de rehabilitación (UBR) de la ciudad de Valencia.

**Resultados:** El 73,3% de los encuestados manifestaron no emplear habitualmente sistemas de trabajo en equipo. Asimismo, el 86,6% de los fisioterapeutas contestaron que los responsables de los CS no promueven tales sistemas. Respecto a la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el 46,7% de los encuestados afirmó que regularmente realizaba tales actividades. En cuanto a la actividad investigadora, el 80% manifestó no realizar investigación en su CS.

**Conclusiones:** A tenor de los resultados del estudio, se pone de manifiesto, en las UBR de la ciudad de Valencia, la escasez de actividades realizadas mediante sistemas de trabajo en equipo. Asimismo se puede concluir que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son más bien escasas en AP, mientras que la investigación es prácticamente inexistente.

© 2010 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pefraues@gmail.com](mailto:pefraues@gmail.com) (P. Frau Escales).

**KEYWORDS**

Physiotherapy;  
Primary care;  
Health promotion

**Physiotherapy in primary health care: a study in the city of Valencia****Abstract**

*Objective:* This paper has aimed to evaluate the status of the physiotherapy in Primary Care (PC) in the city of Valencia in relation to promotion of health and disease prevention, establishing teamwork, research activity level as well as human and material resources.

*Material and methods:* An observational and descriptive study was proposed, obtaining direct information using a structured questionnaire with closed items in which different questions were proposed. These questions were to be answered by the physiotherapists who develop their professional work in Health Centers (HC). The sample is made up of all the Basic Units of Rehabilitation (BRU) of the City of Valencia.

*Results:* A total of 73.3% of those surveyed stated that they do not usually use teamwork systems. Furthermore, 86.6% of physiotherapists replied that such systems were not promoted by the HC responsible persons. Regarding health promotion and disease prevention activities, 46.7% of those surveyed stated that they regularly carried out those activities. Regarding research activity, 80% stated that they did conduct any research in their HC.

*Conclusions:* In accordance with the data results, this study highlights the lack of activities carried out through team working systems in the BRU in the city of Valencia. It can also be concluded that health promotion and disease prevention activities are rather limited in PC, while research is virtually non-existent.

© 2010 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), celebrada en Alma-Ata en 1978, define el concepto de atención primaria (AP) como «la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación<sup>1,2</sup>. La AP debe estar orientada a los principales problemas sanitarios y ha de prestar servicios preventivos, curativos, rehabilitadores y de fomento de la salud<sup>3</sup>; asimismo pretende conseguir la máxima accesibilidad a los servicios que presta, y para ello se considera necesaria la participación de los individuos a través de la educación, para conseguir individuos y comunidades capaces de enfrentarse de manera adecuada a sus problemas de salud<sup>4</sup>. A partir de estas consideraciones, el conjunto de profesionales sanitarios, clase política y entramado social de las distintas naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios a través de las correspondientes reformas legales<sup>1</sup>.

**Desarrollo legal de la fisioterapia en atención primaria**

La integración de los fisioterapeutas en los equipos de atención primaria (EAP) la encontramos, por un lado, en una resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se crea la figura del fisioterapeuta de área en atención primaria<sup>5</sup>, y por otro, en la circular 4/91, de 25 de

febrero, publicada por la Subdirección General de Gestión de Atención Primaria, que ordena las actividades del fisioterapeuta de área de atención primaria<sup>6,7</sup>. Un paso importante para el asentamiento de la fisioterapia dentro del nivel de AP lo constituyó la inclusión de los denominados «tratamientos fisioterapéuticos básicos» dentro del conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>8</sup>. Por último, el Real Decreto 1030/2006 en el apartado de «Rehabilitación básica» incluye la prevención y el tratamiento de trastornos músculo-esqueléticos y neurológicos, la fisioterapia respiratoria y la orientación del paciente o cuidador, entre los servicios que, en AP, presta el SNS<sup>9</sup>.

En el ámbito autonómico, en un primer intento se reguló la AP a través del Decreto 42/1986, en el que esta se definía como «esencialmente preventiva y educativa»; sin embargo, no aparecía la figura del fisioterapeuta como profesional sanitario integrante del EAP<sup>10</sup>. Posteriormente, en 1991, se estableció el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, por el cual se regulaban las funciones de los fisioterapeutas. Entre estas se encontraban las de «realizar la prevención y la promoción de la salud, tanto individual como en grupo»<sup>11</sup>. Por último, a través del Decreto 74/2007 se crean las unidades de apoyo<sup>12</sup> como equipos interdisciplinarios que actúan en la «zona básica de salud» y en las cuales se integran las unidades básicas de rehabilitación» (UBR), donde se incorporan los fisioterapeutas como profesionales sanitarios<sup>13</sup>.

**Objetivos**

El objetivo del presente trabajo es conocer el estado de la fisioterapia en AP en la ciudad de Valencia, en lo referente a la realización de actividades de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad, la implantación del trabajo en equipo y el fomento del mismo, el nivel de actividad investigadora y los recursos materiales y humanos disponibles en cada centro de salud<sup>14</sup> (CS). Asimismo, se pretende conocer la importancia que los fisioterapeutas atribuyen a algunos de los aspectos mencionados.

## Material y métodos

Se plantea un estudio observacional descriptivo con la toma de información directa a través de un cuestionario estructurado de respuestas cerradas, elaborado por los autores, en el que se plantean las cuestiones que deben responder los fisioterapeutas que desarrollan su labor profesional en los distintos CS seleccionados (tabla 1). Los CS se han seleccionado por disponer de unidades básicas de rehabilitación y estar ubicados en la ciudad de Valencia. No se aplica muestreo, ya que la muestra la forman todas las UBR de la ciudad de Valencia. Dichos centros pertenecen a los Departamentos de Salud Valencia-Clinico-Malvarrosa, Valencia-La Fe y Valencia-Dr. Peset. En total, se han estudiado 15 UBR. Para llevar a cabo las entrevistas, se concertó telefónicamente una cita previa con los fisioterapeutas de cada uno de los CS. No hubo ninguna negativa a participar en el estudio. En los CS en los que trabajaba más de un fisioterapeuta solo se entrevistó a uno de ellos, en concreto al de mayor antigüedad en el puesto, ya que por su mayor experiencia podía aportar más adecuadamente la información requerida. Entre diciembre de 2009 y enero de 2010 se realizaron las entrevistas, en las cuales estaban presentes los autores para aportar, en caso necesario, las aclaraciones pertinentes. La lista de los distintos recursos materiales, cuya disponibilidad se ha comprobado en cada CS, se ha obtenido de lo considerado por el Plan de Rehabilitación de la Comunidad Valenciana (PRCV) como «catálogo base», teniendo en cuenta que las técnicas utilizadas en las UBR son numerosas y variadas y, por tanto requieren de unos recursos apropiados.

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con el *software* SPSS 15.0 para Windows (Chicago, Illinois, EE.UU.). Únicamente se han utilizado técnicas de estadística descriptiva para resumir los datos obtenidos.

## Resultados

En total contestaron al cuestionario 15 fisioterapeutas que desarrollan su labor profesional en los distintos CS. La edad media  $\pm$  desviación estándar de los mismos es de  $46,3 \pm 10,8$  años (rango 22-63). La antigüedad media en el puesto, en meses, es de  $102 \pm 139,5$  (rango 1-420). Dos tercios de los fisioterapeutas encuestados son mujeres y el 80% es personal estatutario, siendo el resto personal eventual.

Los recursos humanos (tabla 1) indican la relación entre la población asignada a las ZBS y los profesionales (fisioterapeutas y auxiliares) que desarrollan su labor en los distintos CS que forman la muestra.

## Trabajo en equipo

Respecto al desarrollo y la promoción de actividades mediante fórmulas de trabajo en equipo, se plantearon varias cuestiones. En primer lugar, se preguntó sobre la

importancia que el profesional sanitario atribuye al trabajo en equipo. La totalidad de los fisioterapeutas consideraron importante el desarrollo de su labor profesional mediante fórmulas de trabajo en equipo; así, el 73,3% le atribuyó «mucha importancia», mientras que el 26,7% eligió la opción «bastante importancia». En segundo lugar, se preguntó por la frecuencia con la que desarrollan su labor mediante sistemas de trabajo en equipo. En este sentido, el 73,3% de los encuestados manifestaron no emplear, frecuentemente, tales sistemas. La opción «raras veces» la eligió el 53%, mientras que «nunca» fue la elección del 20% de los fisioterapeutas; únicamente un 6,7% declaró utilizar el trabajo en equipo «siempre». Por último, se interrogó acerca de la promoción del trabajo en equipo por parte de los responsables de los CS. El 53% de los fisioterapeutas contestó que los responsables de los CS promueven «poco» el trabajo en equipo, mientras que el 33,3% manifestó que no lo hacían en ningún caso.

## Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Considerando la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el 46,7% de los fisioterapeutas encuestados manifestó que «regularmente» realizaba tales actividades, mientras que el 20% lo hacía «en ocasiones», otro 20% «casi nunca» y el 13,3% restante no lo hacía «nunca». En cuanto a la importancia relacionada con tales actividades, el total de los encuestados atribuyó «mucha importancia», opción elegida por un 66,7%, y «bastante importancia», elegida por un 33,3%, a la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como parte de su cometido profesional.

## Actividad investigadora

A la pregunta de si los fisioterapeutas participaban en actividades de investigación realizadas en el CS, el 66,7% de los encuestados manifestó no participar «nunca» en tales actividades, mientras que únicamente el 20% lo hizo en «algunas ocasiones» y el 13,3% indicó que se realizaban actividades de investigación en su CS pero que ellos no participaban. Por lo que respecta a la importancia atribuida, el 93,3% consideró importantes dichas actividades; en concreto, las consideraron «muy importantes» el 33,3% y «bastante importante» el 60%.

## Recursos materiales

Respecto de los recursos materiales con que cuentan las distintas UBR, se han considerado los propios de «cinesiterapia y mecanoterapia», «electroterapia y termoterapia» (tablas 2 y 3) y «fisioterapia respiratoria». Son destacables los resultados en el apartado de «Fisioterapia respiratoria», en el que se han considerado como recursos materiales: cicloergómetros, nebulizadores ultrasónicos, mesas reclinables de drenaje postural y medidores de flujo respiratorio. Ninguno de los fisioterapeutas dispone de cicloergómetros ni de nebulizadores ultrasónicos para desarrollar su labor; únicamente los centros Malvarrosa, Salvador Allende y Tra-

**Tabla 1** Población asignada, recursos humanos y distribución de las UBR

| Departamento de Salud       | Centro de salud/ZBS           | Población asignada | Recursos humanos |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------|
| Valencia-Clínico-Malvarrosa | Salvador Pau/10               | 38.362             | 1 F + 1 Ax.      |
|                             | Serrería I/15                 | 35.332             | 1 F              |
|                             | Serrería II/11                | 39.465             | 1 F              |
|                             | Trafalgar/13                  | 26.865             | 1 F              |
|                             | Malvarrosa/14                 | 17.160             | 1 F              |
|                             | Natzaret/16                   | 8.923              | 2 F              |
| Valencia-La Fe              | Campanar/8                    | 24.003             | 1 F              |
|                             | Trinidad/10                   | 36.026             | 3 F              |
|                             | Miguel Servet-Benicalap II/11 | 32.603             | 1 F              |
|                             | Salvador Allende/12           | 35.530             | 1 F              |
| Valencia-Dr. Peset          | Ruzafa/9                      | 26.078             | 1 F+ 1 Ax.       |
|                             | Padre Jofré/11                | 35.763             | 2 F+ 1 Ax.       |
|                             | Plaza Segovia/12              | 40.735             | 1 F              |
|                             | Fuente San Luis/14            | 36.348             | 3 F+ 1 Ax.       |
|                             | San Marcelino/15              | 18.458             | 1 F+ 1 Ax.       |

Ax.: auxiliar; F: fisioterapeuta; UBR: unidades básicas de rehabilitación; ZBS: zona básica de salud. Población asignada en miles de habitantes.

falgar cuentan con mesas reclinables de drenaje postural; además, este último es el único que cuenta con un medidor de flujo respiratorio. En el apartado de «Electroterapia» y «Termoterapia» ningún CS cuenta con láser helio-neón; solo uno dispone de láser de infrarrojos y únicamente dos CS tienen aparatos de magnetoterapia.

## Otros resultados

En cuanto a la realización de actividades distintas de la asistencial, pero que son competencia de los fisioterapeutas, tales como actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e investigación, dos tercios de los encuestados manifestaron dedicar menos tiempo del indicado a tales actividades; en concreto, el 60% afirmó dedicar menos del 10% mientras que el 6,7% aseguró que el tiempo dedi-

cado oscilaba entre el 10 y el 30%. Respecto a las actividades que no son competencia de los fisioterapeutas, como por ejemplo actividades administrativas, concertar citas con los pacientes o incluso recogida de materiales, el 80% de los encuestados apuntó que las realizaba «habitualmente», el 6,7% «raras veces» y el 13,3% «casi nunca». La opción «nunca» no fue elegida en ningún caso.

Por lo que respecta a la realización de cursos de reciclaje, el 86,7% de los fisioterapeutas encuestados indicó que, con muy poca frecuencia, los realizaba; sin embargo, el 80% de ellos atribuyó «mucha importancia» a la formación continua como parte de su labor profesional.

## Discusión

No se han encontrado estudios similares con los que comparar los resultados. En este apartado se contrastarán

**Tabla 2** Resumen de recursos materiales: cinesiterapia y mecanoterapia

| URB          | Colchonetas | Camillas | Jaula de Rocher | Rueda de hombro | Tracción cervical | Paralelas | Andadores |
|--------------|-------------|----------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------|-----------|
| S. Pau       | No          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| Serrería I   | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| Serrería II  | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| Trafalgar    | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| Malvarrosa   | Sí          | Sí       | No              | Sí              | No                | Sí        | Sí        |
| Natzaret     | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | Sí        |
| Campanar     | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| Trinitat     | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | No        |
| M. Servet    | Sí          | Sí       | Sí              | No              | Sí                | Sí        | No        |
| S. Allende   | Sí          | Sí       | No              | no              | no                | Sí        | Sí        |
| Ruzafa       | No          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | Sí        |
| P. Jofré     | Sí          | Sí       | Sí              | No              | Sí                | No        | Sí        |
| P. Segovia   | No          | Sí       | Sí              | No              | Sí                | Sí        | Sí        |
| F. San Luis  | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | Sí        |
| S. Marcelino | Sí          | Sí       | Sí              | Sí              | Sí                | Sí        | Sí        |

URB: unidades básicas de rehabilitación.

**Tabla 3** Resumen de recursos materiales: electroterapia y termoterapia

| URB          | LHN | LI | US | MO | Lpl | CD | CI | MG | BP |
|--------------|-----|----|----|----|-----|----|----|----|----|
| S. Pau       | No  | Sí | Sí | No | Sí  | No | Sí | No | Sí |
| Serrería I   | No  | No | Sí | Sí | Sí  | No | Sí | No | Sí |
| Serrería II  | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| Trafalgar    | No  | No | Sí | Sí | Sí  | No | Sí | No | Sí |
| Malvarrosa   | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Natzaret     | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| Campanar     | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| Trinitat     | No  | No | Sí | No | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| M. Servet    | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| S. Allende   | No  | No | Sí | Sí | No  | Sí | Sí | No | No |
| Ruzafa       | No  | No | Sí | Sí | Sí  | No | Sí | No | Sí |
| P. Jofré     | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| P. Segovia   | No  | No | Sí | Sí | Sí  | No | Sí | Sí | Sí |
| F. San Luis  | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |
| S. Marcelino | No  | No | Sí | Sí | Sí  | Sí | Sí | No | Sí |

BP: baños de parafina; CD: corrientes diadinámicas; CI: corrientes interferenciales; LHN: láser helio-neón; LI: láser infrarrojos; Lpl: lámparas de infrarrojos; MG: magnetoterapia; MO: microondas; UBR: unidades básicas de rehabilitación; US: ultrasonidos.

los resultados obtenidos a través de la encuesta, con lo propuesto tanto en el PRCV<sup>15</sup> como en la legislación estatal<sup>9,16-18</sup> y autonómica<sup>10-12,19</sup>, que regula el funcionamiento de la APS.

El trabajo en equipo, en el ámbito sanitario, ofrece una serie de ventajas que no sólo benefician a los profesionales sanitarios, sino que aportan una mayor calidad en la atención a los pacientes<sup>20</sup>. Tanto la legislación estatal<sup>16</sup> como la autonómica<sup>12</sup>, así como la literatura disponible<sup>1,15</sup>, señalan la importancia del trabajo en equipo y el ejercicio profesional a través de un enfoque multidisciplinar, en el ámbito sanitario. A tenor de los resultados del estudio, los fisioterapeutas encuestados sí perciben la importancia del trabajo en equipo en la actividad asistencial; sin embargo, esto contrasta con la escasez de actividades realizadas mediante tales sistemas de trabajo. En este sentido, resultados similares obtuvieron Saiz et al (2007) que, al evaluar la participación de los fisioterapeutas de AP en las reuniones de los EAP, observaron una baja participación en las mismas<sup>21</sup>. Además, en el citado estudio, al igual que en el presente, los fisioterapeutas manifestaban la importancia y la voluntad de participar en actividades desarrolladas a través de sistemas de trabajo en equipo. Esta situación podría explicarse, en parte, por la poca promoción del trabajo en equipo por parte de los responsables de los CS. En este sentido, no podemos obviar que los jefes de zona básica tienen la responsabilidad, entre otras, de «promover el trabajo en equipo entre los diversos profesionales, fomentando las reuniones, sesiones clínicas, y todas aquellas actividades encaminadas a la creación de unos objetivos comunes por parte de todo el EAP»<sup>12</sup>. La falta de puesta en práctica de sistemas de trabajo en equipo cobra especial importancia si consideramos que, según el PRCV, parte de las funciones que este atribuye a los fisioterapeutas se han de realizar necesariamente en coordinación con el resto del EAP<sup>15</sup>.

De acuerdo con los principios expuestos en la Conferencia de 1978<sup>3</sup>, son múltiples las referencias que encontramos tanto en la literatura<sup>1,2,15,22-26</sup> como en la legislación<sup>7,10-12,16,18</sup> respecto a la promoción de la salud

y prevención de la enfermedad como actividades propias de la APS y que, en algunos casos, son consideradas como el «principal objetivo» de la misma<sup>15</sup>. En el ámbito de la fisioterapia, tales actividades son especialmente diversas y numerosas, alcanzando a múltiples sectores de la población<sup>22</sup>. Según los resultados del estudio, los fisioterapeutas encuestados son plenamente conscientes de la importancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como parte de su labor profesional; sin embargo, lo que debería ser una práctica habitual y prioritaria no lo es si consideramos que, en más de la mitad de los CS, no se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera regular. Además, en aquellos CS en los que se desarrollan este tipo de actividades, la organización de las mismas depende más de la voluntad individual de los profesionales que de una verdadera planificación. Resultados similares obtuvieron Shirley et al (2010) respecto a la promoción de la salud por parte de los fisioterapeutas de AP<sup>27</sup>. En el citado estudio, la mayoría de los encuestados consideran la promoción de la salud como parte de su rol profesional. Nuestros datos posiblemente se expliquen por una excesiva carga de trabajo en la que la actividad asistencial consume la práctica totalidad del tiempo disponible. El hecho de que la mayor parte del trabajo del fisioterapeuta, en AP, se destine al tratamiento individual, también aparece reflejado en los resultados de un estudio similar<sup>26</sup>, donde los fisioterapeutas destinan un elevado porcentaje de su labor asistencial al tratamiento individual. La importancia de la promoción de la salud reside en que, como aseguran Santos Cívicos et al (1997), de tales medidas se obtiene la mejor rentabilidad preventiva<sup>23</sup>.

En las normas de actuación del fisioterapeuta en AP, que aparecen reflejadas en el PRCV, se especifican claramente las actividades, relacionadas con la investigación, que son propias de los fisioterapeutas en AP<sup>15</sup>. En este sentido, Melguizo et al (2006) exponen que, en el ámbito de la AP, la investigación debe incluir a todos los miembros del EAP con el objetivo de aumentar el conocimiento clínico, epidemiológico y organizativo<sup>22</sup>. De nuevo, según los datos obtenidos,

los fisioterapeutas encuestados reconocen la importancia de la investigación en el ámbito sanitario; no obstante, son muy pocos (6,7%) los que manifiestan participar en investigaciones regularmente. A la falta de tradición investigadora en AP<sup>28</sup> se une la ya comentada excesiva carga de trabajo asistencial, lo que podría explicar, al menos parcialmente, estos resultados. Son múltiples los aspectos de la práctica diaria que se podrían mejorar a través de la investigación, por ejemplo, el cumplimiento de indicaciones terapéuticas, la efectividad de las técnicas utilizadas, la detección de grupos de riesgo, etc. Además de mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los pacientes, no podemos olvidar que la actividad investigadora aporta, a los profesionales sanitarios, mejoras en la formación y, por lo general, aumenta la satisfacción profesional<sup>29</sup>. Coincidimos con Torres Vaquero (1997) en que la aplicación de actividades de investigación conduce al progreso real de la fisioterapia a través de la consolidación de un campo específico de conocimientos aplicables a la práctica clínica<sup>2</sup>.

Respecto de los recursos materiales disponibles en los CS, estamos de acuerdo con Pérez Fernández et al (1997) cuando afirman que una adecuada dotación material no garantiza la calidad asistencial; sin embargo, unos inadecuados recursos materiales se asocian a una calidad deficiente<sup>30</sup>. Además, añadimos que la falta de recursos materiales dificulta la aplicación de las distintas técnicas que son propias de la fisioterapia. En nuestros resultados llama la atención la ausencia, casi total, de los instrumentos propuestos por el PRCV en el apartado rehabilitación respiratoria<sup>15</sup>. Esto cobra especial importancia si consideramos que la cartera de servicios comunes del SNS, contempla la fisioterapia respiratoria como parte de la rehabilitación básica<sup>9</sup>. Asimismo el PRCV considera la fisioterapia respiratoria como técnica de rehabilitación de uso común por el fisioterapeuta<sup>15</sup>.

El presente estudio únicamente describe la situación en las UBR de la ciudad de Valencia con respecto a la fisioterapia. En nuestra opinión, son necesarios estudios que evalúen la efectividad de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como análisis económicos de estas. Otro aspecto importante que se debe considerar sería comprobar qué es lo que entienden los fisioterapeutas por «trabajo en equipo», «promoción de la salud» y «prevención de la enfermedad». Por lo observado por los autores, es posible que exista cierta heterogeneidad en cuanto a lo que significan dichos conceptos para los profesionales sanitarios.

Este diseño presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, se circunscribe únicamente a la ciudad de Valencia, por tanto, no sabemos si en el ámbito rural, o en otras ciudades, los resultados hubieran sido similares y, por tanto, la fisioterapia en AP se organiza de igual manera. Por otro lado, convendría saber si las condiciones de trabajo de los fisioterapeutas pueden influir, o no, en la satisfacción de los mismos y, por tanto, en la calidad asistencial que reciben los pacientes. Por último, dada la naturaleza descriptiva del estudio, no es posible establecer relaciones de causa-efecto entre las variables.

A tenor de los resultados del estudio, en las UBR de la ciudad de Valencia, se pone de manifiesto la escasez de actividades realizadas mediante sistemas de trabajo en equipo. Asimismo, se puede concluir que las actividades de promo-

ción de la salud y prevención de la enfermedad son más bien escasas en AP, mientras que la investigación es prácticamente inexistente. Conocer estos datos permite a los responsables de los CS corregir, en la medida de lo posible, la situación para mejorar la asistencia sanitaria en AP.

## Agradecimientos

Agradecemos a los fisioterapeutas de los centros de salud citados en el artículo su desinteresada participación en el estudio. Gracias también al Sr. Mayor por su generosidad al facilitarnos parte de la bibliografía.

## Bibliografía

1. Martín A. Atención primaria de salud. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 3-19.
2. Torres A. Clasificación de actividades del fisioterapeuta de Atención Primaria. *Fisioterapia*. 1997;19:97-114.
3. OMS. Atención Primaria de Salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra; 1978.
4. Álvarez I, Retanza N. Legislación y administración en atención primaria y especializada. Madrid: Ed. Síntesis; 1994.
5. Resolución de 19 de febrero de 1990, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE n.º 50 de 27 de febrero) que incorpora nuevos profesionales (Matronas y Fisioterapeutas de Área) a la nueva organización de Atención Primaria.
6. Delgado I. Marco jurídico de la Fisioterapia. *Fisioterapia*. 1996;18:121-4.
7. Circular 4/1991, de 25 de febrero, sobre Ordenación de Actividades del Fisioterapeuta de Área en Atención Primaria. INSALUD. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria, 1991.
8. Bonilla R. Marco legal de la Fisioterapia en Atención Primaria de Salud. *Fisioterapia*. 1997;19:15-8.
9. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE n.º 222 de 16 de septiembre de 2006.
10. Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se define y estructura la Atención Primaria de la Salud de la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 369, de 28 de abril de 1986.
11. Orden de 20 de noviembre de 1991, de la Conselleria de Sanitat i Consum, por la que se establece el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 1691, de 26 de diciembre de 1991.
12. Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 5518, de 23 de mayo de 2007.
13. Fernández R, Rodríguez B, Souto S, Chouza M, González ML. Fisioterapia en Atención Primaria: origen y marco conceptual. *Fisioterapia*. 1997;19:5-13.
14. Portal del Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado 23 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.mspes.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS>.
15. Hernández A. Plan de Rehabilitación de la Comunidad Valenciana. Programa especial de rehabilitación. Valencia: Generalitat Valenciana; 1991.
16. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n.º 102, de 29 de abril de 1986.
17. Constitución Española. BOE del 29 de diciembre de 1978.

18. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE n.º 27, de 1 de febrero de 1984.
19. Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 4440, de 14 de febrero de 2003.
20. Martín A. La organización de las actividades en Atención Primaria: el Centro de Salud y el Equipo de Salud. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed Barcelona: Elsevier; 2008. p. 20-41.
21. Saiz JR, Gómez A, González V. Participación de los fisioterapeutas de Atención Primaria en las reuniones de los equipos de los centros de salud en Castilla y León. *Fisioterapia*. 2007;29:164–70.
22. Melguizo M, González C, Martínez JA, López A, Prieto A. Atención Primaria del siglo xxi. Análisis de situación. 2006.
23. Santos MA, Luengo D, Vidal M, Villarrubia E. Actividades de prevención y promoción en Fisioterapia. *Fisioterapia*. 1997;19:50–62.
24. Alfaro M. El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:15–27.
25. Martín A, Gené J, Subias LP. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed Barcelona: Elsevier; 2008. p. 511-27.
26. Romero MC, Mesa AM, Martínez MI, Barroso P. Organización de la actividad asistencial del fisioterapeuta en salas de Atención Primaria. *Fisioterapia*. 2008;30:273–8.
27. Shirley D, Van der Ploeg HP, Bauman AE. Physical activity promotion in the physical therapy setting: perspectives from practitioners and students. *Phys Ther*. 2010;90:1311–22.
28. Escolar P, Medina F, González R. La dimensión educativa de la Fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia*. 1997;19:63–74.
29. Medina F. Bases para la incorporación de los fisioterapeutas en los Equipos de Atención Primaria. *Fisioterapia*. 1992;14:125–53.
30. Pérez R, Medina F. Infraestructura y equipamiento de las Unidades de Fisioterapia. *Fisioterapia*. 1997;19:19–29.