



Colegio Profesional de  
**FISIOTERAPEUTAS**  
COMUNIDAD DE MADRID

*Resumen de Conclusiones de la*  
**II JORNADA DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN  
ESPECIALIZADA**

*Celebrada el 22 de octubre de 2015 en el  
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid*

## Introducción

Resume este documento las principales conclusiones extraídas de la celebración de la II Jornada de la Fisioterapia en Atención Especializada celebrada en el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, en fecha 22 de octubre de 2015.

La Jornada se llevó a cabo en un foro de trabajo en el que participaron 23 supervisores de las unidades de Fisioterapia de otros tantos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

El acto fue presentado por el Decano del Colegio, D. José Antonio Martín Urrialde, protagonizando la ponencia inaugural la Directora General de Planificación, Investigación y Formación de la Comunidad de Madrid, doña Emilia Sánchez Chamorro, que subrayó el interés de la Consejería por los resultados de la Jornada. La ponencia de introducción a los trabajos corrió a cargo de doña Carmen Ferrer Arnedo, Gerente del Hospital de Guadarrama.

## Resumen de la ponencia de doña Carmen Ferrer Arnedo

En su exposición, la señora Ferrer planteó la necesidad apremiante de mirar al futuro desde las lecciones aprendidas, transformado el actual modelo en el que se desenvuelven los servicios de rehabilitación, por resultar ser caduco, ineficiente y transgresor de la autonomía profesional que por ley debieran tener los fisioterapeutas, aludiendo también a la necesidad de orientarlo hacia un tratamiento apropiado de la cronicidad. Para tales fines, enumeró una serie de medidas, entre las que destacan:

- La apuesta por fomentar y mejorar la comunicación entre los centros y entre los profesionales: *“a día de hoy existe mucho conocimiento, pero distribuido en islas (en atención primaria, en el hospital, en las escuelas)”*. Para tal fin, apuntó que lo primero que se debiera hacer es identificar *“dónde están estas islas y cómo podemos construir puentes entre ellas”*; aludiendo a la necesidad de potenciar el trabajo colaborativo, en equipo y de compartir y extender el conocimiento en beneficio de todos, pacientes, profesionales sanitarios y centros.
- La necesidad de trabajar de forma estratificada con los pacientes, desde el conocimiento en profundidad de las circunstancias y necesidad de cada paciente, y de manera que no se aplique a todos el mismo tipo de tratamiento ya que *“la sostenibilidad del sistema pasa por darle a cada paciente el recurso que necesita”*. En este sentido, apuntó que *“el coste de un ingreso varía según el centro y los recursos que este tenga, por lo que habría que hospitalizar a cada paciente en el centro que necesite según el tipo de asistencia que requiriera”*. En el mismo punto, aludió a la necesidad de involucrar al paciente en el plan de su tratamiento de forma activa: conseguir un paciente activo que permita aplicar tratamientos por objetivos, pero en los que él mismo tenga que participar. En este sentido, recordó que la enseñanza del autocuidado y el

conseguir que el paciente participe, es competencia del profesional sanitario, y que este dispone de estrategias de empoderamiento de los pacientes.

- Para concluir, la señora Ferrer afirmó que para mejorar el servicio público de rehabilitación, las unidades de Fisioterapia deben de convertirse en una entidad dentro de las organizaciones, ya que aportan una especificidad *“que el fisioterapeuta debe identificar y utilizar para hacerse fuerte”*, en este sentido también apuntó la necesidad de que los fisioterapeutas hagan un esfuerzo por homogeneizar las prácticas clínicas basadas en la evidencia científica, y les animó a hacerse visibles y eliminar barreras: a explicar ante los gerentes de sus centros, y ante el resto del personal sanitario, los beneficios que esta práctica clínica con evidencia científica puede llegar a reportar si se le otorga la autonomía necesaria de la que hoy injustamente carece.

## Conclusiones generales

La primera gran conclusión fue dejar constancia de que, desde la celebración de la I Jornada en 2010, apenas se ha avanzado en el cuerpo de propuestas de solución que el colectivo de supervisores de las unidades de Fisioterapia elevaron a la Consejería de Sanidad: los temas que definen la problemática de la Fisioterapia en la Atención Especializada de nuestra Comunidad son recurrentes, en su gran mayoría siguen siendo los mismos desde hace muchos años, y apenas se ha avanzado en su resolución. A este respecto, merece la pena subrayar que, en ese periodo entre Jornadas, 2010 - 2015, la Consejería de Sanidad ha tenido cuatro titulares, si bien, de ningún modo debiera ser justificación de los efímeros resultados obtenidos, si se tiene en cuenta que todos ellos han sido del mismo partido político. Aún a pesar de los frecuentes cambios de consejero, ¿habrían obtenido los mismos resultados las demandas de solución planteadas en 2010 si el número total de fisioterapeutas en la Sanidad Pública madrileña tuviera uno o dos dígitos más?, ¿o si el colectivo de fisioterapeutas tuviera un marcado perfil corporativista?

Fue también conclusión por todos expuesta, el hecho de que el actual modelo no es adecuado ni para la mejor atención de los pacientes/ usuarios, ni para la sostenibilidad del SERMAS, y es por ello que esta II Jornada concluyó con el mandato de solicitar a la Consejería de Sanidad la urgente creación de una mesa de trabajo paritaria, en la que intervengan todos los profesionales implicados en el servicio público de rehabilitación, para establecer las principales debilidades y necesidades del servicio de Fisioterapia e inventariar, de forma consensuada, las necesarias medidas de mejora.

Durante el debate se propusieron como principales metas:

- A) Agilizar los tiempos de espera, optimizar el sistema de derivaciones de pacientes, revisar su rol dentro de los equipos multidisciplinares que forman este servicio, y homogeneizar protocolos y procesos, de tal manera que se implanten unas directrices básicas y comunes a todos los centros aunque, como es lógico, exista un espacio para que se respeten las particularidades de cada hospital; definiendo las dotaciones de las unidades en cuanto a los

recursos humanos y materiales, y los espacios disponibles, acabando con la ineficiente disparidad existente.

- B) La imprescindible implicación de la Consejería en la creación de un sistema de registro unitario para todos los hospitales, que facilite el intercambio de información y el traspaso de pacientes en función de los recursos de cada centro. En este sentido, se expuso en el debate el indeseable hecho de impedir al fisioterapeuta, en algunos centros, registrar los datos de su actividad asistencial con los pacientes y/o no darle acceso a los registrados.

En el mismo sentido, se reivindica la necesidad de que el SERMAS establezca un método común y científicamente consistente de realización periódica de encuestas de satisfacción entre los usuarios/ pacientes sobre la prestación fisioterapéutica de las unidades, tal y como se hace de en el caso de otros servicios, lo cual está impidiendo conocer la valoración que hace la población del servicio de Fisioterapia.

- C) Trabajar en la estratificación de los pacientes, más allá de la división entre crónicos y agudos, de manera que cada paciente pudiera ser tratado en el hospital cuyos recursos se adaptaran mejor a sus necesidades, para incrementar la calidad del servicio al paciente al tiempo que se optimizan los costes.

- D) Acabar con la doble dependencia del servicio de Fisioterapia respecto a otros profesionales sanitarios: de un lado, a nivel funcional de los médicos rehabilitadores y, por otro, a nivel orgánico de la dirección de enfermería; con mayor razón cuando resulta que el fisioterapeuta es un profesional sanitario autónomo en el ámbito clínico del ejercicio profesional, establecido así por ley.

El papel del fisioterapeuta de Atención Especializada sigue adoleciendo de concreción y, en la mayor parte de los centros, existe un alto grado ineficiente de independencia profesional en el desempeño diario de su actividad, identificándose también, en muchos casos, dificultades para realizar y participar en actividades grupales y organizativas, debido de una parte al alto grado de presión de la actividad asistencial y, de otra, a su absurda falta de representación en los órganos de gestión de los centros en temas que afectan de forma significativa a su actividad.