

# BARRERAS Y RIESGOS DEL ACCESO DIRECTO A TERAPIA FÍSICA. UNA REVISIÓN DE ALCANCE

**POR: CARLA PATRICIA FUENTES DURÁN**

Proyecto de grado presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad del  
Desarrollo para optar al grado académico de Magister en Terapia Física y  
Rehabilitación.

**TUTOR: Sra. PAULINA ARAYA CASTRO**  
**COTUTOR: Sr. VICENTE MAURI-STECCA**

Enero 2023  
SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

“A mis padres por su apoyo incondicional,  
A mi cotutor Vicente por confiar en las ideas de esta loca,  
a los kinesiólogos que luchan día a día por la autonomía profesional”

## AGRADECIMIENTO

Se agradece a Tutora Paulina Araya por su apoyo y contención para sacar adelante el proyecto durante los momentos de adversidad, a Tutor Vicente Mauri, por el apoyo durante todo el proceso de Magister como tutor y amigo. Agradezco a Docentes de Magister y por sobre todo a mis compañeros de generación, que sin su apoyo no habría logrado recorrer el camino completo.

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTO .....	III
ABREVIATURAS .....	VI
RESUMEN .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	1
MÉTODO .....	4
Fuentes y búsqueda de datos .....	4
Selección de Estudios .....	4
Extracción de Datos y Evaluación de Calidad .....	6
Síntesis y Análisis de datos .....	7
RESULTADOS.....	8
Análisis descriptivo. ....	8
Descripción bibliométrica de los artículos.....	10
Barreras de la implementación del Acceso Directo a Terapia Física.....	11
Riesgos de la implementación del Acceso Directo a Terapia Física .....	14
DISCUSIÓN .....	15
Barreras externas: institucionales.....	15
Opositores profesionales .....	15
Opositores legislativos e institucionales.....	18
Legislación .....	19
Aumento de costos y sobreuso de servicio TF.....	21
Diferencia entre el sistema público y el privado .....	23
Barreras externas afectas a usuarios de AD a TF .....	24
Cobertura sistema de salud .....	24
Conocimiento sobre Acceso Directo .....	25
Conocimiento sobre rol de la TF .....	26
Relación y comunicación entre profesionales y médico-paciente.....	27
Barreras internas inherentes a la Terapia Física .....	28

Participación gremial .....	28
Autonomía profesional.....	30
Autoestima profesional .....	31
Competencias y educación de TF.....	31
Riesgos.....	34
Seguridad del paciente .....	34
Detección de banderas rojas .....	36
Profesional de cabecera en polimorbilidad .....	38
Baja derivación a médicos/creencia sobre tener mayores competencias.....	39
CONCLUSIÓN .....	40
LIMITACIONES.....	41
REFERENCIAS .....	42
ANEXO 1 .....	47

## ABREVIATURAS

AD: Acceso Directo

APA: Australian Physiotherapy Association

APTA: American Physical Therapist Association

PIB: producto interno bruto

TF: Terapia Física

WCPT: Confederación Mundial de Terapia Física

## RESUMEN

Introducción: El Acceso Directo (AD) a Terapia Física (TF), corresponde al derecho legal de los usuarios de salud a poder acceder a servicios de TF sin requerir la prescripción de un profesional médico. Las consultas por causas musculoesqueléticas generan altos costes al sistema de salud, por lo que algunos países han adoptado el modelo de AD a TF, demostrando beneficios económicos y organizacionales importantes en la atención pública. A pesar de la evidencia a favor del AD a TF, existen barreras y riesgos que interfieren con la adopción de este modelo. Método: Revisión de Alcance llevándose a cabo una búsqueda en la literatura y siguiendo el método de cinco etapas descrito por H.L. Colquhoun y cols. Se realizó la búsqueda a través de metabuscadores y literatura gris (Pubmed, PEDro, Opengrey y Google Scholar). La estrategia de búsqueda incluyó las palabras claves "direct access," "self-referral," "physical therapy," "physiotherapy," "Barriers," "red flags," "education," "lawsuit," y "damage." Resultados: 343 documentos fueron inicialmente identificados, quedando finalmente 37 para el análisis. De estos, 36 (97,3%) reportan a lo menos una barrera en la implementación y 22 (59,5%) hacen referencia a potenciales riesgos para los pacientes asociados al modelo de AD a TF. Discusión: barreras de la implementación de AD a TF fueron clasificadas como internas y externas, y subclasificadas por el principal factor identificado. Los riesgos que conlleva para los pacientes este modelo se agruparon según coincidencia. Conclusión: Hay una serie de barreras y riesgos descritos en la literatura, sin embargo, la evidencia demuestra que corresponden principalmente a argumentos sin sustento de respaldo. Sin embargo, se requieren estudios de mayor calidad metodológica para asegurar seguridad del usuario en la implementación de AD a TF.

## INTRODUCCIÓN

La fisioterapia o kinesiología, reunidas bajo el nombre de Terapia Física (TF) para efectos de esta revisión, identifican a una misma disciplina profesional que busca mantener o restaurar el movimiento y la capacidad funcional de personas en cualquier etapa del ciclo vital.<sup>1</sup> El acceso directo (AD) a TF conocido también como primera consulta en países como Chile, corresponde al derecho legal de los usuarios de salud a poder acceder a servicios de TF para recibir y buscar la evaluación e intervención sin requerir la remisión de un médico.<sup>2</sup>

Desde sus orígenes la carrera de TF ha estado normado y supeditado a la derivación de un profesional médico, general o especialista, para que los usuarios puedan acceder a TF. El primer país en abandonar este modelo de manera oficial fue Australia; en el año 1976 la Australian Physiotherapy Association (APA), se organizó y planteó con éxito la implementación de AD a TF con el argumento de que los terapeutas físicos cumplen con los requerimientos necesarios para poder brindar atención de AD de manera segura a usuarios con alteraciones musculoesqueléticas.<sup>3</sup> Posteriormente, en el año 1977,<sup>3</sup> este modelo es aceptado y apadrinado por la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT), indicando que los terapeutas físicos deben ser autónomos, entendiéndose como la libertad de ejercer su juicio profesional al momento de tomar decisiones, pudiendo así trabajar como profesionales con AD.<sup>4</sup>

En los últimos 20 años, el AD ha sido implementado en 40 países, incluyendo Australia, Colombia, Brasil, Sudáfrica y gran parte de los Estados Unidos. Este último con el respaldo de la American Physical Therapist Association (APTA).<sup>2</sup> El 18% de las consultas en Estados Unidos se asocian a causas musculoesqueléticas, lo que genera altos costes directos e indirectos al gasto del producto interno bruto (PIB). Estos costos aumentan cuando a) los usuarios presentan comorbilidades como diabetes o enfermedades cardíacas y b) se consideran los salarios perdidos por incapacidad laboral.<sup>5</sup>

En Chile, donde no se ha implementado el AD, el gasto público en salud asociado a alteraciones musculoesqueléticas alcanzó un 17,73% en el 2021, lo que ocasionó un aumento del 5,65% del PIB con respecto al año anterior, y proyectándose un aumento del 11,7% del PIB para el 2022.<sup>6-7</sup> Con respecto a la ausencia laboral en este país, en el 2021, se solicitaron 1.511.688 licencias laborales por enfermedades musculoesqueléticas.<sup>8</sup>

Como se indicó anteriormente, y debido a los costos ejemplificados con el caso de Chile, algunos países han adoptado el modelo de AD a TF, demostrando beneficios económicos y organizacionales importantes en la atención pública.<sup>9</sup> Uno de estos beneficios es el asociado a la reducción en los tiempos de tratamiento.<sup>10</sup> En el 2017, Piano y cols<sup>11</sup> realizaron una revisión literaria en la que se analizaron distintos escenarios en los que el modelo de AD a TF demostró mejoras en costos de salud, satisfacción del paciente, número de atenciones y respuesta al tratamiento comparado a otros sistemas de

referencia.<sup>11</sup> Ohja y cols. (2014), reportaron que estas ventajas por sobre la atención médica se reflejan incluso en terapeutas físicos con poca experiencia.<sup>9</sup> Sin embargo, y a pesar de la evidencia a favor, existen corrientes opositoras a este modelo. Piscitelli y cols (2017), en su revisión sobre el modelo de AD a TF comparado a derivación médica, manifiesta que existe una potencial carencia de formación profesional suficiente para la discriminación de signos que indiquen alerta sobre patologías más complejas, riesgos en la calidad en atención y problemas de comunicación que se pudiesen asociar a un desmedro en la atención de los usuarios.<sup>2</sup> Este tipo de argumento, sin datos estadísticos que lo soporte, ha influenciado a legisladores lo que ha limitado la implementación del AD a TF, e impedido a los usuarios acceder a los beneficios de este modelo.<sup>12</sup>

Dadas las dificultades que presenta la implementación del AD a TF, los argumentos señalados por los opositores, los riesgos mencionados es que se llevó a cabo una revisión de alcance con el objetivo de identificar las barreras y riesgos del AD a TF expuestos en la literatura. Como objetivo secundario, se analizará si los reportes de riesgos son fundamentados.

# MÉTODO

## **Fuentes y búsqueda de datos**

La presente revisión de alcance está orientada a explorar el reporte de barreras y riesgos descritos en la literatura sobre el AD a TF. Para cumplir con este propósito se llevó a cabo una búsqueda en la literatura disponible siguiendo el método de cinco etapas descrito en el 2005 por Arskey y O'Malley, con las modificaciones realizadas por H.L. Colquhoun y cols en el 2014.<sup>13</sup> Estas cinco etapas incluyen: 1) identificación de la pregunta de investigación; 2) identificación de estudios relevantes; 3) selección de estudios; 4) cartografía de los datos; y 5) recopilación, resumen e informe de resultados.

La pregunta que guio la presente revisión fue ¿Cuáles son las barreras y riesgos reportados en la literatura sobre la implementación del Acceso Directo a la Terapia Física?

## **Selección de Estudios**

Para la identificación de estudios y documentos relevantes se realizó una búsqueda con los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos científicos revisado por pares, revisión de literatura, revisión de expertos, tesis, conferencia, y literatura gris; 2) artículos que describieran barreras y/o riesgos de la implementación de AD a TF; 3) artículos publicados hasta abril 2021; y 4) idiomas inglés y español. Los criterios de exclusión fueron: 1) documentos

centrados en el tratamiento de usuarios; 2) artículos con referencia exclusiva a otras carreras.

El proceso de identificación de documentos relevantes se realizó en mayo 2021, y conlleva la ejecución de tres pasos. Primero, se realizó la búsqueda a través de metabuscadores y literatura gris (Pubmed, PEDro, Opengrey y Google Scholar). La estrategia de búsqueda incluyó las palabras claves “direct access,” “self-referral,” “physical therapy,” “physiotherapy,” barriers,” “red flags,” “education,” “lawsuit,” “damage,” La estrategia detallada para cada buscador se muestra en la Tabla 1. Segundo, los resultados obtenidos fueron organizados por el autor principal (CF) en una matriz de extracción para su posterior análisis. Tercero, el mismo autor eliminó aquellas publicaciones duplicadas para luego dar paso al proceso de discriminación mediante el filtrado de título, resumen y texto completo.

Tabla 1 - Estrategias de búsqueda según base de datos

<i>PUBMED</i>	("direct access" OR "patient self-referral" OR "self-referral") AND ("physical therapy" OR "physiotherapy") AND (Barriers OR "red flags" OR "education" OR "lawsuit" OR "damage")
<i>PEdro</i>	"direct access"
	"self-referral"
<i>Opengrey:</i>	"direct access" AND "physiotherapy"
<i>Google Scholar</i>	("direct access" OR "patient self-referral" OR "self-referral") AND ("physical therapy" OR "physiotherapy") AND (Barriers OR "red flags" OR "education" OR "lawsuit" OR "damage") <b>Primeros 100 resultados ordenados por relevancia</b>

### **Extracción de Datos y Evaluación de Calidad**

La extracción de información clave, a partir de los estudios finalmente incluidos en la revisión, fue organizada dependiendo de las variables de interés seleccionadas para dar respuesta a la pregunta de investigación. Estas variables fueron: autor, año de publicación, referencia, diseño del estudio, barreras y riesgos descritos en los documentos.

Debido a que el propósito principal de esta revisión es describir las barreras y riesgos asociados al AD a TF no se analizó la calidad metodológica de los documentos seleccionados. Un segundo autor (VM) realizó un control de

calidad del proceso de filtrado, seleccionando de manera aleatoria 5 artículos descartados por título, resumen y texto completo (15 en total) asegurándose de que los documentos cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

### **Síntesis y Análisis de datos**

Las barreras reportadas en los documentos se organizaron en externas e internas. Además, se compilaron como barreras institucionales, barreras de usuarios de salud y barreras inherentes a la profesión.

Para la presentación de los resultados, se utilizó un análisis descriptivo que incluye frecuencias y porcentajes absolutos y relativos según corresponda dentro de la descripción. Para tal fin, se confeccionó una tabla de registro (Excel®) de acuerdo con las variables definidas para la extracción de datos y posterior análisis.

## RESULTADOS

### **Análisis descriptivo.**

La búsqueda se llevó a cabo en mayo del 2021, con 343 resultados obtenidos.

Un total de 177 documentos se mantuvieron después de la eliminación de duplicados y aplicación de filtro por título. Finalmente, 37 documentos fueron seleccionados posterior a la aplicación del filtrado por resumen y texto completo con un nivel de acuerdo del 100% entre los autores. El proceso de identificación y selección de documentos se presenta en la figura 1.

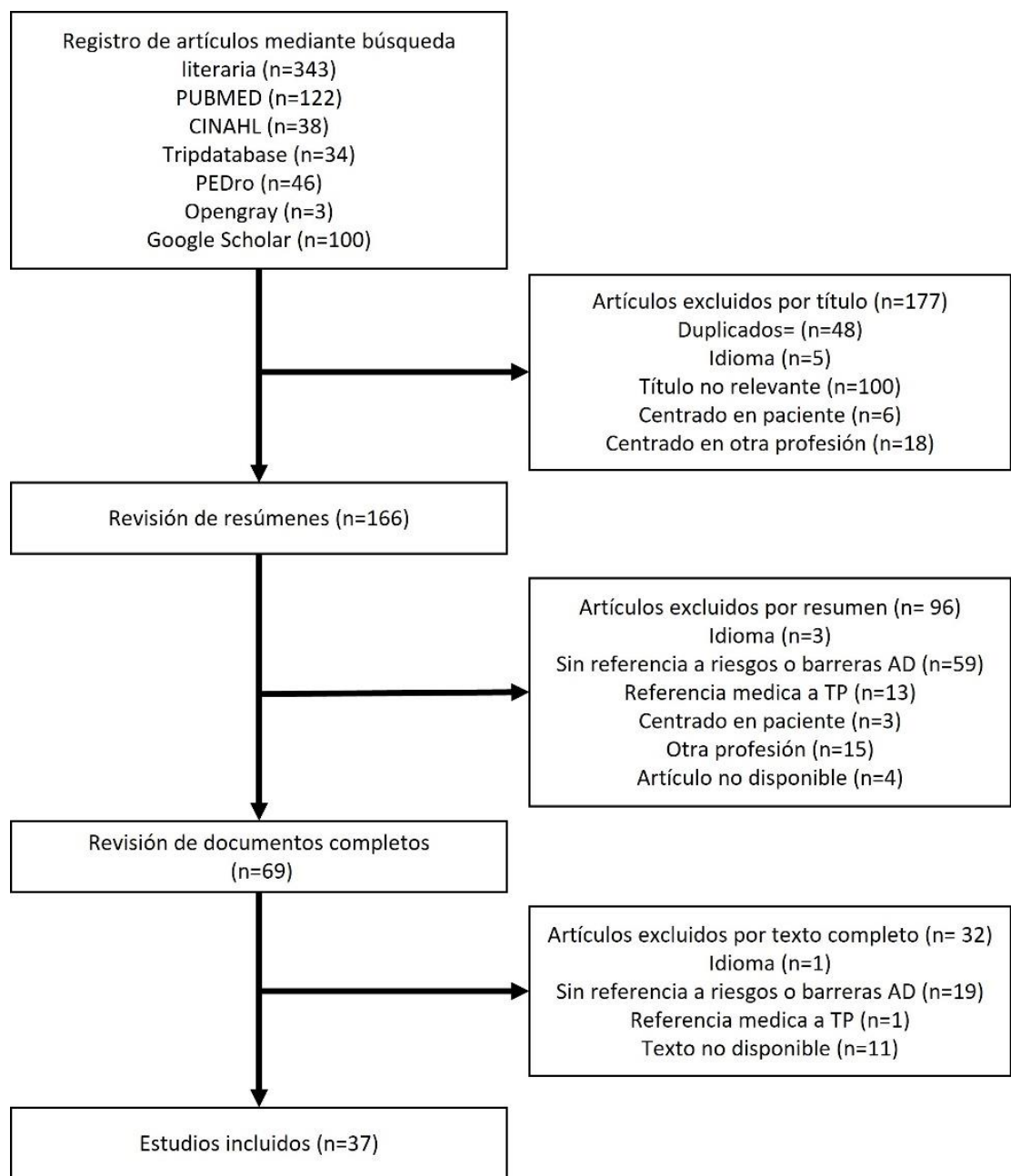


Figura 1. Flujograma de identificación y selección de documentos

## **Descripción bibliométrica de los artículos.**

Los estudios fueron publicados entre los años 1997 y 2021. De estos, el 24,3% (n=9) corresponde a literatura gris, 21,6% (n=8) presentan un diseño de estudios descriptivos, 8 artículos (21,6%) corresponden a estudios observacionales, el 13,5% (n=5) y 8,1% (n=3) atañen a revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas respectivamente, 3 artículos (8,1%) pertenecen a estudios cualitativos y el 2,7% (n=1) presentan un diseño de tipo ensayo clínico. De los 37 artículos, 15 (40,5%) fueron publicados entre los años 2010 al 2015. De los 37 artículos, 36 (97,3%) reportan a lo menos una barrera en la implementación de AD a TF y 22 artículos (59,5%) hacen referencia a riesgos asociados a los usuarios.

La tabla 2 presenta las características bibliométricas de los documentos analizados.

Tabla 2. Características descriptivas de documentos incluidos en la revisión (n=37)

<b>Diseño de estudio</b>	<b>N°</b>	<b>(%)</b>
Revisión literaria <sup>11,15,24,39</sup>	5	13,5
Revisión sistemática <sup>2,14,20</sup>	3	8,1
Ensayo clínico <sup>28</sup>	1	2,7
Estudios descriptivos <sup>3,16-18,21,22,30,41</sup>	8	21,6
Estudio observacional <sup>10,12,32-36,45</sup>	8	21,6
Estudio cualitativo <sup>25,26,37</sup>	3	8,1
Literatura gris <sup>19,23,27,29,31,38,40,43,44</sup>	9	24,3
<b>Año de publicación</b>	<b>N°</b>	<b>(%)</b>
Previo al 2010 <sup>10,22,28,36,39</sup>	5	13,5
Entre 2010-2015 <sup>3,15,16,18-21,24,31,34,35,38,40,42,44</sup>	15	40,5
Entre 2016-2020 <sup>2,11,14,17,25,27,29,30,32,33,37,41,43,45</sup>	14	37,8
Posterior 2020 <sup>12,23,26</sup>	3	8,1
<b>Información extraída</b>	<b>N°</b>	<b>(%)</b>
Barreras <sup>2,3,10-12,14-43,45</sup>	36	97,3
Riesgos <sup>2,11,14,15,17,19-21,23,24,28-30,32,34-37,42-45</sup>	22	59,5

### **Barreras de la implementación del Acceso Directo a Terapia Física**

De los 36 artículos que reportan barreras en la implementación del AD a TF, 58,3% (n=7) describen barreras externas y 41,7% (n=5) barreras internas.

Respecto de las externas, el 72,2% (n=26) señala que la principal barrera corresponde a la incertidumbre que existe sobre las competencias y formación de los terapeutas físicos para ejercer como profesionales de AD. Otras están asociadas a las instituciones, en donde los administrativos de los sistemas de salud aparecen referenciados en 19 artículos (52,8%) como principal obstrucción a la implementación del modelo. El 33,3% (n=12) refiere a opositores profesionales (médicos y quiroprácticos) y el mismo número de

artículos (n=12) describen barreras impuestas por la legislación de cada país o estado.

El desconocimiento de los usuarios sobre el AD a TF y/o el rol de los de terapeutas físicos es reportado en 36.1% (n=13) de los artículos. Asimismo, el 27,8% (n=10) declara que el AD a TF mermaría la relación de médicos con usuarios y/o reduciría la comunicación interprofesional. El 36,1% (n=13) de los artículos reporta como barrera el reembolso de los servicios de TF sin derivación médica (cobertura por pagadores de prestaciones).

De las barreras internas, el 11,1% (n=4) destaca que los terapeutas físicos no participan en las sociedades gremiales de su país y el 25% (n=9) describe la autonomía limitada en el quehacer de estos. El 19,4% (n=7) atribuye la inseguridad de los propios terapeutas físicos para ser considerados como profesionales de AD.

En la tabla 3 se muestra la clasificación de barreras de la implementación de AD a TF. El detalle de barreras por autor se puede apreciar en el anexo 1.

Tabla 3. Barreras de la implementación del Acceso Directo a Terapia Física

		<b>Barrera reportada (n=36)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Barrera externa</b>	<b>Barreras internas</b>	
<b>Barreras externas</b>	<b>Instituciones</b>	Opositores profesionales 12,14,15,17,19,20,23,35,39,40,42,43	12	33,3	x		
		Opositores legislativos e institucionales 12,14-17,19,20,22,23,26,31,33,34,39-42	19	52,8	x		
		Legislación 3,11,15-17,19,32,33,39,40,42,45	12	33,3	x		
		Aumento de costos y sobreuso de servicio TF 11,14,15,19,20,26,29,36,40,42	10	27,8	x		
		Diferencia sistema público del privado 3,16,17,20,27	5	13,9	x		
<b>Barreras externas</b>	<b>Usuarios</b>	Cobertura por pagadores de prestaciones 3,14,15,17,20,22,31,32,34,39,40,41,45	13	36,1	x		
		Desconocimiento de usuarios sobre AD a TF y rol del TF 2,10,15,17,23,25-27,37,39-42	13	36,1	x		
<b>Barreras internas</b>	<b>TF</b>	Relación y comunicación entre profesionales y médico-paciente 2,3,14,17,26-28,30,39,42	10	27,8		x	
		Participación gremial y conocimiento sobre AD por TF 3,12,38,42	4	11,1		x	
		Autonomía limitada 3,12,18,19,20,32,33,34,39	9	25		x	
		Baja autoestima profesional 3,10,12,16,19,42,45	7	19,4		x	
		Competencias y educación de TF 3,11,12,14,15,17-22,24-26,30,32-36,38-40,42,43,45	26	72,2		x	
					<b>N°</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
					<b>%</b>	<b>58,3</b>	<b>41,7</b>

## Riesgos de la implementación del Acceso Directo a Terapia Física

De los 22 artículos que reportan riesgos del AD a TF, el 50% (n=11) señala que se afecta la seguridad del usuario. Diez de los artículos (45,5%) declaran que los terapeutas físicos no están capacitados para la detección “banderas rojas”.

Cuatro artículos (18,2%) refieren que es un riesgo para usuarios con polimorbilidad el no estar con un médico de cabecera y acceder directamente a TF. Tres artículos (13,6%) reportan la baja tasa de derivación al profesional médico por parte del terapeuta físico y/o la creencia de que este último no posea competencias homólogas a las de un médico.

En la tabla 4 se puede revisar el reporte de riesgos de la implementación de AD a TF. El detalle de riesgos por autor se puede apreciar en anexo 1.

Tabla 4: Riesgos de la implementación de AD

<b>Riesgo reportado (n=22)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Seguridad del paciente 11,14,15,19,20,29,32,34,37,42	11	50,0
Detección de banderas rojas 2,15,21,23,24,28,35,36,42,43	10	45,5
Profesional de cabecera en polimorbilidad 2,24,42,44	4	18,2
Baja derivación a médicos Creencia tener mayores competencias <sup>28,36,45</sup>	3	13,6

## DISCUSIÓN

En esta revisión de alcance se incorporaron 37 artículos, de los cuales 36 plantean barreras de la implementación de AD a TF y 22 artículos exponen los riesgos que conlleva para los usuarios.

Algunas barreras se superponen entre sí y/o con los riesgos identificados, esto queda expuesto en un artículo de tipo cualitativo, en el cual los encuestados reconocían distintos factores que impedían la utilización del AD a TF, desconocimiento por parte de los usuarios sobre este servicio, necesidad de desarrollar un programa en la institución de salud que favorezca el modelo y temor de generar daño a los usuarios se encontraban entre las principales.<sup>17</sup>

La implementación del AD a TF constituye un cambio de paradigma en la manera que se desenvuelve el modelo de salud clásico. Cada cambio va a presentar oposición, el cual puede provenir tanto de fuentes externas, como internas.<sup>19</sup>

### **Barreras externas: institucionales**

#### ***Opositores profesionales***

Gremios profesionales de médicos, tales como Asociación Médica Estadounidense, la Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos, la Asociación Estadounidense de Ortesis y Prótesis y la Academia Estadounidense de Ortopedistas y Protésicos, entre otras sociedades estatales

son reportadas y clasificadas como barreras institucionales.<sup>12,36</sup> El otro gremio que se posiciona como opositor al modelo es el quiropráctico, destacándose la Asociación de quiroprácticos de California y la Sociedad de Quiroprácticos de Michigan.<sup>9,16,19,35,36,42,43</sup>

Los principales argumentos de dichos gremios corresponden la puesta en duda de las capacidades de los terapeutas físicos en el reconocimiento de condiciones graves en las que es necesaria una derivación, lo que puede poner en riesgo a los usuarios.<sup>35,36</sup> Por otra parte, se indica que este modelo traería un aumento de diagnósticos y atención insuficiente y, por consecuencia un aumento en los costos de salud, por lo que sostienen que todos los usuarios deben ser atendidos en primera instancia por un profesional médico.<sup>36</sup> El AD a TF genera preocupación entre los opositores por la autonomía que conllevaría a ampliar el alcance de la práctica de la TF, perdiendo la supervisión y control médico en la utilización de este servicio.<sup>39,40,43</sup>

Shoemaker (2013), en su revisión sobre las barreras experimentadas por el estado de Michigan para la adopción del AD a TF, plantea que, a pesar de presentarse muchos argumentos de oposición gremial, ni las asociaciones médicas ni las sociedades de quiroprácticos ofrecen evidencia para respaldar su posición considerando algunos de los argumentos incluso como irracionales.<sup>42</sup> Deyle<sup>23</sup> (2006) describe esta práctica como una conducta para infundir miedo entre los legisladores al exponer algunos de los argumentos

utilizados, como “la incapacidad de los terapeutas físicos para discriminar entre un tumor vertebral y un síndrome de dolor lumbar inespecífico”, sin considerar que la posibilidad de que un síndrome de dolor lumbar sea producto de un tumor es de menos del 0,12%, el riesgo es muy menor versus los beneficios de este modelo.<sup>23</sup>

Boissonnault y cols. (2016), indica que los gremios profesionales y legisladores que están en contra del AD a TF deben entablar diálogos abiertos para comprender el alcance de la práctica profesional del terapeuta físico, ya que existe desconocimiento sobre la evidencia que respalda la capacidad de estos profesionales para diagnosticar y tratar hábilmente alteraciones musculoesqueléticas demostrando mejores resultados en términos de calidad de vida, discapacidad y costos de atención a los usuarios.<sup>12,16,17</sup> La precisión diagnóstica de los terapeutas físicos ha sido comparada con la de los médicos cirujanos ortopédicos, demostrando superioridad a los médicos generales.<sup>2,23,41</sup>

Finalmente, en estudios que compararon la percepción de médicos, terapeutas físicos y administrativos al año de implementarse el AD a TF en Inglaterra, el 94% de los médicos estuvo a favor de que dicho modelo se extendiera permanentemente luego del periodo de prueba, e incluso destacaron que las preocupaciones iniciales relacionadas con el modelo fueron disipadas.<sup>10</sup>

### ***Opositores legislativos e institucionales***

Además de los opositores de gremios médicos y quiroprácticos, los formuladores de políticas, legisladores e incluso instituciones de salud son una gran barrera para la implementación de AD a TF<sup>12</sup>

Distintos estudios ponen de manifiesto que empleadores a través de políticas internas de las instituciones imponen restricciones a los terapeutas físicos para brindar atención de AD, incluso en estados donde el modelo estaba permitido por legislación. Estas restricciones consistían en persistir en la derivación médica para atención en FT o los terapeutas físicos debían cumplir con requisitos de horas de experiencia clínica y completar un curso aprobado por la junta estatal sobre evaluación, detección y examen.<sup>15,16,17</sup>

El que las instituciones y empleadores puedan impedir el AD a TF con políticas internas ilustra que la aprobación de leyes de AD es solo el paso inicial para la implementación de este modelo.<sup>16</sup> Esta barrera se fundamenta en a) el desconocimiento sobre el modelo de AD a TF y su legalidad, b) la carencia de una prioridad administrativa para su implementación,<sup>17,37</sup> c) falta de apoyo por parte del departamento fiscal, legal o de gestión de riesgos institucional, y político a nivel estatal, quienes frente al desconocimiento y a la opinión de la oposición gremial niegan la financiación para implementar el AD a TF.<sup>17,20,31</sup>

La falta de apoyo por parte de los legisladores es crucial al momento de implementar políticas que permitan el AD a TF. El gremio médico, que

comúnmente tiene representantes a nivel legislativo, está en una posición de mayor influencia que el de Asociaciones de Terapeutas Físicos, lo que apoya a argumentos opositores al modelo de AD a TF sin un respaldo certero de la evidencia y preservando creencias preconcebidas.<sup>37,42</sup>

Shoemaker y cols. (2012),<sup>37</sup> en su análisis sobre el fracaso de la implementación de AD a TF en Michigan, señala que varias barreras contextuales y políticas se interpusieron a nivel legislativo; la mayoría bajo la premisa (aceptada por legisladores y apoyada por pagadores estatales de servicios como Medicare) de que sólo el profesional médico puede diagnosticar y tratar de manera independiente.<sup>37,42</sup>

### ***Legislación***

Si bien en muchos estados de E.E.U.U. se ha logrado la implementación del modelo AD a TF, este sigue siendo vigilado y obstaculizado por barreras legislativas.<sup>33</sup>

El lenguaje de la ley debe ser reemplazado por nuevos términos los cuales no tengan una doble lectura, la cual puede ser interpretado de manera errónea por administrativos de centros hospitalarios o servicios de reembolsos en salud, influyendo directamente en el quehacer del terapeuta físico por sobre la nueva legislación regente.<sup>17,33</sup>

Cabe destacar que la legislación también debe normar los alcances del AD a TF. Por ejemplo, que se permita este modelo de atención en salud, puede o no implicar que el terapeuta físico tenga la potestad de derivar directamente, o solicitar derivación, a servicios de imágenes diagnósticas.<sup>33</sup> Además, la legislación podría limitar la práctica en sí, al potencialmente negar el uso de técnicas específicas como la terapia manual ortopédica, la punción seca o algún agente físico.<sup>3</sup>

Los cambios legislativos son lentos y difíciles, sobre todo si han existido durante muchos años, como lo es el modelo de derivación médica que se presenta como un modelo limitador.<sup>3,17,40</sup> Sin embargo, en caso contrario, el cambio legislativo que reconoce la TF como una profesión autónoma, capaz de aceptar usuarios a través de AD, se percibe como un facilitador que permite a los usuarios decidir con quien atenderse en primera instancia sin que el reembolso o pago asociado a ello dependan del modelo.<sup>3,42</sup>

En algunos estados de E.E.U.U. como es el caso de Michigan, la implementación de AD a TF fracasó en sus inicios. Al analizar políticamente este fracaso, Shoemaker (2012) plantea el modelo de Walt y Gilbson denominado Triángulo de Análisis de Políticas, el cual, considera distintos factores que influyen en el desarrollo e implementación de una política más allá de los méritos de esta. También establece que el fracaso en la implementación de políticas ocurre porque la mayoría de los análisis se enfocan en el contenido

de la política.<sup>42</sup> Comprender los factores que han influido en impedir la adopción de una nueva política de intereses contrapuestos, ayudará a dirigir las estrategias de formulación políticas cuyo efecto neto puede ser positivo para los usuarios, quienes en el caso del AD a TF podrían ampliar la variedad de opciones de proveedores a un costo potencialmente menor.<sup>42,43</sup>

### ***Aumento de costos y sobreuso de servicio TF***

La implementación del AD a TF constituye una fuente de incertidumbre con respecto al aumento de los costos y la sobreutilización de los servicios de TF.<sup>15,42</sup> Esto, según distintos autores,<sup>15,19</sup> se responde por el potencial sobreuso de recursos como imagenología, exponiendo a los pacientes a una radiación ionizante innecesaria. Por otra parte, habría un aumento significativo de usuarios que utilizarían los servicios de TF, produciendo un déficit en la atención por el número insuficiente de profesionales, lo que traería un aumento de las listas de espera.<sup>20,26</sup> En los países donde el modelo se ha implementado, se ha demostrado que estas preocupaciones terminaron siendo infundadas, ya que cualquier aumento de las demandas se estabilizan al poco tiempo de ocurridas.<sup>29</sup>

Uno de los argumentos expuestos de la razón por la cual los costos aumentarían, es debido a que es posible que los usuarios no sepan cuales son los alcances del terapeuta físico y esto produciría que deban ser remitido

nuevamente a los médicos, generando un costo doble para los sistemas de salud.<sup>40</sup>

Por el contrario, los defensores de este modelo postulan que cada vez que ingresa un paciente a TF, independiente si es por AD o derivación médica, el terapeuta físico debe realizar una evaluación exhaustiva y descartar “banderas rojas”. Las alteraciones musculoesqueléticas que requieren atención de TF, son sensibles al tiempo, la atención e inicio del tratamiento temprano implica un menor tiempo de recuperación, disminuyendo la incomodidad de los usuarios y la necesidad de requerir menor cantidad de sesiones. La derivación médica genera un retraso en el inicio del tratamiento, lo que puede resultar en tratamientos más largos y con aumento de los costos.<sup>15,21</sup>

En distintos estudios, se ha comparado el AD a TF con el acceso a TF a través de derivación médica, cuyos resultados han presentado no solo una disminución en los costos monetarios, si no que en el modelo de AD a TF hay una reducción en el uso de imagenología, medicamentos analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, menor cantidad de sesiones de TF, menor visitas médicas con resultados de alta calidad y bajo riesgo para los usuarios. Incluso, en estos estudios se plantea que hay una reducción del número de reclamos en comparación a la derivación médica.<sup>2,15,35,36,41</sup>

A pesar de la evidencia, los opositores al AD a TF perpetúan su preocupación por el aumento de los costos en aquellos países donde no se ha implementado este modelo.<sup>40</sup>

### ***Diferencia entre el sistema público y el privado***

En la mayoría de los países y estados en los que se ha implementado el AD a TF existe un sistema de salud público regido por el Estado y un sistema de salud privado, que, a pesar de cumplir con la normativa estatal, puede tener políticas internas a las cual regirse.

A diferencia de lo que se esperaría, al entrar en vigencias normativas del AD a TF, en la Unión Europea, solo un 22% los establecimientos del sistema de salud pública se adhirieron al modelo, en cambio en el sistema privado el 83% de los establecimientos implementaron el AD a TF.<sup>20</sup>

Otra diferencia sustancial es en el sistema de reembolso de los usuarios, ya que a pesar de que la práctica de AD a TF está permitida por ley, el reembolso de los usuarios está determinada por su tipo de póliza de seguro.<sup>20,42</sup>

Un estudio, destaca que aunque la legislación reconozca a los terapeutas físicos como proveedores de AD, se generan distintas barreras, diferenciadas por el tipo de proveedor de salud, establecimiento, terceros pagadores o divulgación de información sobre este modelo.<sup>41</sup>

## **Barreras externas afectas a usuarios de AD a TF**

### ***Cobertura sistema de salud***

Existe un creciente numero de artículos que respaldan el AD a TF, describiendo sus virtudes y beneficios, sin embargo, una gran barrera expuesta que evita la implementación y uso del AD a TF son los reembolsos de terceros pagadores de salud o cobertura del AD a TF.<sup>16,17,20,34,39</sup>

Independiente de la legislación, los terceros pagadores como Medicare® o pólizas de seguro, generan una serie de restricciones para cubrir los gastos del AD a TF, tales como, límite en el número de días en los que un paciente puede acceder a TF sin derivación médica, exigencias de cierto nivel educativo de postítulo por parte del terapeuta físico, aprobación de un examen estatal, incluso pueden exigir derivación médica para generar el reembolso, quedando el AD a TF como una atención particular con costos pagados exclusivamente por los usuarios.<sup>15,16,17,39,42</sup>

En un artículo publicado por Sandstrom (2007) se señala que la restricción de reembolsos de terceros pagadores es una barrera de “racionalización y burocracias” impuesta como respuesta por el desafío a la autonomía profesional planteada por el gremio de los terapeutas físicos.<sup>46</sup>

Los usuarios de salud que tienen la opción de AD a TF se ven limitados ya que, en la mayoría de los estados y países, los terceros pagadores rara vez reembolsan este tipo de prestaciones sin la derivación médica.<sup>20,21,34</sup>

Brynes<sup>21</sup> (2014), destaca la importancia del AD a TF con reembolso, aseguraría que la autonomía socioeconómica de los terapeutas físicos les permita reinvertir adecuadamente en su educación y capacitación continua, con mayor entrenamiento de habilidades clínicas y razonamiento, lo que se traduciría en mejor calidad de atención para los usuarios.

### ***Conocimiento sobre Acceso Directo***

Los beneficios del AD a TF son bien conocidos por el equipo profesional, sin embargo, en la mayoría de los usuarios de salud y público general esta información es desconocida, por lo que la implementación del AD a TF no garantiza que los usuarios utilizarán este modelo.<sup>16</sup>

En distintos estudios, se ha expuesto como una barrera al desconocimiento de los usuarios de salud y del público en general sobre este modelo y cuales serían las patologías por las cuales podrían acceder.<sup>17,25,36</sup> En dos estudios<sup>26,27</sup> se plantea que el desconocimiento no es solo por parte de los usuarios, sino también por otros profesionales de la salud y administrativos.

La barrera cultural, sobre la idealización de que el médico debe ser quien derive a otros servicios está muy arraigada en la sociedad, generando que las personas no entiendan el concepto de AD a TF; los usuarios asocian a la figura del médico como quien diagnostica, trata, rehabilita tanto dolencias como lesiones, ignorando al resto del equipo de salud.<sup>25,27,42</sup>

Los usuarios de mayor edad son mayoritariamente reticentes a este modelo, ya que están acostumbrados a que su primera consulta sea siempre con un médico. En cambio, los usuarios más jóvenes son más flexibles a adecuarse a las nuevas posibilidades que les ofrece el sistema. Con respecto al nivel sociocultural, aquellos grupos con mayores ingresos y mejor nivel educacional son proclives a adoptar este modelo de salud ya que conocen las distintas opciones y poseen un empoderamiento de poder tomar sus propias decisiones.<sup>2,10,25,36</sup>

Otro factor relacionado con el conocimiento del AD a TF, consiste en la experiencia previa del usuario, si este ha tenido una experiencia previa con TF y sin patologías concomitantes tienen más probabilidades de utilizar el modelo en comparación con aquellos que poseen condiciones de salud crónica.<sup>25,26</sup>

Una de las razones del desconocimiento por parte de los usuarios es la baja cantidad de distribución de información sobre el modelo y los alcances del terapeuta físico.<sup>26</sup>

### ***Conocimiento sobre rol de la TF***

El conocimiento del público sobre el rol y los alcances de la TF es limitado. La mayoría de la población conoce la TF de manera general, y desconoce el grado de especialización y habilidad clínica y atención avanzada como lo son técnicas de terapia manual, punción seca, manejo instrumental, TF entre otros.<sup>25</sup>

El desconocimiento genera confusión entre los usuarios, quienes no han pasado por servicios de TF, disminuyendo las posibilidades del uso de AD a TF.<sup>25,37</sup>

Un factor importante para la divulgación de información, el desconocimiento o confusión por parte de los usuarios proviene de distintas fuentes de medios de comunicación, principalmente programas de televisión.<sup>25</sup>

En otro estudio<sup>10</sup>, los terapeutas físicos fueron consultados sobre cual era la percepción sobre el conocimiento del público de la práctica de la TF y si conocían que pueden hacer por ellos en un programa de TF, el 55% respondió de manera negativa, 11% no estaba seguro y solo el 34% contestó afirmativamente. Lo que se condice con la distribución de la información, los esfuerzos y medios por la cual se da a conocer el rol del terapeuta físico.<sup>27</sup>

### ***Relación y comunicación entre profesionales y médico-paciente***

Una preocupación que se plantea en distintos estudios<sup>2,14,15,17,26,27</sup>, es el efecto negativo que puede traer el AD a TF sobre la relación entre médico-paciente y entre médico-terapeuta físico. Dentro de los argumentos que se exponen está el miedo por parte de los médicos generales a verse cuestionados en las competencias y habilidades específicas para detectar alteraciones musculoesqueléticas.<sup>14</sup>

La reticencia al cambio, también se justifica con una reducción en la comunicación entre el médico y el terapeuta físico sobre el estado de salud del usuario o afectar el modelo de atención multidisciplinario el cual tiene resultados positivos.<sup>2,27</sup> Con el AD a TF, los médicos no podrían distinguir si un usuario había tomado la vía de AD y cual es el resultado del tratamiento. Por otro lado, los terapeutas físicos conocen bien el historial y tratamiento médico de los usuarios.<sup>26,27</sup>

Los pacientes juegan un papel importante en la relación con los profesionales de la salud, ya que por un lado está la aceptabilidad del modelo de AD a TF el cual podría poner en duda la capacidad médica y están los usuarios que rechazarían este modelo abogando por los médicos, señalando que el diagnóstico debe ser realizado por un médico, y si no es el caso, podrían sentirse menospreciados por el servicio.<sup>14</sup>

## **Barreras internas inherentes a la Terapia Física**

### ***Participación gremial***

Los beneficios del AD a TF están fuertemente respaldados por la evidencia, sin embargo, esta se centra en el terapeuta físico, en la excelencia de la evaluación y administración del tratamiento, pero en los países en los que se ha implementado el AD a TF no hay divulgación de estos beneficios, esto se debe en gran medida a la baja participación gremial.<sup>12,38</sup>

Una baja participación gremial genera que no haya un lenguaje claro y universal sobre lo que desea lograr como AD a TF y por ende es poco probable que legisladores respalden dicha moción, incluso genera aumento de los detractores.<sup>12</sup>

La conciencia sobre la necesidad de AD a TF debe iniciar con una mayor presencia de terapeutas físicos en plataformas profesionales y políticas donde puedan discutir, cabildear y reflexionar sobre los cambios que se desean lograr.<sup>12</sup> En el año 2020, en Emiratos Árabes Unidos solo 314 de los 2.866 terapeuta físicos en ejercicio en el país son miembros de la rama de los Emiratos de WCPT,<sup>12</sup> el cual es el equivalente a asociaciones de terapeutas físicos en otros países. En Chile, a enero del año 2023 hay 29.381 terapeutas físicos inscritos en la Superintendencia de Salud<sup>47</sup>, de los cuales solo 1.082 se encuentran activos en el Colegio de kinesiólogos de Chile.<sup>48</sup>

La práctica del terapeuta físico sigue cambiando y evolucionando, por lo que autores como Moore<sup>38</sup> (2010), señala que se debe dejar de centrarse en el desarrollo personal de cada terapeuta físico y apuntar las energías a mostrar evidencia de la prestación de atención de alta calidad, evidencia de la atención centrada en el paciente, la elección del paciente y, además, la rentabilidad del modelo de AD a TF.

### ***Autonomía profesional***

El AD a TF es la manifestación de autonomía profesional de los fisioterapeutas<sup>3</sup>, históricamente los terapeutas físicos se han regido por patrones de práctica por derivación médica, regulaciones estatales, los cuales limitan la práctica profesional.<sup>19</sup>

Aún en los estados donde el AD a TF está implementado hay limitaciones en la autonomía profesional, un ejemplo de eso es la limitación de solicitar exámenes de imagenología para confirmar un diagnóstico realizado bajo este modelo.<sup>19,26</sup>

Por parte de los profesionales terapeuta físicos, la percepción de barreras se centra en dos ejes, uno de ellos es la autonomía profesional limitada, alcance restringido de la práctica y ausencia de la práctica basada en la evidencia; el segundo eje es respecto a las características del profesional con respecto a su edad, antigüedad y experiencia, ya que se percibe como una brecha importante que debe ser abordada para evitar que el AD a TF tenga repercusiones en la calidad de atención.

Actualmente, persisten muchos mitos referentes a cómo deben establecerse las regulaciones sobre el terapeuta físico en AD, remisión a exámenes complementarios, limitando su autonomía sin tener en cuenta las consideraciones económicas y desalentando al gremio en general a unirse para ganar la autonomía profesional.<sup>12,20,33,26</sup>

### ***Autoestima profesional***

Las limitaciones de AD a TF, así como el uso de algunas técnicas de práctica avanzada, generan sentimientos de frustración y baja autoestima profesional entre los terapeutas físicos.<sup>12,16,33,20,45</sup>

Una baja autoestima profesional, limita la capacidad de pensar críticamente y razonar más allá de su quehacer diario, la práctica basada en la evidencia se vuelve escasa, afectando la atención de calidad hacia los usuarios.<sup>12</sup> Esta circunstancia se aprecia en mayor medida dentro de los entornos hospitalarios, ya que en la práctica privada hay menor cantidad de restricción.<sup>3,45</sup>

Dentro de los factores influyentes en la autoestima es la percepción propia como profesionales, en un estudio realizado por Holdsworth<sup>10</sup> (2008) sobre la capacidad de los terapeutas físicos para recibir usuarios en AD, arrojó que el 47% de los encuestados considera que no todos los terapeutas físicos tenían la experiencia suficiente para aceptar usuarios en AD, lo cual denota una baja percepción sobre los propios colegas y su formación.

### ***Competencias y educación de TF***

En la constante búsqueda del AD a TF, una de las preocupaciones planteadas por opositores médicos, quiroprácticos y legisladores se refiere a las competencias de los terapeutas físicos para realizar un diagnóstico adecuado.<sup>12,14,17,18,28,35</sup>

El repertorio argumentativo para poner en duda las capacidades de los terapeuta físicos radica en la educación, la disparidad de las horas de instrucción que reciben los nuevos profesionales dificulta una correcta y homogénea valoración de las competencias.<sup>18,22</sup> La discrepancia entre las distintas escuelas educativas se debe a las creencias que cada facultad posee sobre la cantidad de conocimiento que deben poseer los recién egresados, por esta razón los actores influyentes en el desarrollo de políticas públicas lo consideran una barrera significativa.<sup>18,20,22</sup>

Las entidades educativas de la Unión Europea aseguran que los graduados están preparados en un 70% para brindar el servicio de AD.<sup>20</sup> En EE.UU. se asegura un 60% de los egresados están preparados para el AD, sin embargo, esto se traduce en una brecha importante entre los acuerdos y desacuerdos de las competencias de los terapeutas físicos para el AD.<sup>45</sup> En ambos continentes se asegura que en caso de tener alguna falencia, esta se suple con el perfeccionamiento continuo ya sea a través de una práctica supervisada, una maestría entre otras opciones,<sup>3,20,45</sup> sin embargo, no hay un estándar de calidad de los programas de postgrado.<sup>34</sup>

Para resolver esta problemática en EE.UU. los terapeutas físicos se educan a través de programas de licenciatura, maestría o doctorado profesional y por ley deben estar registrados a nivel nacional. La capacitación de cada centro de educación debe asegurar que el nuevo egresado se titule con las competencias

para diagnosticar patologías musculoesqueléticas, detectar señales de alerta (banderas rojas) y patologías de malignidad como el cáncer, lo que desencadenaría la derivación médica, estas competencias se deben aplicar en la práctica independiente si el paciente fue derivado por un médico o llegó a través de AD.<sup>21</sup>

Dos de los artículos señala que los terapeutas físicos subestiman la probabilidad de trombosis venosa profunda, lo que pondría en riesgo a los usuarios de AD.<sup>14,42,45</sup> Por el contrario, estudios dedicados a comprobar las capacidades de los terapeutas físicos han demostrado la habilidad de los terapeutas físicos son comparables con la de los médicos especialistas ortopédicos, obteniendo incluso mejores resultados que los médicos generales.<sup>20,22,35</sup>

Internacionalmente el AD a TF ha reportado beneficios con buena precisión diagnóstica, efectividad del tratamiento, uso de recursos de atención, costos económicos y satisfacción del paciente, estos reportes se manifiestan incluso con la atención de terapeuta físicos con poca experiencia o con solo la licenciatura.<sup>2,17</sup>

Estos hallazgos proveen la necesidad de educar a opositores del AD sobre el nivel actual de la capacitación de los terapeutas físicos en el área musculoesquelética y así promover la causa del AD.<sup>17,20</sup>

Aquellos estados que se apegan a los requisitos de derivación y prescripción no toman en consideración la capacitación profesional y la experiencia del terapeuta físico licenciado y, cuando se reconozca, del doctor en TF

## **Riesgos**

### ***Seguridad del paciente***

La principal preocupación del AD a TF corresponde a la seguridad del usuario cuando accede a este modelo sin la derivación médica<sup>14,15,19,20,29,30,32,34,35</sup>, entidades como la Sociedad Ortopédica de Michigan afirman que los terapeutas físicos no pueden decidir con seguridad sobre la naturaleza o la causa del problema a tratar, por lo que los pacientes están en riesgo de que una patología subyacente grave no sea reconocido, gestionado ni tratado a tiempo.<sup>11,14,21,24,32,34,35,37,44</sup>

Dentro de los resultados evaluados en distintos estudios sobre los resultados obtenidos luego de la introducción de AD a TF, no hubo registro de eventos adversos asociados al manejo del paciente en Ad por parte del servicio de TF, tampoco se reportaron diagnósticos erróneos o retraso de diagnóstico de patologías musculoesqueléticas.<sup>2,11,14,15,34,35</sup> En un estudio<sup>19</sup>, se describe que se estudiaron usuarios con síndrome de dolor lumbar, donde había quienes accedieron a TF a través de remisión médica y otros lo realizaron a través del AD, en este artículo describen que no hubo diferencia en el tratamiento en ambos grupos, pero el grupo de AD presentó una reducción del 50% de los

exámenes radiográficos, lo que contrario a la creencia, el AD resultó ser menos riesgoso para los usuarios ya que diagnóstico por imágenes que involucra radiación ionizante y cirugía aumenta el riesgo para el paciente.<sup>19,23,40</sup> Además, se presentaron niveles más altos de satisfacción del usuario, mejoró el acceso a la atención y aumentó la satisfacción laboral de los cirujanos ortopédicos y terapeuta físicos.<sup>19</sup>

Para fines de comparación de riesgos, los usuarios que son atendidos por cirujanos ortopédicos tienen más posibilidades de recibir diagnóstico por imágenes, medicina y en última instancia cirugía como tratamiento, lo que supone en sumatoria mayor cantidad de riesgos.<sup>23,40</sup>

Dentro de las competencias adquiridas para lograr el título de terapeuta físico está el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico el conocimiento de la anatomía y la comprensión biomecánica de lesiones y enfermedades para determinar cuándo se requiere una derivación a un especialista para lograr los mejores resultados de salud para el usuario.<sup>21</sup> Terapeuta físicos experimentados del sistema de salud de uniformados de EE. UU. y estudiantes de TF en el manejo de afecciones musculoesqueléticas completan una amplia capacitación, que incluye la evaluación y el diagnóstico clínico,<sup>29,35,37</sup> por lo que al ser comparados con otros profesionales presentan conocimiento mayor que los estudiantes de medicina, médicos internos, residentes y médicos especialistas excepto los ortopedistas.<sup>22,28,30</sup>

Se ha demostrado en entornos de AD, los terapeutas físicos tienen mayor posibilidad de incluir la identificación de signos y síntomas que no corresponden a patologías musculoesqueléticas, dado a esto es que los reportes señalan que entre el 79%-88% de las condiciones críticas son detectados por los terapeutas físicos en este modelo de atención, generando una correcta remisión de usuarios hacia la atención médica.<sup>28,33,35,37,39,40,44</sup>

### ***Detección de banderas rojas***

La detección de banderas rojas se considera un hito de relevancia fundamental en el diagnóstico de atención primaria, la presencia de las banderas rojas podría ser indicativo de la presencia de una patología de gravedad como lo es el cáncer. Los opositores al AD a TF postulan que los terapeutas físicos no pueden diagnosticar correctamente una condición como el cáncer si el paciente no ha visto primero a un médico.<sup>15,24,42,43</sup>

Además de las banderas rojas, hay pocos estudios que especifican el rendimiento de estos profesionales en la detección de banderas rojas. Babatunde y cols.<sup>14</sup> (2020) recopila la evidencia de 5 estudios referentes a este hito destacando que solo 2 fueron de modelo comparativo, en este se destaca que no se informaron eventos adversos por parte de los médicos de cabecera o terapeutas físicos, tampoco identificaron evidencia de patología grave pasada por alto en usuarios musculoesqueléticos que recibieron atención a través del acceso directo.<sup>14</sup> En uno de los artículos se observaron tres pacientes con

condiciones de bandera roja que no fueron detectadas de inmediato por los terapeuta físicos de AD, pero esto no resultó en resultados adversos ya que los terapeutas físicos al inicio del tratamiento derivaron a estos pacientes nuevamente a los médicos, como si hubiese sido una atención por derivación médica.<sup>14,15</sup>

Es una responsabilidad que los propios terapeuta físicos capacitarse adecuadamente para poder reconocer los hallazgos clínicos y los síntomas que pueden indicar una patología grave subyacente que excluyan la TF como tratamiento primario y sugerir la necesidad de una derivación a médico.<sup>2</sup> Hay una incidencia del 0.12% o 1/1000 usuarios con síndrome de dolor lumbar que presentarán tumores de espalda, a pesar de este bajo riesgo, el terapeuta físico debe ser capaz de manejar estrategias de diagnóstico basadas en evidencia para reconocer problemas no musculoesqueléticos.<sup>23,42</sup> Sin perjuicio de lo anterior, no hay evidencia que respalde que los médicos generales sean mejores que otros profesionales de la salud bien capacitados para detectar estos escasos casos.<sup>24</sup> Así como aproximadamente el 25% de los terapeutas físicos de AD no contactarían a médicos frente a la presencia de bandera roja asociadas a cáncer, así como un porcentaje similar se estima que desestimaría una trombosis venosa profunda.<sup>28</sup>

### ***Profesional de cabecera en polimorbilidad***

Es difícil superar el argumento de que el médico debe ser el profesional de debe dirigir y supervisar a todos los demás proveedores de atención médica, el cual nace de la advertencia médica del potencial daño que pueden sufrir los usuarios si los otros profesionales de la salud funcionan de manera autónoma.<sup>14</sup> Esta afirmación recae sobre los dirigentes del cambio de modelo de salud convencional a uno de AD, en el cual deben demostrar que la seguridad del usuario no se verá en peligro.<sup>14</sup>

El cambio de paradigma debe ir acompañado por una nueva nominación en la que el usuario no es atendido por un médico de cabecera, si no más bien por un equipo multidisciplinar.<sup>37</sup>

Cabe destacar que no todas las patologías deben tener AD a TF, los usuarios con enfermedades crónicas y distintas comorbilidades alcanzan aproximadamente el 58% de la población y estos no deben tener solo un médico de cabecera, sino más bien un equipo multidisciplinario cuyo responsable clínico debe ser un médico, sin embargo, las patologías musculoesqueléticas agudas podrían ser atendidas a través de AD a TF, con la respectiva evaluación que descarte causas orgánicas de competencia médica, como lo son las banderas rojas.<sup>2,24,26</sup>

Un suceso importante de destacar es que los usuarios con muchas comorbilidades y desea dar solución a su problema musculoesquelético,

cuando asisten a atención médica, la evidencia señala que el médico dará prioridad a las otras condiciones de salud en lugar al problema musculoesquelético, esto podría retrasar el tratamiento de rehabilitación obteniendo resultados pobres en la terapia física.<sup>2,24,26</sup> Un acceso oportuno a terapia física no solo contribuye a la salud musculoesquelética, si no que genera un aporte a la condición general del usuario, mejorando la capacidad funcional y la calidad de vida a pesar de la discapacidad.<sup>24</sup>

### ***Baja derivación a médicos/creencia sobre tener mayores competencias***

Una preocupación común es que el AD a TF puede llevar a los terapeutas físicos a diagnosticar y tratar más allá de su nivel de competencia, asumiendo así erróneamente el papel de médico.<sup>36</sup> Dentro de estas atribuciones, existe la reticencia de que dentro de las facultades que se atribuya el terapeuta físico sea abusar del uso de licencias médicas. En los estados donde se tiene AD a TF en general tenían menos probabilidades recibir una licencia de enfermedad, por lo que se reporta menor ausencia laboral en comparación con aquellos que reciben atención habitual a través de un médico.<sup>14</sup>

Así como médicos pueden desestimar las patologías musculoesqueléticas<sup>24,26</sup>, los terapeutas físicos podrían incurrir en desestimar patologías orgánicas o de mayor gravedad en desmedro de las patologías musculoesqueléticas.<sup>2</sup>

Independiente del medio en el que el usuario llegue al servicio de terapia física, el fisioterapeuta realizará una evaluación con descarte de patologías orgánicas y en caso de detectarlas requieren la derivación a un médico.<sup>45</sup>

## CONCLUSIÓN

Una cuarta parte de las consultas médicas corresponden a afecciones musculoesqueléticas, de estos un 90% requerirá tratamiento con TF y la carga seguirá aumentando, por lo que el AD a TF es una vía rentable como modelo de salud que reduzca las listas de espera.

Una intervención temprana por parte del servicio de TF, puede reducir la cantidad de tiempo en que las personas estén en ausencia laboral y puede reducir el riesgo de que problemas agudos se vuelvan crónicos, además genera beneficios al usuario de salud en cuanto a costos, reducción de días laborales perdidos, menor cantidad de sesiones de TF, resolución óptima de su dolencia y mejor percepción por parte del paciente.

Existe una serie de mitos asociados con el AD a TF los que generan las principales barreras a la implementación de este modelo, sin embargo la mayoría de ellos está refutado por la evidencia, por lo que, el gremio profesional de cada país debe ser capaz de abordarlos con sus miembros y visibilizarlos tanto a los legisladores, opositores, como a la comunidad en general.

Existe un fuerte desconocimiento de los alcances y la practica de la terapia física tanto a nivel legislativo, profesionales de la salud, usuarios de salud y población general, por lo que se requiere una mayor participación gremial para organizar estrategias de difusión efectiva.

Con respecto a los riesgos asociados al AD a TF, la evidencia comprueba que estos son en su mayoría infundados y responden a prejuicios sin respaldo bibliográfico, sin embargo, se requieren estudios de mejor calidad metodológica para asegurar con certeza la seguridad de los pacientes

## LIMITACIONES

Una de las limitaciones del presente estudio fue la no inclusión de metabuscadores como Scielo de modo de obtener más información relevante a la realidad de Latinoamérica. Los estudios revisados fueron en idioma inglés y debido a que hasta la fecha la literatura publicada sobre acceso directo se ha limitado principalmente a E.E.U.U. países bajos, Australia, Unión Europea, Reino Unido y Emiratos árabes, la revisión excluye un gran número de países asociados a la WCPT.

## REFERENCIAS

1. What is physiotherapy? [Internet]. World Physiotherapy. [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
2. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, De Caro W, Pellicciari L. Direct access in physical therapy: a systematic review. Clin Ter [Internet]. 2018;169(5):e249–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.7417/CT.2018.2087>
3. Bury TJ, Stokes EK. A global view of direct access and patient self-referral to physical therapy: implications for the profession. Phys Ther [Internet]. 2013;93(4):449–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20120060>
4. Policy statement: Autonomy [Internet]. World Physiotherapy. [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://world.physio/policy/ps-autonomy>
5. Hon S, Ritter R, Allen DD. 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. Phys Ther [Internet]. 2021;101(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa201>
6. Chile - Gasto público Salud [Internet]. Datosmacro.com. 2022 [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/chile>
7. Minsal.cl. [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://www.minsal.cl/tercera-subcomision-mixta-aprueba-presupuesto-de-salud-2022/>
8. Estadísticas Nacionales de LM y SIL 2021 [Internet]. SUSESO: Estadísticas. [cited 2022 Dec 24]. Available from: <https://www.suseso.cl/608/w3-article-692533.html>
9. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. Phys Ther [Internet]. 2014;94(1):14–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130096>
10. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. Physiotherapy [Internet]. 2008;94(3):236–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2008.01.006>
11. Piano L, Maselli F, Viceconti A, Gianola S, Ciuro A. Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. J Phys Ther Sci [Internet]. 2017;29(8):1463–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.29.1463>

12. Alnaqbi A, Shousha T, AlKetbi H, Hegazy FA. Physiotherapists' perspectives on barriers to implementation of direct access of physiotherapy services in the United Arab Emirates: A cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2021;16(6):e0253155. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0253155>
13. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. J Clin Epidemiol [Internet]. 2014;67(12):1291–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
14. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, Jordan JL, Corp N, Humphries K, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. PLoS One [Internet]. 2020;15(7):e0235364. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>
15. Basore T. A review of direct access to physical therapy. 2010 [cited 2022 Dec 30]; Available from: <https://scholarworks.gvsu.edu/honorsprojects/57/>
16. Boissonnault WG, Badke MB, Powers JM. Pursuit and implementation of hospital-based outpatient direct access to physical therapy services: an administrative case report. Phys Ther [Internet]. 2010;90(1):100–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20080244>
17. Boissonnault WG, Lovely K. Hospital-based outpatient direct access to physical therapist services: Current status in Wisconsin. Phys Ther [Internet]. 2016;96(11):1695–704. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20150540>
18. Boissonnault WG, White DM, Carney S, Malin B, Smith W. Diagnostic and procedural imaging curricula in physical therapist professional degree programs. J Orthop Sports Phys Ther [Internet]. 2014;44(8):579–86, B1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2014.5379>
19. Boyles RE, Gorman I, Pinto D, Ross MD. Physical therapist practice and the role of diagnostic imaging. J Orthop Sports Phys Ther [Internet]. 2011;41(11):829–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2011.3556>
20. Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. Physiotherapy [Internet]. 2013;99(4):285–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.12.011>
21. Byrnes JM, Comans TA. Medicare rebate for specialist medical practitioners from physiotherapy referrals: analysis of the potential impact on the

- Australian healthcare system. Aust Health Rev [Internet]. 2015;39(1):12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1071/ah13196>
22. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2005;6(1):32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-6-32>
  23. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. J Orthop Sports Phys Ther [Internet]. 2006;36(9):632–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2006.0110>
  24. Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. Arthritis Res Ther [Internet]. 2012;14(1):205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/ar3743>
  25. Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Timmons S, Chadborn N, Logan P. First point of contact physiotherapy; a qualitative study. Physiotherapy [Internet]. 2020;108:29–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2020.02.003>
  26. Igwesi-Chidobe CN, Bishop A, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. Physiotherapy [Internet]. 2021;111:31–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2020.07.002>
  27. Igwesi-Chidobe CN, Bartlam B, Humphreys K, Hughes E, Protheroe J, Maddison J, et al. Patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: perceptions of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. Physiotherapy [Internet]. 2019;105:e31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2018.11.275>
  28. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. Phys Ther [Internet]. 2006;86(12):1619–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20050393>
  29. Karen M. Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would benefit GPs too. Br J Sports Med [Internet]. 2017;51(13):1041. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-h6844rep>
  30. Konrad R, Geraedts M. Case-oriented selection of investigation methods in direct access: A comparison between physiotherapy trainees at professional

- colleges and in bachelor's study courses. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2018;35(1):Doc10. Available from: <http://dx.doi.org/10.3205/zma001157>
31. Kruger J. Patient referral and the physiotherapist: three decades later. *J Physiother* [Internet]. 2010;56(4):217–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1836-9553\(10\)70001-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1836-9553(10)70001-1)
  32. Mabry LM, Notestine JP, Moore JH, Bleakley CM, Taylor JB. Safety events and privilege utilization rates in advanced practice physical therapy compared to traditional primary care: An observational study. *Mil Med* [Internet]. 2020;185(1–2):e290–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/milmed/usz176>
  33. Mabry LM, Boyles RE, Brismée J-M, Agustsson H, Smoliga JM. Physical therapy musculoskeletal imaging authority: A survey of the World Confederation for Physical Therapy Nations. *Physiother Res Int* [Internet]. 2020;25(2):e1822. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/pri.1822>
  34. McCallum CA, DiAngelis T. Direct access: factors that affect physical therapist practice in the state of Ohio. *Phys Ther* [Internet]. 2012;92(5):688–706. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100358>
  35. Mintken PE, Pascoe SC, Barsch AK, Cleland JA. Direct access to physical therapy services is safe in a university student health center setting. *J Allied Health*. 2015 Autumn;44(3):164–8.
  36. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther* [Internet]. 1997;77(1):10–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/77.1.10>
  37. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2018;19(02):121–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423617000615>
  38. Moore A, Jull G. Changing complexities of challenges for clinical practice. *Man Ther* [Internet]. 2010;15(6):513. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2010.09.006>
  39. Muller LS. Direct access--the best kept secret: a “seasoned” case manager learns from personal experience. *Prof Case Manag* [Internet]. 2007;12(3):170–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PCAMA.0000271368.85923.af>
  40. Patterson K, Patterson R. Direct Access to Physical Therapy in Michigan is Overdue. *Med Student Res J* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 8];3(1):013–6.

Available from: <https://msrj.chm.msu.edu/wp-content/uploads/2014/05/MSRJ-Fall-2013-Direct-Access-to-Physical-Therapy-in-Michigan-is-Overdue.pdf#:~:text=Direct%20access%20to%20physical%20therapists%20%28PTs%29%2C%20the%20ability,better%20serve%20our%20patients%20and%20the%20healthcare%20system.>

41. Rundle R, Roberts J, Whitney G, Mankins S, Dille C, Donaldson M, et al. A comparison between civilian and military physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions: A descriptive study. *Int J Sports Phys Ther.* 2016;11(1):115–25.
42. Shoemaker MJ. Direct consumer access to physical therapy in Michigan: challenges to policy adoption. *Phys Ther [Internet].* 2012;92(2):236–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100421>
43. Timmons E, Hockenberry J, Durrance C. More battles among licensed occupations: Estimating the effects of scope of practice and direct access on the chiropractic, physical therapist, and physician labor market. *SSRN Electron J [Internet].* 2018 [cited 2023 Jan 8]; Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3191495>
44. van der Spuy I. Clinician's commentary on Duncan et al.(1). *Physiother Can [Internet].* 2015 Winter;67(1):46–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.3138/ptc.2013-69-CC>
45. Young BA, Ross MD, Heick J, Greathouse DG, Green Guerrero H, Boissonault WG. Exploration of medical screening and differential diagnosis instructional methods and faculty perceptions in physical therapist educational programs. *J Allied Health.* 2020 Summer;49(2):e89–97.
46. Sandstrom RW. The meanings of autonomy for physical therapy. *Phys Ther [Internet].* 2007;87(1):98–106. Available from: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20050245>
47. RNPI - Superintendencia de Salud. [cited 2023 Jan 26]; Available from: <https://rnpi.superdesalud.gob.cl/>
48. Colegio de Kinesiólogos de Chile [Internet]. Ckch.cl. [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://www.ckch.cl/>

