



**CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DOMICILIARIA EN MALLORCA**
Una propuesta para la transferencia de la investigación cualitativa al contexto
particular y a otros contextos similares

Berta Paz Lourido



http://www.uib.es/catedra_iberamericana



Número 23
Colección Veracruz

**CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DOMICILIARIA EN MALLORCA**
**Una propuesta para la transferencia de la investigación cualitativa al contexto
particular y a otros contextos similares**

Berta Paz Lourido



http://www.uib.es/catedra_iberamericana



Depósito Legal:

ISBN: 978-84-936357-9-4
Depósito Legal: PM 628-2009

Ediciones de la Fundació Càtedra Iberoamericana
Cra de Valldemossa, Km 7.5
07122 Palma de Mallorca

© del texto y de la edición: Fundació Càtedra Iberoamericana



http://www.uib.es/catedra_iberamericana



INDICE

INTRODUCCIÓN

1. LAS CUESTIONES GENERALES DEL CONTEXTO

1.1 Dibujando el escenario: aspectos sociodemográficos y tendencias sociosanitarias

1.2 Del modelo de Atención Primaria de Salud a la fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria.

2. EL MARCO TEÓRICO Y EL DISEÑO DEL ESTUDIO

3. LOS ELEMENTOS DE DISCUSIÓN EN LAS PERSPECTIVAS DEL COLECTIVO ENTREVISTADO

4. LAS IMPLICACIONES DE ESTE ESTUDIO

4.1 Claves para la política

4.2. Claves para la práctica

4.3. Claves para la educación

4.4. Claves para la investigación

A Kristian



INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones en la transformación de los servicios de salud hacia una mayor equidad tiene entre sus mecanismos de apoyo la investigación llevada a cabo en el contexto particular. Por este motivo, aquellos investigadores e investigadoras que realizamos investigación con carácter contextualizado aspiramos a que ésta pueda ser útil en alguna manera. Tenemos por ello una obligación - cuando menos moral - con la comunicación de nuestros resultados a aquellos colectivos implicados en la transformación de las políticas, la organización y las prácticas en la atención en salud: profesionales de los diferentes ámbitos de la salud, de otros ámbitos como los educativos y sociales, de la gestión/administración, personal investigador u otras personas de la propia comunidad, entre otros.

En el curso de la investigación a la que se refiere este libro, he tenido la oportunidad de conocer a diferentes profesionales de Atención Primaria de Mallorca, quienes voluntariamente y sin ninguna compensación a cambio, aceptaron participar en un estudio orientado a identificar en sus percepciones sobre la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria, los elementos orientadores para su desarrollo en el contexto. También he podido compartir ricas discusiones con otros colegas, amigos y amigas de distintos ámbitos sobre diversas temáticas en relación con este estudio, que ponen de manifiesto en qué sentido hablar de fisioterapia implica hablar de derechos en salud de la comunidad y de sus necesidades en sentido amplio.

Aprovecho pues estas páginas para agradecerles una vez más su disposición y su generosidad al compartir conmigo sus experiencias, perspectivas y expectativas sobre el futuro de los servicios en la Atención Primaria domiciliaria. Sin embargo, tal y como también comuniqué a las personas que colaboraron en el estudio en su momento y ahora comparto con ustedes, esta investigación representa principalmente una mirada diferente a un escenario en que varios actores y actrices intervienen en su práctica cotidiana o podrían intervenir en un futuro. De esta manera, la lectura y uso que de ella se haga está lejos de mis manos, pero humildemente espero que cuando menos, sirva para abrir un espacio de reflexión y debate sobre la equidad del sistema sanitario en relación a los servicios de fisioterapia y a las personas que requieren este tipo de atención allá donde quiera que estén ubicadas.

En los últimos años la atención de fisioterapia en el domicilio se ha ido incorporando en las carteras de servicios de Atención Primaria en algunas comunidades del estado español. En la comunidad balear, existe una demanda hacia este tipo de servicio, materializada en particular por las asociaciones de pacientes y familiares. Las iniciativas que desde la atención especializada se han comenzado a desarrollar son en general, explicadas desde la bondad de sus intervenciones al grupo de población destinatario, pero responden a un modelo de atención vertical para personas con diagnóstico similar. Sin embargo, los servicios desarrollados desde un modelo de atención horizontal, como la Atención Primaria de Salud, suponen un enfoque diferente, con posibles implicaciones para la comunidad en su conjunto.



Este libro está dividido en cuatro secciones, con una primera parte dirigida a presentar los elementos contextuales que pueden ayudar a conocer el entorno en que se ha producido la investigación, así como las tendencias sociosanitarias en que está inmerso. Las siguientes secciones inciden en primer lugar en los aspectos particulares del estudio, para continuar con una selección de las aportaciones del colectivo entrevistado, con sus significados e implicaciones generales. Cabe destacar que el estudio realizado está delimitado a una parte del amplio espectro de cuestiones, enfoques teóricos y metodologías que la investigación sobre la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria puede plantear. Tiene en este sentido limitaciones de diversa índole, las cuales pueden incluso sugerir cierta pretenciosidad por mi parte en cuanto al título de este libro: parece evidente que el desarrollo de nuevos servicios en salud no debe depender exclusivamente de la perspectiva de los distintos colectivos profesionales del sistema sanitario. Sin embargo, este trabajo intenta iluminar las perspectivas de personas cuyo trabajo cotidiano se oculta entre los informes, las estadísticas y cifras anónimas, y que son al fin y al cabo, quienes dan vida a una estructura abstracta que ha de responder con equidad a las necesidades de la población.

Tal y como suele suceder en el proceso de reclutamiento de participantes en la investigación cualitativa, algunas de las personas contactadas deciden finalmente declinar la invitación a participar en el estudio. Uno de los motivos citados para rehusar fue el hastío en la colaboración en proyectos de investigación que invaden de cuestionarios la actividad laboral, o solicitan una participación puntual fuera de la jornada de trabajo. Esta queja apunta a un abuso en las formas de la investigación, pero muy particularmente a la ausencia de feedback sobre los resultados de aquellos estudios en los que voluntariamente muchos colectivos participan. Este hecho es además, un punto de discusión en los encuentros de investigación en salud, apuntando a la relevancia de difundir la investigación en diversos canales. Ello permite rescatar la capacidad para estimular una reflexión abierta sobre los resultados de ésta y no únicamente rendirnos a la presión del factor de impacto y otros índices bibliométricos durante la carrera docente e investigadora.

Por todo ello, este libro ha sido escrito pensando en aquellas personas que pudieran estar interesadas en la temática en un sentido crítico y pragmático. Aunque reconozco que los aspectos teóricos y de diseño del estudio son fundamentales para poder entender los resultados del mismo y las claves para el futuro que se apuntan, he limitado al máximo su complejidad y extensión para permitir un enfoque mayor en las implicaciones prácticas de este estudio. Quedo sin embargo, a disposición del público lector para mayores aclaraciones sobre el proceso de investigación si fuera este su ulterior interés.

Berta Paz Lourido



1. LAS CUESTIONES GENERALES DEL CONTEXTO

1.1 Dibujando el escenario: aspectos sociodemográficos y tendencias sociosanitarias

En muchos países, la población ha sufrido en los últimos años una marcada transición demográfica desde poblaciones jóvenes a envejecidas. Ello es debido, entre otras razones, al descenso de la natalidad, pero también al aumento de la esperanza de vida por disminución de la mortalidad, propiciada por la mejora de las condiciones socioeconómicas o sanitarias (Espinosa y Muñoz, 1995). Se calcula que en la próxima década, en España, casi un 18% tendrá más de 65 años (IMSERSO, 2004), y aunque no se puede identificar envejecimiento con enfermedad, es cierto que en un porcentaje importante de las personas mayores, la incidencia y prevalencia de enfermedades y su progresiva limitación funcional, inciden de forma directa en el incremento de demanda sanitaria, limitan su vida de relación y en muchas ocasiones los recluyen en su hogar (Contel y Badía, 1999). Además, como resultado de la aplicación de nuevos tratamientos y adelantos en términos de salud, hemos comenzado a asistir al incremento progresivo de personas con enfermedades crónicas de forma paralela al envejecimiento de la población, que suponen también un nuevo reto al sistema sanitario (Mayorales y Díaz, 2005).

En los últimos años, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de la Salud de 1999 (EDDES 99) se ha utilizado para mostrar la correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad en España. De las personas con discapacidad, un 18,1% lo conforman jóvenes y niños, un 23,1% son personas adultas afectados de problemas de salud crónicos u otro tipo de discapacidad, personas que sufren una patología invalidante, generalmente patologías neurológicas o neuromusculares o por las secuelas de accidentes laborales y de tráfico y el restante 58,8% tiene más de 65 años. En este sentido, las deficiencias que afectan a mayor población y a más temprana edad son de tipo osteoarticular (IMSERSO, 2004), que son también el tipo de dolencia predominante autodeclarada según el Informe 2004 de las Personas Mayores en España. En este informe, los datos apuntan que la mitad de población de mayores ha declarado tener problemas osteomusculares, que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Respecto a la población balear, tanto la Encuesta de Salud de 2001 como los datos de la Encuesta de Salud de 2006, confirman una tendencia en Baleares que coloca a las dolencias de origen musculoesquelético en los primeros puestos de las afectaciones de salud expresadas por la población.

En esta comunidad autónoma, la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007) apunta a que el número de ancianos residentes en Baleares se disparará en poco más de 10 años. Actualmente, viven en las islas más de 133.000 personas mayores de 65 años, que pasarán a ser en 2017 más de 186.000, alrededor del 16% de la población. En relación con la discapacidad, hay alrededor de sesenta mil personas con discapacidad en esta comunidad, de las cuales más del 50% es mayor de 65 años. Otro dato que destaca el Anuario del

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



envejecimiento en Baleares de 2008, es que la edad media de la población balear, de 39,2, está más de un punto por debajo de la media nacional, debido en gran medida a los recientes flujos migratorios procedentes del extranjero, constituidos por un importante volumen de personas jóvenes. Sin embargo, se puntualiza que la edad media en el archipiélago es superior a la de otras comunidades debido en parte a que en las islas un grupo importante de la migración extranjera también está formada por los nacidos en la Europa comunitaria y tiene una estructura de edad envejecida. De hecho, Baleares es la segunda comunidad con la edad media de los residentes extranjeros más elevada, pues a islas no sólo llegan inmigrantes jóvenes. Con una población actual de alrededor de un millón de habitantes (INE, 2007), y con una estructura económica fundamentalmente dependiente del sector del turismo, los flujos migratorios de personas mayores pueden suponer una carga añadida al sistema sanitario y social, más lento en adaptarse a los cambios demográficos.

Las actuales perspectivas sobre discapacidad inciden en tres ideas clave: el modelo social de discapacidad, la independencia o autonomía personal y los derechos de la ciudadanía (Oliver, 1999). Si la evidencia empírica muestra una estrecha relación entre discapacidad y edad, existe al tiempo también una relación con la dependencia. En el Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de discapacidad en España (2004) se considera que la dependencia surge como resultado de un déficit en el funcionamiento corporal que comporta una limitación en la actividad que no se puede compensar mediante una adaptación del entorno. Ello provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas. Por todo ello, no es extraño que se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a mayores.

Entre los determinantes de la dependencia se han citado factores demográficos, pero a ello hay que añadir los sociales, como la modificación de la estructura familiar tradicional y la incorporación de la mujer al mercado laboral, con implicaciones para el cuidado informal ya evidenciadas en el contexto (Campo, 2000; Bover, 2005). El crecimiento de las demandas en relación con la dependencia coincide en el tiempo con la crisis de los sistemas de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados continuados, y también con la tendencia a reducir las estancias hospitalarias por su alto coste. En ocasiones, cuando el sistema de salud está centrado sobre todo en el proceso patológico que sufre la persona, no puede dar respuesta a las necesidades de las personas tras los períodos de hospitalización y la falta de recursos hace que la familia asuma esos cuidados con el previsible impacto en la calidad de vida de las personas que ejercen el cuidado (Iturria y Márquez, 1997; Segura, 1998).

A nivel nacional, atendiendo al Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005), la gran mayoría de las personas dependientes viven en su domicilio, pero muchas tienen una alta probabilidad de institucionalización y de disminución del bienestar personal. En particular, la



disponibilidad de atención domiciliaria para aquellas personas que salen de alta hospitalaria puede evitar o retardar su institucionalización (Pérez et al., 2003). Aún entendiendo que la institucionalización puede ser adecuada en algunos casos, la tendencia apunta a que muchas de las personas que requieren cuidados prefieren una atención en el domicilio que ser institucionalizados, ya que la calidad de vida puede ser mejor teniendo en cuenta los aspectos sociales y psíquicos además de los físicos.

El informe económico y social de las Islas Baleares 2007, realizado por el Centre de Recerca Econòmica (UIB -“SA NOSTRA”), pone de manifiesto que el 23% de las personas mayores de 65 años de Baleares no comparte su hogar con nadie. Es decir, casi uno de cada cuatro mayores vive solo, con lo que más de 30.000 personas de las islas, la mayoría ancianas, conforma el grupo de población considerado más frágil. Esta fragilidad se relaciona con los problemas de salud que algunas veces derivan en discapacidades permanentes, implicando una desventaja en la autonomía de la persona. Además existe el riesgo de aislamiento y la exclusión social, teniendo en cuenta las condiciones de vida en que se encuentra un alto porcentaje de este grupo poblacional, muchos de ellos en lista de espera para acceder a una residencia. Ello se enmarca en un contexto de desigualdad económica dentro de la población de la comunidad balear (Pou, 2008), pudiendo afectar a las posibilidades de acceso a recursos que no son ofertados de forma pública. La identificación de la atención domiciliaria como recurso en relación con las personas con discapacidad y dependencia ya aparecía tanto en el Plan de Salud de las Islas Baleares 2003-2007, como en el Plan Sociosanitario de 2003, sacando a la luz la necesidad de mayor priorización en las acciones con los ancianos frágiles y otras personas con discapacidad.

Muchas personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. Por lo tanto, aunque la atención de la dependencia se enmarca dentro de los servicios sociales, existe una fuerte relación con el ámbito sanitario debido a la interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. Por este motivo, la calidad de vida de las personas inmovilizadas puede presentar un nivel elevado de deterioro, confluyendo factores físicos, psicológicos y sociales que incrementan la demanda de atención domiciliaria desde todos los niveles (Pérez et al, 1999). Bajo la consideración de que múltiples factores pueden influenciar la calidad de vida de las personas recluidas en el domicilio, como por ejemplo los recursos económicos insuficientes, los profesionales de salud pueden ser además un recurso de identificación de determinantes sociales que influyen en la salud, derivando en su caso a los servicios más adecuados.

Otro factor clave a tener en cuenta en las consideraciones en la atención a las personas con discapacidad y/o dependencia es el desarrollo democrático (INSALUD, 1999). El Comité de Ministros europeo, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de la sociedad europea,



recomendó ya unos años atrás a sus Estados miembros a través de los documentos 98/9, 98/11 y 99/4, que dentro de las políticas a favor de las personas dependientes se dé prioridad a la asistencia en el domicilio habitual. La sociedad está cada vez más sensibilizada ante las necesidades en salud y dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas y de las implicaciones familiares, manifestando por tanto un problema complejo, a la par sanitario y social. Por todo ello, las administraciones de los distintos países reconocen que los actuales cambios sociodemográficos ya están ocasionando una mayor presión sobre los sistemas de salud, ya que la tasa de discapacidad aumenta con la edad y ha provocado un aumento de las personas dependientes que precisan de atención sanitaria en el domicilio. Este tipo de intervención puede representar una buena respuesta de los estados al reto del envejecimiento y dependencia de la población, aunque no todas las personas que lo precisan disponen de ello (Hutten y Kerkstra, 1999; Branick et al, 2002; Kupper-Nybelen et al, 2006).

Una muestra del cambio de paradigma en la atención a las personas dependientes se puede observar también en la diferente perspectiva de la clasificación de la discapacidad. La aproximación que hasta el 2001 se seguía para considerar y clasificar las dimensiones relacionadas con la salud y la discapacidad se ha visto modificada y actualizada con la elaboración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) rompiendo con el antecedente de la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS por primera vez en 1980. El proceso de revisión de dicha clasificación ha tenido como resultado modificaciones trascendentes (Jiménez et al, 2002). Entre ellas, el cambio de nombre refleja el deseo de sustituir la perspectiva negativa de las deficiencias, discapacidades y minusvalías por una visión más neutral de la estructura y de la función, considerando las perspectivas positivas de las actividades y de la participación. En este sentido, la clasificación del 2001 supera a la anterior al poner el énfasis en la función y la autonomía más que en la deficiencia. Dentro de las limitaciones en la actividad, se apuntan aspectos relacionados con el cuidado personal, la movilidad y el desplazamiento que permitan a la persona una mejor calidad de vida.

En el ámbito social, el desarrollo de ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en dependencia, supone un importante cambio en el contexto de la atención sociosanitaria en España, presentándose como un pilar de la construcción del cuarto estado de bienestar. La ley nace con la intención de compensar económicamente el esfuerzo de cuidado de las familias e impulsar el desarrollo de una red de recursos sociales, entre los que se cuentan los servicios de tele-asistencia, ayuda a domicilio y servicios de atención diurna entre otros. Establece el derecho de la ciudadanía ante situaciones de dependencia, estableciendo un perfil social pero sin definir el papel que deberá jugar el sistema sanitario en la atención de la dependencia.



En cuanto al sistema sanitario español es necesario tener en cuenta el proceso transferencial finalizado en 2001, con el traspaso de las competencias en sanidad a las últimas comunidades autónomas, entre ellas las Islas Baleares. La Ley 5/2003 de 4 de abril, de salud de las Illes Balears se configura como el instrumento normativo más importante de la comunidad autónoma para articular en compromiso con la ciudadanía de protección de la salud, regulando este derecho y adaptándolo a la realidad social, geográfica y sanitaria de las islas. En este sentido, aunque en general los sistemas descentralizados son considerados como más efectivos para la gestión contextualizada, pueden ser un factor que contribuye a la presencia de desigualdades en salud en un mismo país (Borrell et al, 2005). Por este motivo se aprobó la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que no sólo asume el nuevo escenario de completa descentralización de la asistencia sanitaria, sino que establece el marco legal para las acciones de coordinación de las administraciones públicas sanitarias.

La Ley de Cohesión y Calidad pretende garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, mediante estrategias que fomenten el mejor nivel de atención a los ciudadanos y la motivación de los profesionales, respondiendo a las necesidades de la población, en el marco de la situación actual. Para ello presenta una política sanitaria basada en tres grandes líneas estratégicas: mejorar los resultados en salud, garantizar a los ciudadanos la equidad, calidad y participación en la atención sanitaria, y promover la cohesión en el Sistema Nacional de Salud. En este sentido, la ley considera a los profesionales del sistema sanitario como protagonistas fundamentales para mejorar los resultados en salud, insistiendo en la necesidad de continuar la formación a lo largo de la vida.

Respecto a las garantías a los ciudadanos, a pesar del alto nivel de equidad alcanzado según la ley, el sistema sanitario presenta desigualdades, por lo que debe orientarse al incremento del nivel de calidad y las garantías de la atención sanitaria, evitando la variabilidad geográfica y en la práctica clínica. En este sentido la creación de la Agencia de Calidad y el Observatorio Nacional de Salud se planteó con el objetivo de la mejora continua en la práctica diaria, reforzando el papel de las guías de práctica clínica y el análisis de buenas prácticas. En cuanto a la cohesión del sistema, en un sistema sanitario descentralizado es necesario garantizar la visibilidad de los objetivos centrales que den coherencia al conjunto. La ley define y regula los ámbitos de actuación en que es precisa la colaboración de todas las administraciones públicas sanitarias: las prestaciones, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad, los planes integrales, la salud pública y la participación social. También la ley considera necesaria la definición de instrumentos organizativos capaces de evitar las desigualdades como el Consejo Interterritorial, el Fondo de Cohesión Sanitaria, el Sistema de Información y las Redes de conocimiento.

Sin embargo, la flexibilidad en la cartera de servicios en un sistema descentralizado puede poner en cuestión los valores del sistema nacional de salud. La diversidad en los servicios ofrecidos a la ciudadanía obliga a la

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



publicación de normas que aseguren el establecimiento de servicios comunes en todo el territorio. En este sentido, en 2006 se publica el Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud. El decreto, detalla las características de estos servicios mínimos así como algunas recomendaciones para su revisión continuada, asumiendo con ello que existen diferencias entre los servicios ofrecidos entre las distintas comunidades autónomas. A modo de ejemplo, respecto a la fisioterapia en la Atención Primaria se incluye en esta normativa específicamente la atención en el centro de salud y en domicilio como un servicio común, lo cual no está desarrollado en todo el territorio nacional. De esta forma, existen regiones donde se ha desarrollado la fisioterapia domiciliaria desde el primer nivel de atención, mientras que en otras comunidades, entre ellas Baleares, este servicio todavía no se ofrece a la población desde Atención Primaria. A su vez, la Cartera de servicios básicos y comunes del Sistema Nacional de Salud, tampoco ha incluido la atención sociosanitaria ni el papel que ha de jugar el sector salud en los planes de prevención de las situaciones de dependencia que habrán de fijar las comunidades autónomas, lo cual deja evidencia de dos políticas independientes.

Tras la publicación del informe denominado Atención Primaria del siglo XXI: Análisis de situación (MSC, 2006) se ha presentado el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (MSC, 2007), donde se incluyen un total de cuarenta y cuatro estrategias de mejora. Se incide en el documento en la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía, la mejora de la efectividad y la resolución, la mejora de la continuidad asistencial, de la participación y el desarrollo profesional y por último de la mejora de la eficiencia de la gestión y la organización. Ambos documentos surgen como resultado del proyecto AP-21 y cuentan con el apoyo del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, que considera estos documentos como un marco estratégico adecuado para que las comunidades autónomas desarrollen las medidas que en el marco de sus competencias y realidades, puedan mejorar la Atención Primaria en todo el territorio. La estrategia número 27 del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012 apunta la necesidad de mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales, de forma particular con los ayuntamientos y otras organizaciones que realizan actividades en los domicilios. Se hace referencia también a las políticas de comunicación y divulgación entre los sectores sanitarios y social, adquiriendo compromisos conjuntos, aunque, coincidiendo con Jiménez (2007) parece urgente abordar el papel del sector sanitario en la construcción de un espacio sociosanitario en el que la Atención Primaria tiene un papel esencial. Sin duda, ser la puerta de entrada del sistema sanitario coloca a la Atención Primaria en un lugar privilegiado para el desarrollo de programas de prevención, identificación y seguimiento de las situaciones de riesgo sociosanitario, programas de atención domiciliaria, evaluación de necesidades, intervención y evaluación.



2. Del modelo de Atención Primaria de Salud a la fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria.

La estructura sanitaria en España, el rol de los colectivos profesionales, los servicios que se ofrecen y la organización de los mismos está influenciado por un modelo de atención a la salud cuyo origen se ubica varias décadas atrás. El desarrollo del enfoque de la Atención Primaria de Salud¹ (APS) está íntimamente ligado a una concepción de la salud de tipo biopsicosocial y a una apuesta por el desarrollo de la salud comunitaria. Aunque ya a inicios del siglo XX se fraguan los inicios de este modelo de atención, se asume que el origen se encuentra en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, con el patrocinio de la OMS y de UNICEF. Esta conferencia representó el pensamiento de las principales autoridades sanitarias de 140 países respaldando la Atención Primaria de Salud como una estrategia para lograr mayor equidad en salud. La Conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud de la siguiente manera (OMS, 1978):

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. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

1.1.1.1. Esta declaración además de conceptualizar el modelo de Atención Primaria de Salud, apunta los aspectos clave de este modelo y de su organización por parte de los estados, algunos de los cuales se recogen a continuación.

- La Atención Primaria de Salud es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver esos problemas.

¹ En este documento utilizo los términos Atención Primaria de Salud y Atención Primaria, refiriéndome con el primero generalmente a un modelo de atención en salud que se ha desarrollado en diversos países con formas de organización similares pero no idénticas; y con el segundo al desarrollo de este modelo en el sistema sanitario español. También pueden aparecer otros términos como primer nivel de atención o nivel primario de atención.

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



-
- Comprende, cuando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con la inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.
 - Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, nacionales y comunitarios, en particular de la agricultura, zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
 - Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

1.1.1.2.

1.1.1.3. Distintos autores hacen referencia a los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud utilizando similares terminologías. Se consideran sus características el primer contacto (o accesibilidad), la atención longitudinal centrada en la persona y no en la enfermedad, la atención integral a todas las necesidades de salud (o comprensividad), la coordinación con otros niveles o servicios de salud, la orientación familiar, situando a la persona en su propio medio y la orientación comunitaria, considerando la ubicación de la persona en un contexto social, pero también apuntando el rol activo por parte de la comunidad en la organización y funcionamiento de la Atención Primaria de Salud (Starfield, 2001). Siguiendo a otros autores (Martín, 2003) los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud se concretan en una perspectiva integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible y estar basada en equipos interdisciplinarios. Además ha de ser comunitaria y participativa, programada y evaluable; y también docente e investigadora.

1.1.1.4.

En definitiva, desde la Declaración de Alma Ata, diversas voces han plasmado la actualidad y vigencia de los principios fundamentales del modelo de Atención Primaria de Salud. Siguiendo a

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



Vüori (1984), el modelo de Atención Primaria supone un cambio de filosofía en la atención de salud, que implica concebir la salud como un derecho fundamental y garantizar su defensa prioritaria, respondiendo a criterios de justicia e igualdad. Además supone un nivel de asistencia, tanto para la población que contacta con el sistema sanitario como para la población en general, promoviendo la toma de contacto de individuos y comunidades mutuamente interactiva con el sistema sanitario en consultas, domicilios y otras instituciones de la comunidad. El modelo puede considerarse también como una diferente estrategia de organización de los servicios sanitarios, para alcanzar una cobertura total, que sean accesibles, respondan a las necesidades de la población, que estén funcionalmente integrados, basados en la participación de la comunidad y una adecuada administración de los costes. Desde este punto de vista, cuanto mejor sea este nivel de organización de los servicios sanitarios por tanto, no sólo se mejora el funcionamiento del sistema y se gestionan mejor los recursos sino que podrán responder mejor a las necesidades de la población de una manera continuada. Finalmente, el conjunto de actividades a desarrollar incluyen prevención, tratamiento, educación sanitaria, pero también otro tipo de actividades que han de ser asumidas también por las naciones ricas e industrializadas y no sólo aquellas comunidades en vías de desarrollo.

A pesar de que esta estrategia y definición fue aprobada de forma unánime, para Martín (2003) la realidad es que los responsables de la política sanitaria de muchas naciones desarrolladas no han hecho los esfuerzos precisos para potenciar la Atención Primaria de Salud. Ello puede deberse a que, en un primer momento y con una lectura superficial puede entenderse como una estrategia para ser aplicada en países con muy poca infraestructura sanitaria, con renta per cápita notablemente baja y con un determinado perfil epidemiológico. Sin embargo todavía hoy se asume que el modelo de Atención Primaria no sólo es un enfoque que constituye la base del sistema de atención, sino que ha de influir de forma determinante en la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario (Macinko et al, 2003). La Atención Primaria de Salud supone pues una estrategia diferente a la que tradicionalmente se venía desarrollando a mediados del siglo pasado, dirigida a ofrecer sistemas sanitarios altamente especializados y tecnológicos (Starfield et al., 2005). Por tanto, la Atención Primaria de Salud es más que un modelo de organización sanitaria. Es el mecanismo por el cual los dos objetivos de los sistemas sanitarios -optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos - están equilibrados. Si la equidad en salud es todavía hoy una cuestión sin resolver (Arnand, 2004), una característica fundamental de este modelo es la consideración de que los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios responden o no a las necesidades y expectativas de la población (Macinko et al, 2007; OPS/OMS, 2007).

En España, la regulación normativa del proceso de reforma de la estructura asistencial se produce en 1984 con la aprobación del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud. Este decreto delimitó las zonas de salud, definió el centro de salud, y el concepto de una Atención Primaria



coordinada, integral, permanente y continuada, creó los equipos de Atención Primaria y la figura de coordinador médico; y estableció una jornada de trabajo, la libre elección de médico y la tarjeta sanitaria. Posteriormente distintas disposiciones se suman a ésta, anticipándose todas ellas a la norma fundamental que debía establecer la reforma general del sistema sanitario y que toma forma en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad. Esta ley desarrolló el derecho a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución y colocó al Sistema Nacional de Salud como la estructura compuesta por todos los servicios de salud - tanto estatales como autonómicos - y garante de dicho derecho. Por lo tanto, el derecho constitucional a la protección de la salud obliga a desarrollar el principio de equidad en el acceso a los servicios sanitarios, la financiación pública del sistema, el acercamiento de la gestión sanitaria a la realidad social y la mejora continua de la calidad de la atención prestada. De esta manera, la nueva estructura asistencial queda determinada, restando adecuar la estructura asistencial existente a las nuevas exigencias contempladas en la ley.

El establecimiento del primer nivel de atención lleva consigo una organización en relación con el desarrollo de servicios en zonas delimitadas geográfica y demográficamente como el Área de Salud (AS) y la Zona Básica de Salud (ZBS). En el territorio español, todas las comunidades autónomas han organizado sus servicios sanitarios en torno al Área de Salud, configurándose ésta como la estructura fundamental del Sistema Sanitario, tal como se determinaba la Ley General de Sanidad con el carácter de normativa básica. Así, a nivel territorial se constituyó un nuevo mapa sanitario que tiene como estructura fundamental el Área de Salud, la cual debe albergar todos los servicios necesarios a fin de prestar una asistencia especializada y primaria de forma integral. Estas áreas se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos, así como de instalaciones sanitarias, extendiendo su acción a una población alrededor de los doscientos cincuenta mil habitantes. Se exceptúan de esta regla determinadas regiones que pueden acomodarse a sus específicas peculiaridades como la situación insular de las Islas Baleares, que contempla una estructura por encima del Área de Salud, con la denominación genérica de Región Sanitaria.

Para mayor operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios, las comunidades autónomas han subdividido a su vez las Áreas de Salud en Zonas Básicas de Salud, que constituyen el marco territorial donde se desarrolla la Atención Primaria, es decir, el primer nivel asistencial. En su delimitación se tienen en cuenta factores como la ubicación de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios, el grado de concentración o dispersión de la población, las instalaciones y recursos sanitarios, entre otros. En el caso de Mallorca, el territorio de la isla está dividido en zonas básicas agrupadas en cuatro sectores en relación con hospital de Atención Especializada de referencia: Hospital Universitario Son Dureta, Hospital Son LLàtzer, Hospital de Manacor y Hospital de Inca. En cuanto a la población, los datos de la de la Gerencia de Atención



Primaria (GAP, 2006), señalan la existencia de una población adscrita al Área Sanitaria de Mallorca de más de 775.000 personas, lo que ha supuesto un 22% de aumento respecto a 2001, año en que se realiza la transferencia sanitaria.

El centro de salud se considera la estructura física y funcional en la que se ha de desarrollar una parte importante de las actividades de la Atención Primaria de Salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los grupos profesionales que intervienen (Martín, 2003). A diferencia de los antiguos consultorios donde el trabajo era básicamente asistencial y administrativo, las características del centro de salud en el nuevo modelo le hacen asumir como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, contemplando actividades curativas pero además también preventivas y de promoción de la salud. En cualquier caso, el sistema organizativo acorde con el modelo de Atención Primaria de Salud y que está realmente orientado a la comunidad ubica sus servicios con una proximidad que facilite el acceso de los vecinos al centro. Además, este hecho también facilita las visitas al domicilio por el equipo de salud y la movilidad del personal en el área de referencia para llevar a cabo investigaciones sobre el estado de salud, actitudes y prácticas relevantes (Sidney et al., 1993).

El trabajo en equipos interdisciplinarios es el pilar organizativo en que se basa el desarrollo de las intervenciones de Atención Primaria de Salud e implica que el grupo de individuos hace diferentes aportaciones en una metodología compartida dirigida a la consecución de objetivos comunes (Martín, 2003). De esta manera, profesionales sanitarios y no sanitarios han de desarrollar de forma continuada y compartida sus funciones y actividades en una comunidad determinada. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales y requieren no sólo de la combinación correcta de profesionales, sino también de la definición de roles y responsabilidades, de su distribución geográfica adecuada, y de la capacitación necesaria para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud, a la mejor salud del trabajador y a la satisfacción del usuario (Vüori, 1984; Martín, 2003; OPS/OMS, 2007). El núcleo básico del equipo en España está formado por profesionales de medicina de familia, enfermería y personal técnico no sanitario. Entre los profesionales integrados en el equipo de apoyo se pueden encontrar profesionales de fisioterapia, cuyas plantillas se empezaron a conformar en 1989, dos años antes incluso que la regulación de las funciones a desarrollar por este colectivo (Martínez et al, 2008) .

La norma que recoge la organización de la fisioterapia en Atención Primaria es la Circular 4/91 de 25 de febrero, que diseña unas Unidades de Fisioterapia a cuyo frente están profesionales fisioterapeutas, quienes han de realizar labores de apoyo al equipo en aquellas actividades preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras que requieran sus conocimientos especializados. El modelo de atención fisioterápica diseñado en esta circular rompe con el modelo hospital-centrista vigente hasta la fecha, que ligaba la actividad del colectivo de fisioterapeutas a los Servicios de Rehabilitación del hospital de referencia. Este cambio era consecuente con la nueva organización sanitaria basada en la existencia de dos niveles asistenciales, el especializado y el primario, con una estructura propia cada uno de ellos. La circular además refrenda la posibilidad de que los médicos de Atención Primaria puedan derivar a la unidad de fisioterapia de Atención Primaria directamente. Se establece

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



por ello la necesidad de una coordinación de las Unidades de Fisioterapia y los Servicios de Rehabilitación, pero partiendo de la autonomía en su funcionamiento. Tras todo este proceso, Fernández y cols. (1997) reflejan en la literatura que por un lado, el nuevo modelo ofrecía oportunidades a la fisioterapia para un mayor desarrollo en otros ámbitos interdisciplinares y comunitarios; y por otro lado, la fisioterapia ofrecía ventajas a los servicios de Atención Primaria contribuyendo a unos equipos con mayor capacidad resolutoria. Pese a ello, todo apunta a que la implementación de los servicios de fisioterapia no ha ido siempre acompañada de una verdadera integración, lo cual ha fomentado concebir la atención fisioterápica sólo como un servicio directo fisioterapeuta/paciente ofrecido en un marco sanitario, sin plantearse la resolución de problemas en el medio ambiente de la persona. (Medina, 1992; 1997). Para otros autores, los colectivos profesionales de los equipos de apoyo todavía no tienen en general, una importancia de primer nivel en el sistema español, a pesar de que sus funciones encajan con las actividades dentro del centro y en el domicilio (Martín, 2003). Para el autor, la realización del amplio abanico de actividades en Atención Primaria, requiere que profesionales expertos en distintas áreas, participen con una metodología de trabajo que supere las tendencias a centrarse exclusivamente en los intereses de cada grupo profesional y apunten a las necesidades de los usuarios y de la organización. A nivel internacional, aunque se ha evidenciado un mayor desarrollo de la fisioterapia en el primer nivel de atención, la limitación en el nivel de recursos en relación a la fisioterapia pone en entredicho las políticas teóricamente diseñadas para una atención más equitativa a las personas con discapacidad y las personas dependientes (WCPT, 2003; CPA, 2005; CPTA/APA/CPA, 2006; Stewart et al, 2007).

Sin duda, desde la Reforma de la Atención Primaria en España se han logrado importantes avances en la atención a la ciudadanía, permitiendo una mejora sustancial en los servicios de salud de financiación pública superando el modelo ambulatorio (Borrell, 1996). En Mallorca, el proceso de reforma de la Atención Primaria se inició rápidamente, creando en 1981 la primera Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la isla en el Consultorio de La Vileta, considerado el primer embrión de centro de salud hasta la apertura del Centro de Salud de Es Camp Redó en 1985 (INSALUD, 1995). Posteriormente le siguieron otros centros y poco después, en el trienio 1986-88, Palma de Mallorca llegó a ser la capital de provincia con mayor población atendida en este modelo, lo que sugiere un esfuerzo emprendido por la administración y los distintos colectivos profesionales. En cuanto a la fisioterapia, durante la primera década de la reforma sanitaria se incorporaron en la Atención Primaria de Mallorca diez fisioterapeutas en seis unidades de fisioterapia.

Desde la situación inicial de precariedad de la asistencia primaria hasta la actualidad han pasado más de dos décadas de esfuerzo innovador que para algunos autores la han situado en una de las mejores a nivel internacional, cumpliendo en gran medida los criterios del modelo de Atención Primaria de Salud (Fernández et al, 2005). Sin embargo, presuponiendo la voluntad política hacia la mejora en este nivel de prestación, varios han sido los problemas encontrados, comunes en algunos casos a otros países y derivados de un sistema sanitario todavía vertebrado en



la Atención Especializada y con deficiente financiación en su reforma (Martín, Ledesma y Sans, 2000; Durán et al., 2006). El grado de implantación de las reformas, y muy particularmente las que afectan a la organización y gestión de los servicios sanitarios ha sido muy variable a lo largo del territorio, dependiendo de la capacidad de conseguir recursos y afrontar los cambios a pesar de la rigidez institucional de la que se partía históricamente. En este sentido, el Documento de Consenso sobre las Propuestas de Mejora para los Equipos de Atención Primaria (MSC, 2001), prioriza la necesidad de incrementar el tiempo asistencial, flexibilizar las agendas de citación, mejorar la organización interna, dotar de más recursos, mejorar el sistema de información y la capacidad resolutive. Uno de los aspectos que subyacen y fuente de recurrente demanda por parte de los colectivos profesionales de este nivel, es el incremento de recursos humanos en plantilla que haga verdaderamente posible el desarrollo de las actividades de Atención Primaria como un servicio público.

En Mallorca están en funcionamiento en la actualidad más de cuarenta equipos de Atención Primaria repartidos por todo el territorio, incluida la capital. Estos equipos intervienen en los distintos centros de salud y unidades básicas ubicadas en el territorio insular. En 2006, el número de profesionales que integraba el colectivo de medicina de familia en Atención Primaria de Mallorca apenas superaba los trescientos cincuenta profesionales, cifra similar a los profesionales de enfermería, mientras que en el caso de los pediatras, la cifra se situaba en torno a los cien profesionales (GAP, 2006). Aunque estas cifras se han incrementado recientemente con la incorporación de nuevos profesionales a la red de recursos humanos de Atención Primaria, conviene relacionarlas con la población de referencia antes citada, pero también con sus necesidades en salud y la disponibilidad de otros servicios de apoyo.

Las unidades de apoyo como trabajo social y fisioterapia se ubican únicamente en determinados centros de salud. En el caso de trabajo social, este colectivo profesional puede tener consultas en más de un centro, desplazándose a los centros y en su caso, a los domicilios ubicados en las zonas de influencia de dichos centros de salud. Esta situación hace referencia al colectivo de trabajo social ubicado en las unidades de apoyo de los centros de salud de Palma de Mallorca, las cuales pertenecen a la plantilla de recursos humanos de Atención Primaria. En el resto del territorio, aunque en algunos casos pueda existir una consulta ubicada en el centro de salud, el colectivo profesional de trabajo social pertenece estructuralmente a los servicios sociales de los distintos ayuntamientos.

En relación con el acceso a la fisioterapia, si el centro de salud habitual no dispone de unidad de fisioterapia, las personas han de desplazarse al centro salud de referencia para recibir esta atención. Si la persona no puede desplazarse al centro de salud o no es suficientemente autónoma y requiere atención de fisioterapia, es transportada al servicio de rehabilitación del hospital de referencia. Los datos del año 2007 (Fuente: Gerencia de Atención Primaria) ponen de manifiesto



que el número total del colectivo de fisioterapeutas de Atención Primaria es de veintidós fisioterapeutas, distribuidos en Unidades de Fisioterapia en catorce centros de salud. Cinco de estas unidades se sitúan en centros de salud en los barrios de Palma de Mallorca con un total de nueve fisioterapeutas y las nueve unidades restantes en otros pueblos de la isla, donde intervienen trece fisioterapeutas.

En cuanto a los indicadores de actividad referidos a las Unidades de Fisioterapia en la Memoria de 2006 (GAP, 2006), los datos reflejan que se han atendido en las unidades propias de Atención Primaria más de 18.000 personas, lo cual no incluye a las personas dependientes que son derivadas a los hospitales al no poder ser atendidas en las unidades del primer nivel de atención. En las últimas memorias publicadas se incluye específicamente las actividades de fisioterapia agrupadas en cuatro apartados diferenciados: cinesiterapia, mecanoterapia, electroterapia y otros. La disposición de estos indicadores revela el enfoque que desde la propia administración se le asigna a la fisioterapia en Atención Primaria, donde se prioriza la técnica o el agente físico utilizado. Ello contrasta con la ausencia de mención de otras intervenciones que recoge la Circular 4/91 sobre la fisioterapia en Atención Primaria como actividades preventivas y comunitarias, investigación o gestión. En cualquier caso, los datos evidencian que las intervenciones mayoritarias en las unidades de Atención Primaria son aquellas que no requieren una intervención directa, prolongada e individualizada por parte del colectivo de fisioterapeutas, prevaleciendo numéricamente las actividades de electroterapia o mecanoterapia. Las actividades descritas hacen referencia a la intervención en sala y no se refieren iniciativas de intervención comunitaria o domiciliaria.

A diferencia de la hospitalización a domicilio que implica una atención transversal, en un momento dado de la vida y que requiere para su asistencia el desplazamiento de recursos hospitalarios al domicilio, la atención desarrollada desde el nivel primario deriva del propio enfoque de este nivel de atención. El Real Decreto 1030/2006, define la intervención sanitaria en Atención Primaria como una intervención que comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad. Puntualiza el decreto que esta intervención puede realizarse tanto en la consulta como en el domicilio de la persona y en ambos casos es diferenciada como atención programada, cuando es realizada por iniciativa de un profesional sanitario o como atención a demanda, cuando es realizada por iniciativa de la persona que requiere el servicio. Finalmente, se denomina atención urgente cuando se ha de realizar por motivos de salud no demorables.

La atención en el domicilio es una de las funciones básicas de los miembros del equipo de Atención Primaria, pues la realización práctica de la continuidad en la asistencia no es posible sin contemplar el ámbito domiciliario. En este sentido, las necesidades en salud incitan a que la atención domiciliaria se ha de convertir en uno de los



aspectos más importantes de este nivel de atención, ya que las personas dependientes en su domicilio crean una situación de estrés y distorsión de la dinámica familiar, que el equipo sanitario debe ayudar a sobrellevar, realizando valoraciones integrales, ofreciendo soporte y orientando sobre los recursos sociales existentes (Contel, Gené y Limón, 1999; Benítez, 2003). Incorporar el escenario domiciliario a la organización de la Atención Primaria deriva de la filosofía de este modelo, siendo según algunos autores la forma más adecuada para desarrollar la estrategia de atención familiar de forma longitudinal e integrada (De la Revilla y cols., 2003).

Cabe destacar en cuanto a la atención domiciliaria, que también se ha regulado el desarrollo de una parte de ésta por medio de los equipos de Soporte a Domicilio (ESAD). Su composición y funcionamiento está regulado desde 1999 y supone la participación al menos de profesionales de medicina, enfermería y personal auxiliar, teniendo como objetivo servir de apoyo a la atención domiciliaria de personas con procesos terminales o con limitación funcional e inmovilizados complejos (INSALUD, 1999). El funcionamiento de los equipos de soporte a la atención domiciliaria precisa de una estrecha coordinación con los equipos del centro de salud para evitar conflictos, solapamientos o desatención en el domicilio.

Aunque la atención domiciliaria forma una parte esencial de las funciones de los equipos de Atención Primaria (Martín, 2003), y la literatura sobre esta temática se ha incrementado notablemente en los últimos años, todavía son necesarios más estudios que contribuyan no sólo a iluminar las características de este servicio y sus efectos, sino también las perspectivas de las personas implicadas más directamente en el mismo (Fuentelsaz et al, 2002; Frías et al, 2002; Grupo ATDOM, 2003; Segura, 2005). En cuanto a la fisioterapia realizada en el domicilio, aunque la literatura recoge ampliamente estudios científicos y experiencias en relación a fisioterapia domiciliaria, muchos de estos trabajos se desarrollan desde el entorno especializado, por lo que no incluyen una perspectiva generalista y comunitaria en su enfoque (Paz et al, 2008). En este sentido, los objetivos de esta intervención desde Atención Primaria recogidos en la literatura se centran en tres aspectos. En primer lugar, garantizar el acceso de una práctica asistencial a la población que por sus características no puede ser atendida en el centro de referencia; en segundo lugar, promover la participación de la familia, dándoles pautas de comportamiento para facilitar la recuperación y en tercer lugar, asesorar a otros grupos profesionales que realizan atención domiciliaria (Inglés et al, 1999). Estos autores antes citados, definen la fisioterapia domiciliaria como un conjunto de actividades de carácter y de ámbito comunitario realizadas en el domicilio, con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y continuidad ante los problemas de salud del individuo y su familia, potenciando así su autonomía.

La Fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria parece encaminada a ser un pilar imprescindible en la estrategia de salud, contemplada recientemente en el Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes para el Sistema Nacional de Salud. El decreto considera como Rehabilitación Básica en Atención Primaria aquellas actividades de educación, prevención y rehabilitación susceptibles de realizarse en el ámbito de la Atención Primaria, previa



indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones de la accesibilidad. Por su parte, el Plan Estratégico de mejora de la Atención Primaria (MSC, 2007), apunta la necesidad de potenciar las actividades de atención domiciliaria e implicar a los profesionales impulsando planes de acción que incluyan actividades de promoción de la salud, y de prevención de situaciones que generen dependencia. Además explicita la inclusión de actividades orientadas al mantenimiento y recuperación de la capacidad para actividades de la vida diaria desde la Atención Primaria, señalando de forma específica (p.55) *“la aplicación de terapias respiratorias y otras técnicas fisioterapéuticas”*. Finalmente, el documento marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria publicado por la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF, 2007), recoge muchas de las inquietudes que en los últimos años han sido explicitadas en las diversas Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y supone una propuesta de adecuación de los recursos de fisioterapia a la cartera de servicios comunes (RD 1030/2006). En este sentido apunta la ubicación de los servicios de fisioterapia en el centro de salud y en el domicilio y otros entornos comunitarios, debiendo destinarse entre un quince y veinte por cien de su tiempo semanal a actividades domiciliarias. Por todo ello, y en palabras de Sanz (2004, p. 41) parece que la situación actual apunta a la necesidad de dirigir los esfuerzos a *“facilitar la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios, orientando la gestión hacia las expectativas de los usuarios y hacia el mantenimiento y la mejora de la calidad de vida”*.



2. EL MARCO TEÓRICO Y EL DISEÑO DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio de tipo cualitativo con una orientación teórica ubicada en el paradigma crítico social. En este paradigma amplio se engloban una serie de orientaciones teóricas como el marxismo, el materialismo histórico, el feminismo y el post-estructuralismo pero que comparten aspectos comunes en las dimensiones ontológicas, epistemológicas y metodológicas (Guba y Lincoln, 1994). También llamado paradigma sociocrítico (Arnal, del Rincón y Latorre, 1992) o teoría crítica de la sociedad (De la Herrán, 2005), surge como respuesta a las tradiciones positivista e interpretativa, introduciendo la ideología y la autorreflexión crítica de forma explícita. Sus principios tienen como finalidad la transformación de la estructura de las relaciones sociales hacia la justicia social y tienen en la Escuela de Frankfurt creada en 1923 uno de sus pilares ideológicos, con autores como Horkheimer (que acuña el término Teoría Crítica), Adorno, Fromm o Marcuse.

Desde la perspectiva de Freire (1978) la transformación de la realidad es posible por medio de una toma de conciencia de las personas sobre su situación, incidiendo en el valor de la educación crítica y emancipadora en este proceso. La utilización de esta perspectiva impregna la investigación de una reflexión y crítica sobre el papel de la educación en la formación de profesionales de salud, pero también a su actual contribución a la rigidez de los sistemas organizacionales. Implica también el convencimiento de la posibilidad de cambio rompiendo con los condicionantes históricos y el reconocimiento de la utopía como un elemento clave orientar las transformaciones (Freire, 1998). En este paradigma, la persona que investiga actúa como instigadora, generando entendimiento sobre las transformaciones necesarias en las estructuras educativas, sociales, culturales o económicas que limitan a determinados grupos poblacionales. Giroux (1988) se refiere en este sentido a las personas como intelectuales transformadores para descubrir y excavar aquellas formas de conocimiento históricas y subyugadas que apuntan hacia experiencias de sufrimiento, conflicto, lucha colectiva; para vincular la idea de comprensión histórica con elementos de crítica y esperanza. Este cambio social es facilitado al desarrollar en las personas una percepción aguda sobre el estado actual de las cosas y al sentirse estimuladas a actuar sobre ello.

Una de las características definitorias en el paradigma Crítico Social es la manera en que los valores impregnan los resultados de los estudios, otorgándole a las construcciones originales de las personas sin voz o no expertas, una relevancia primordial en la identificación de los problemas y sus soluciones. De esta manera la ética y la política son intrínsecos en este paradigma, donde la persona que investiga estimula acciones participativas encaminadas a otorgar a la colectividad la facultad para transformar las estructuras existentes (Christians, 2005). Por lo tanto, al considerar que el paradigma que se adapta mejor al tipo de cuestiones planteadas en el estudio es el Crítico Social, implica una serie de consideraciones respecto al objeto de estudio, mi posición como investigadora y la metodología a emplear.

Mi posición se orienta en la identificación de elementos de transformación en las políticas, organización y prácticas que podrían limitar el desarrollo de una atención domiciliaria integral, considerada en la literatura



como un derecho en salud de la ciudadanía. En concreto, el eje vertebrador de esta investigación fue el de sacar a la luz las perspectivas y expectativas sobre la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria y analizar sus implicaciones en el contexto. Llevar el foco de la investigación a un servicio todavía no desarrollado en la comunidad, permite iluminar toda una serie de prácticas cotidianas bajo la perspectiva de las personas que las realizan, abriendo una puerta virtual y subjetiva a los domicilios. Por este motivo, este estudio permite identificar cuestiones en relación con la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria que podrían ser extrapoladas también a la implementación de otros servicios. El punto de análisis se centra en el discurso de profesionales que pertenecen a los equipos de salud de Atención Primaria, elementos clave de esta investigación. Este estudio rescata la importancia de las perspectivas de profesionales de distintas disciplinas sobre una intervención en salud en particular. Aporta por tanto, un especial valor a la interdisciplinariedad, siendo consecuente con el modelo de atención en salud en que esta investigación se desarrolla: la Atención Primaria de Salud.

Esta investigación se ha diseñado con una metodología de corte cualitativo. La investigación cualitativa se ha venido utilizando, especialmente en los últimos años, para responder a cuestiones planteadas en relación con aspectos de la Atención Primaria (Pascual et al, 1999; Ramos et al, 2001; Mira et al, 2004; Duro JC, 2005). En esta investigación se ha optado por entrevistas individuales y en grupo, pues la utilización de esta metodología responde al objetivo de capturar no sólo lo que el participante dice, sino profundizar en el por qué de sus consideraciones y de sus acciones (Prieto y et al, 2002). La principal herramienta de obtención de datos ha sido la entrevista semiestructurada, tanto de forma individual como en grupo, hasta llegar a la saturación de la información. Las entrevistas en profundidad son actualmente una de las técnicas de recogida de datos más utilizada, pues por sus características permite profundizar en las perspectivas de los participantes y ahondar en las conceptualizaciones de las que éstas derivan (Fontana y Frey, 2005). Para Fernández de Sanmamed y Calderón, (2003, p. 236) la entrevista individual tiene por objetivo *“que el entrevistado traslade al entrevistador dentro de su mundo, y le permita a éste entender la perspectiva-visión de la persona entrevistada”*.

Teniendo en cuenta el objetivo de este estudio en cuanto a hacer aflorar las distintas sensibilidades sobre el tema, la entrevista en grupo se consideró también muy oportuna en el diseño, permitiendo la interacción entre los participantes que la entrevista individual no puede ofrecer. Particularmente, se han desarrollado en esta investigación grupos que oscilan entre los dos y los cinco participantes. Los grupos con menos participantes que los grupos focales en su sentido tradicional, también son considerados en la literatura con denominaciones como minigrupos focales, grupos personalizados, microgrupos o grupos triangulares según el número de participantes (Krueger, 1994; Conde 1993; Ortí, 1993). De este modo, Conde (1996) apunta que esta clase de grupo desarrolla una dinámica más abierta e interactiva, generando nuevas argumentaciones y nuevos discursos de marcada incidencia personal, lo que permite profundizar en los aspectos de la interacción. Permiten por tanto que en lugar de predominar el sentido y sentimiento de grupo, prevalezca la transformación de cada asistente en sujeto activo, en persona concreta, que puede articular sus opiniones en contra del discurso que supone propio del grupo de referencia.



El número de participantes de la muestra intencional fue de 54 profesionales de distintos colectivos y perfiles. De este total, 30 profesionales participaron en la fase de entrevistas individuales y 24 en las entrevistas grupales. Por grupo profesional, formaron parte finalmente 12 profesionales de fisioterapia, 21 profesionales de enfermería, 9 profesionales de medicina de familia, 6 profesionales de trabajo social, 3 profesionales pediatras y 3 profesionales relacionados con la gestión y provisión de los servicios de ayuda a domicilio de diferentes ayuntamientos.

De forma abstracta, los datos en la investigación cualitativa se refieren en esencia a personas, objetos y situaciones. En este sentido, las experiencias son convertidas en palabras, típicamente compiladas en textos (Huberman y Miles, 1994), cuyo proceso de transcripción supone también una fase de análisis (Silverman, 2003). Se ha utilizado el análisis del discurso, es decir, de aquellos enunciados emitidos desde posiciones determinadas e inscritos en un contexto específico que revelan condiciones históricas o sociales concretas (Iñiguez, 1996; Antaki et al, 2003). Para la triangulación de los datos, se han empleado distintos métodos y fuentes, destacando entre otros, el uso de un cuestionario sociodemográfico y un diario de campo como recogida de datos adicional. Los aspectos éticos en la investigación cualitativa se han tenido en cuenta tanto en el diseño e implementación del estudio como en la presentación de sus resultados, asumiendo la fragilidad a la que se expone la persona que acepta ser entrevistada. El estudio contó con el informe positivo de la Comisión de Bioética de la *Universitat de les Illes Balears*. También contó con financiación por parte de la citada universidad y de la *Consellería de Sanitat i Consum* de las Islas Baleares.



3. LOS ELEMENTOS DE DISCUSIÓN EN LAS PERSPECTIVAS DEL COLECTIVO ENTREVISTADO EN EL ÁREA DE MALLORCA

La intervención de fisioterapia en el domicilio es considerada en general por el colectivo entrevistado, como parte conceptualmente integrante del sistema de Atención Primaria de Salud. A esta intervención le otorgan las características inherentes en este modelo de atención, su filosofía y sus valores. Señalan algunas personas particularmente los efectos para la comunidad de la ausencia de este servicio, tanto para las personas dependientes ubicadas en el domicilio como para quienes les cuidan. Aunque para una parte del colectivo entrevistado, el transporte de las personas dependientes a los hospitales ya cubre las necesidades de este servicio, fueron descritas otras ventajas de la intervención de fisioterapia en el domicilio, tanto para la persona allí ubicada y quienes le cuidan, como para los profesionales que allí intervienen. La posible organización futura de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria es descrita desde varias perspectivas, que apuntan no sólo a diferentes formas de entender la organización de la Atención Primaria en la práctica, sino también las intervenciones domiciliarias, la fisioterapia y las necesidades en salud de la población en su conjunto. De sus consideraciones sobre la intervención de fisioterapia en el domicilio derivan críticas al actual desarrollo de la atención domiciliaria en el contexto pero también respuestas emotivas en relación con la satisfacción personal con esta intervención comunitaria.

Fue posible observar en este trabajo como la atención domiciliaria es vivida de distinta manera por el colectivo profesional entrevistado, apuntando factores que influyen en su desarrollo y con ello en sus resultados y niveles de satisfacción. Entre los factores señalados, destacan los aspectos relacionados con el contexto en que se realiza la atención domiciliaria, incluyendo las condiciones en que viven las familias, la disponibilidad de recursos de apoyo formal o informal o la coordinación con otros agentes que ocupan el espacio domiciliario. Otros factores, como la cuestión del transporte, la seguridad profesional o la sobrecarga en el centro asistencial, fueron también señalados. Estas vivencias son utilizadas para describir el escenario en que se desarrollaría la fisioterapia en el contexto estudiado, incidiendo en sus relatos en los aspectos de comunicación y colaboración interprofesional. Sin embargo, los discursos ponen de manifiesto que la comunicación entre el colectivo profesional de Atención Primaria es ya deficiente en el curso de su actividad en el mismo centro de salud, en especial con profesionales de los equipos de apoyo, y en mayor medida con los que no se hallan ubicados en mismo centro de salud.

Ello ilustra el desarrollo de prácticas independientes en muchos casos, que se ponen de manifiesto en la forma en que las actividades de otros grupos profesionales son descritas y en las expectativas sobre las mismas. La consideración de la comunicación y la colaboración como aspectos que dependen de la voluntad de las personas, lleva al marco de lo personal cuestiones que en el enfoque de la Atención Primaria pertenecen al rol profesional, restando valor con este discurso a la co-responsabilidad de las instituciones educativas y sanitarias en la formación en competencias que favorezcan su desarrollo. En cuanto a la comunicación interprofesional con fisioterapia, se apunta como elementos facilitadores a cuestiones organizacionales y de recursos humanos que implique una mayor visibilidad del colectivo de fisioterapeutas en los centros de salud. El rol del colectivo de



fisioterapeutas como informadores o educadores de otros profesionales y personas que ejercen el cuidado informal es comúnmente citada como aspecto previo a la implementación de fisioterapia en la atención domiciliaria.

La dificultad para conceptualizar la intervención de fisioterapia, así como las expectativas sobre la misma, evidencia el insuficiente conocimiento interprofesional, pero también la deficiente integración de la fisioterapia en el sistema de Atención Primaria en Mallorca. Ello trae a algunos relatos la consideración de una falta de priorización tanto por este tipo de intervención, como por las personas usuarias de este servicio. Las personas ubicadas en el domicilio, son referidas como personas mayores y dependientes, especialmente vulnerables y en ocasiones invisibles al sistema sanitario. La percepción de la necesidad de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria es reflejada de forma particular en referencia a estos grupos de personas más frágiles, apuntando la inequidad de un sistema que no responde según el colectivo entrevistado, a las necesidades en salud de este grupo poblacional. Reflejan con ello el papel de los equipos de salud y de servicios sociales en la identificación de las situaciones de riesgo y la anticipación a las demandas de la población al sistema sanitario, apuntando características del nivel primario de atención como el primer contacto, la accesibilidad, la longitudinalidad y la intersectorialidad.

La atención domiciliaria es considerada en general como un derecho de la ciudadanía y un deber del sistema sanitario. Apuntan sus discursos que no sólo permite una continuidad en la atención, sino que es una intervención necesaria para que el propio equipo de salud pueda desarrollar valoraciones integrales e intervenciones contextualizadas. Sin embargo, destaca la percepción de que las tendencias sociodemográficas exigen a los colectivos profesionales un esfuerzo extra en un tiempo limitado para este tipo de intervención, considerándose necesario según algunos relatos, una delimitación mayor en este servicio o incluso su realización por profesionales distintos de los del centro de salud.

Fue posible observar diferentes perspectivas en cuanto a las necesidades de salud de las personas en el domicilio, las cuales fueron utilizadas para describir las características de las prácticas a desarrollar, los profesionales que han de intervenir y la justificación del desplazamiento. La intervención centrada en la persona aparece citada en relatos de sus experiencias, aunque en ocasiones la descripción de sus prácticas refiere principalmente a la patología o a sus consecuencias. El desarrollo de una atención descrita como integral es considerada como objetivo a conseguir, donde la fisioterapia aportaría una nueva perspectiva desde un trabajo en equipo. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas son escépticas sobre la constitución de equipos de salud verdaderamente funcionales, apuntando la sobrecarga asistencial o las relaciones interpersonales como dos de los aspectos que dificultan ese enfoque.

La intervención domiciliaria parece colocar a los diversos grupos profesionales en una diferente posición a la vivida en una consulta, apuntando en sus relatos cuestiones de poder, seguridad o protección. La visita domiciliaria les permite hacer una valoración más integral, pero también ser partícipes de las múltiples necesidades que la persona allí ubicada plantea. El domicilio es descrito como un escenario complejo, menos



previsible y que puede generar mayor incertidumbre, aunque asumen que la práctica continuada es la principal fuente de adquisición de competencias para intervenir en este contexto. Entre éstas, coinciden en señalar habilidades que se enmarcan como competencias de tipo interpersonal, apuntadas también en relación con la fisioterapia domiciliaria. La descripción de las actividades a desarrollar por el colectivo de fisioterapeutas en el entorno domiciliario saca a la luz la importancia otorgada a una perspectiva generalista de su intervención, a la creatividad y a la capacidad de adaptación a los recursos ubicados en el domicilio. A pesar de que el colectivo entrevistado apunta dificultades en la atención en el domicilio, muchos señalan que les satisface, aún cuando consideran que esta intervención no goza todavía del prestigio profesional que sí gozan otras intervenciones en entornos sanitarios.

La particular organización de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca y su relación con la Atención Especializada provoca lo que se denominó en algunos relatos como una división de la demanda (es decir, de las personas que requieren atención de fisioterapia) en función de las “*patologías de primaria*” y “*patologías de especializada*”. Aunque algunos discursos justifican un tipo de organización que trata de responder al déficit de fisioterapia en la Atención Primaria, derivando hacia los hospitales a las personas no autónomas, emergieron en general perspectivas críticas al mismo por fomentar una visión fragmentada de la Atención Primaria. Ello lleva a algunas personas entrevistadas a mostrar dificultades para identificar las personas destinatarias de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en el contexto, al relacionar a las personas dependientes con su patología y a ésta con la Atención Especializada.

Las personas que ejercen el cuidado principal de la persona que origina la demanda domiciliaria, son consideradas como un recurso para la continuidad de la atención de fisioterapia, pero también como un grupo susceptible de una atención específica debido a la sobrecarga emocional y física que sufren. Plantean que la demanda de atención de fisioterapia en el domicilio podría originarse por las necesidades de salud de las personas encargadas del cuidado, con o sin una intervención paralela con la persona a quienes éstas cuidan. Ello saca a la luz el punto débil de los protocolos de atención domiciliaria cuando sus criterios de inclusión se centran en las patologías que sufren las personas ubicadas en el domicilio y sólo de forma lateral o secundaria consideran a quienes les cuidan de forma continuada.

La crisis en el cuidado de tipo informal es señalada por el colectivo entrevistado, apuntando los efectos para las personas dependientes pero también para sus actividades profesionales y para la frecuencia de sus visitas. La disponibilidad de recursos de apoyo informal en las visitas domiciliarias es relatada en general mencionando diferencias entre zonas urbanas y rurales. Sin embargo, apuntan una tendencia en las zonas rurales hacia la situación ya vivida en la capital y núcleos urbanos mayores, donde la responsabilidad del cuidado se ha trasladado en muchos casos desde el ámbito familiar a otras personas del ámbito formal. Como nuevas figuras en el entorno domiciliario señalan a personas contratadas a nivel particular, con frecuencia mujeres inmigrantes y a profesionales de trabajo familiar de los servicios sociales, a quienes algunos discursos parecen atribuir una responsabilidad en la continuidad en el cuidado similar a la tradicionalmente atribuida al núcleo familiar. Ello



saca a la luz la existencia de diferencias en la percepción del papel de los diferentes profesionales en el ámbito del cuidado formal, así como sus actividades a desarrollar y con ello, la previsible colaboración en la intervención de fisioterapia en el domicilio. Apunta de forma explícita una parte del colectivo entrevistado, la necesidad de una estrategia intersectorial que coordine la atención domiciliaria desde el sector salud y desde el sector de servicios sociales, evitando las evaluaciones independientes que pueden ubicar a las familias en la tierra de nadie entre los servicios prestados por ambos sectores.

En relación con la mejora de la atención domiciliaria, algunas de las personas entrevistadas proponen una nueva organización en su conjunto, que posibilite la separación de la atención domiciliaria como parte de las funciones del colectivo profesional de Atención Primaria y les permita desprenderse de la carga añadida que supone. Sus discursos iluminan la percepción de unas condiciones inadecuadas para la realización de las visitas domiciliarias, pero también una preferencia personal por la intervención en entornos sanitarios. Aunque la postura general del colectivo entrevistado es la de no renunciar a su faceta familiar y comunitaria, la percepción común incide en reconocer una necesidad de mejora de las condiciones contextuales que pueden llevar al colectivo profesional a ubicarse en posiciones contrarias a la filosofía del nivel de salud al que pertenecen. Apuntan sus discursos no sólo a un incremento de recursos en el primer nivel de salud, sino también a una estrategia multisectorial dirigida a los determinantes sociales de la salud que influyen en la calidad de vida de las personas.

Las consideraciones sobre la fisioterapia y la atención domiciliaria confluyen en sus respuestas en relación al desarrollo futuro de la fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria. Aunque como se ha dicho anteriormente, la percepción general es que se trata de un servicio no desarrollado al que la población tiene derecho, fue posible identificar dificultades para identificar en qué medida este servicio ya está recogido en las normativas que regulan la fisioterapia en Atención Primaria. Con todo, la tendencia general manifestada por el colectivo entrevistado es la de reforzar la atención domiciliaria en su conjunto, integrando la fisioterapia como un pilar más de la intervención comunitaria. De esta manera, el colectivo de fisioterapeutas fue considerado con las mismas responsabilidades que otros colectivos profesionales, apuntando algunas personas entrevistadas el enriquecimiento de la propia disciplina al traer al marco de lo público una intervención tradicionalmente desarrollada en el ámbito privado. Apuntan sin embargo, la dificultad para iniciar servicios que previamente no se venían prestando si no se cuenta en su diseño con la participación del colectivo profesional principalmente implicado, aunque también fue evidente en este estudio que este colectivo puede presentar posturas diversas al mismo.

Sin duda, uno de los aspectos más citados en referencia al desarrollo del servicio de fisioterapia en la atención domiciliaria, fue la delimitación de la posible demanda y los recursos necesarios. Los costes de este servicio fue una inquietud en la que convergió gran parte del colectivo entrevistado, aspecto que sin embargo apenas apareció en referencia a las intervenciones domiciliarias de otros colectivos profesionales. La demanda de este servicio es visualizada como un porcentaje de población elevado que requerirá un nivel de recursos humanos de fisioterapia muy superior al actual, trayendo a los discursos la percepción de la fisioterapia como una atención bien valorada



por la población. Si el número actual de fisioterapeutas ya fue percibido de forma generalizada como insuficiente para gestionar la demanda de este servicio en las unidades, incorporar la atención domiciliaria sin incrementar la plantilla de fisioterapeutas fue descrito como una sustitución de la atención a una población visible (e incrementar la lista de espera en el centro de salud), por una atención a otra población invisible excepto para los colectivos que realizan atención domiciliaria actualmente.

La consideración de que el servicio de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria no podría iniciarse sin los recursos necesarios, y la percepción mayoritaria de que estos recursos no serán suficientes, lleva a una parte del colectivo entrevistado a insistir en las estrategias de limitación a este servicio. Confluyen en este sentido multitud de percepciones que cuestionan al sistema sanitario y social en su conjunto, pero también las dificultades para llevar a la práctica un modelo de atención sanitaria teóricamente dirigido a las necesidades multidimensionales de las personas. De esta manera, gran parte del colectivo entrevistado se posiciona entre dos perspectivas: por un lado, teniendo en cuenta las necesidades percibidas durante su práctica profesional o experiencias personales y por otro, la capacidad de un sistema y sus profesionales para hacerles frente.

El establecimiento de protocolos específicos para la atención de fisioterapia domiciliaria requiere según una parte del colectivo entrevistado, una concreción de los resultados evidenciables de fisioterapia para cada patología. Ello contrasta con sus relatos que describen el domicilio como un espacio compartido, donde los efectos de las intervenciones han de medirse particularmente por los beneficios multidimensionales en relación con el bienestar personal, la calidad de vida y la autonomía, y no exclusivamente por los efectos en la patología. El establecimiento de protocolos delimitados a unos grupos de población fue percibido como un mecanismo para filtrar la demanda y hacer derivaciones más efectivas y eficaces, pero también para frenar las expectativas que el servicio pudiera despertar en la población. Las actividades denominadas en los discursos como educación para la salud en el domicilio o el asesoramiento a otros colectivos profesionales del centro de salud, son planteadas a menudo como mecanismos para minimizar la frecuencia de las visitas domiciliarias de fisioterapia. Sin embargo, el establecimiento de estrategias específicamente orientadas a una rentabilización de los recursos humanos insuficientes emergió también como un riesgo para la accesibilidad y equidad en el primer nivel de atención.

Facilitar la gestión de la previsible demanda o la consideración de la atención domiciliaria como una intervención específica, lleva a algunas personas a plantear el desarrollo de la fisioterapia en Atención Primaria domiciliaria mediante equipos móviles especializados. Apuntan a sistemas similares a los Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD) o bien como servicios externalizados, aunque con preferencia por el primero, de financiación y provisión pública. La implementación mediante equipos independientes del centro de salud saca a la luz las perspectivas inclinadas a no modificar el *statu quo* de la fisioterapia en la Atención Primaria en Mallorca. De forma mayoritaria sin embargo, esta estrategia es percibida como una nueva fragmentación de la atención domiciliaria, una posible fuente de conflictos interprofesionales y una oportunidad perdida para acercar la organización sanitaria a la filosofía de Atención Primaria de Salud. En general, fue posible percibir una preferencia por un desarrollo de la fisioterapia domiciliaria desde Atención Primaria, en relación con los centros



de salud y desarrollada con profesionales de este sistema. Para algunas personas, el estudio de una futura implementación de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria puede significar una oportunidad para reestructurar y mejorar la actual atención domiciliaria permitiéndoles atender más satisfactoriamente las necesidades de las personas.

En conclusión, las perspectivas del colectivo entrevistado ponen de manifiesto que la implementación del servicio de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria en Mallorca no sólo implica al colectivo de fisioterapeutas. Sin embargo, en un entorno marcado por un alto nivel de dinámicas independientes en relación con las unidades de fisioterapia, el modelo de implementación será reflejo de la filosofía y valores que subyacen en el papel asignado a la Atención Primaria y a la fisioterapia en el contexto. Por otro lado, la organización de la fisioterapia en el domicilio trae a los discursos la percepción generalizada de una necesidad de mejora de esta atención en sentido amplio, otorgando mayor valor a las estrategias ubicadas en el marco de la Atención Primaria frente a otras estrategias emprendidas desde la atención especializada u otros sectores. Si la estrategia ha de incluir necesariamente un nivel adecuado de recursos humanos y materiales, no menos importante parece el análisis de las múltiples variables que influyen en una atención domiciliaria equitativa y satisfactoria para ciudadanía y profesionales. Todo ello podrá facilitar la elaboración de políticas sensibles a la realidad del contexto y dirigidas a una transformación más acorde con el modelo de Atención Primaria de Salud. Se apunta así implicaciones de tipo educativo, organizacional y de investigación que puedan acompañar la transformación de los servicios hacia una atención centrada en las familias evitando el desgaste de los distintos colectivos profesionales que dan vida con sus prácticas a la Atención Primaria de Salud.



4. LAS IMPLICACIONES DE ESTE ESTUDIO

Las implicaciones de este estudio pueden entenderse desde varias dimensiones. Apunto de manera específica cuatro apartados incidiendo en aspectos como la política, la práctica, la educación y la investigación.

CLAVES PARA LA POLÍTICA:

Una política de salud ha incluir varios elementos de forma explícita (Martín, 2003), especificando prioridades, definiendo los roles de cada uno, diseñando el funcionamiento de sectores públicos y privados; y guiando la priorización del gasto sanitario. Pero además, las políticas de salud definen una visión para el futuro pues representan también una perspectiva de cuál es el momento actual y a dónde se quiere llegar. En este sentido, las implicaciones que se derivan de este estudio pretenden orientar en la definición de políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas ubicadas en el domicilio, influyendo también en la organización y modelos profesionales que orienten las prácticas con la filosofía de Atención Primaria de Salud. De forma concreta apunto los siguientes aspectos:

- La atención domiciliaria requiere el desarrollo de políticas de carácter sociosanitario que permita una comunicación y coordinación intersectorial. Las instituciones sociales y las sanitarias necesitan intervenir de forma proactiva, incluyendo en sus estrategias las experiencias de las personas ubicadas en el domicilio y de los colectivos profesionales y no profesionales que intervienen en su atención y cuidado.
- Otras políticas en relación con las infraestructuras, la seguridad ciudadana o el transporte requieren un diseño sensible a la existencia de personas dependientes ubicadas en su domicilio, orientándose a la facilitación de la labor de los equipos de salud, con efectos en la calidad de vida de las personas dependientes y quienes les cuidan.
- Las reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad han de ser emprendidas con más empeño aún que las reformas efectuadas para aumentar la eficiencia, reconociendo el valor de los entornos favorables para la salud y desarrollando los programas de intervención que permitan implantar servicios teniendo como referencia los elementos constitutivos de la justicia social, evitando las desigualdades que el sistema sanitario pueda provocar fruto de la limitación en el acceso a servicios a la población.
- La atención de fisioterapia, supone un derecho a la salud de la población y su acceso responde a los principios éticos universales por los que el sector salud ha de velar. El reducido número de recursos humanos en fisioterapia y las listas de espera en este servicio pueden influir en la población como limitaciones al acceso, menos visibles pero igualmente existentes. La accesibilidad que caracteriza al modelo de Atención Primaria, no contempla el ámbito domiciliario para todos los servicios disponibles

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



en el centro de salud, reforzando la consideración de acceso al sistema sanitario como acceso a la institución sanitaria.

- La actual disponibilidad de profesionales en el sector sanitario y de forma particular en la Atención Primaria de Salud, perpetúa una consideración de la fisioterapia como un servicio no urgente, complementario o de lujo, restando valor a la disciplina, pero también su acceso a la población. El valor académico otorgado a la fisioterapia en relación con la salud y la autonomía de las personas no se refleja en la priorización de este nivel de atención. Los recursos humanos y materiales deben ir acompañados de políticas que favorezcan el desarrollo de estrategias conjuntas con otros colectivos profesionales y con la comunidad.
- Las políticas de recursos humanos de fisioterapia para este nivel de atención han de desarrollarse acordes no sólo a criterios epidemiológicos y demográficos sino también en relación a las necesidades en salud desde un enfoque ecológico, incluyendo en el análisis los recursos sociales con los que la comunidad cuenta y la perspectiva de las propias familias.
- La existencia de cuidado informal en el entorno familiar es uno de los aspectos a valorar y proteger, estableciendo medidas que permitan incorporar las necesidades sentidas y expresadas de las personas que ejercen el cuidado como paso previo a la definición de políticas. Este cuidado ha de entenderse no únicamente como un recurso al sistema sanitario y social sino que las políticas han de ser sensibles a las variables que influyen en el cuidado informal, evitando estrategias unidireccionales en la implementación de servicios domiciliarios
- La atención domiciliaria de fisioterapia es un servicio ya contemplado dentro de un marco normativo que regula la fisioterapia en Atención Primaria y que la ubica dentro de los servicios comunes en este nivel de atención. Las nuevas políticas han de contemplar estos marcos normativos, estableciendo mecanismos favorecedores de su desarrollo a nivel profesional y contextual, teniendo en cuenta los riesgos de la fragmentación de servicios en este nivel de atención.
- Las políticas han de fomentar la perspectiva holística de la salud y la atención centrada en la persona, fomentando modelos de práctica profesional que contemplen la vertiente comunitaria en Atención Primaria. Atendiendo a las dificultades históricas para su integración en el primer nivel de atención, la perspectiva generalista de la fisioterapia requiere especial énfasis, con apoyo decidido de las instituciones educativas y sanitarias.
- Las políticas en materia de salud han de servir de estímulo de la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones, desde el diseño a la implementación estratégica de dichas políticas, que permita integrar el sistema de salud como elemento de apoyo a las familias, incorporando instrumentos que le

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



permitan ajustarse a las complejas y multidimensionales necesidades que éstas presentan. Al tiempo, se ha de estimular una toma de conciencia de la población sobre la implicación de políticas con efectos a largo plazo, que permita construir una nueva relación de la comunidad con los equipos de salud basados en la co-responsabilidad.

CLAVES PARA LA PRÁCTICA

Se ha comentado con anterioridad que las políticas se contextualizan en la organización y prácticas que realizan los colectivos profesionales en lo cotidiano. En este sentido, se considera que los roles y prácticas desarrolladas por los equipos no son aspectos estáticos sino que es reflejo de cómo la atención en salud está cambiando (Mckee et al., 2006). Se señalan algunas implicaciones de este estudio para la práctica:

- La organización de la atención domiciliaria ha de explicitar el valor de la intervención en el ámbito natural domiciliario enfocándolo como una posibilidad y no una consecuencia de las dificultades de acceso al entorno sanitario de las personas. La intervención de los colectivos profesionales en estos espacios ha de integrarse a partir de un sistema de información de la situación comunitaria que permita establecer dinámicas contextualizadas y políticas intersectoriales, evitando sobrecargar y responsabilizar a los colectivos profesionales como último eslabón de la cadena.
- Las prácticas independientes, centradas en el desarrollo de las competencias específicas pueden poner en riesgo el enfoque de la atención centrado en la persona. Para el colectivo profesional puede suponer un riesgo de desgaste personal, incapaces de asumir individualmente las necesidades multidimensionales que se presentan en la atención domiciliaria. En sentido contrario, la responsabilidad sobre el estado de salud de las personas en el domicilio puede llevar al profesional a realizar actividades que no puede ubicar en su marco competencial, pero que suponen un apoyo efectivo y ágil a las familias. Por todo ello, la organización de colectivos profesionales en Atención Primaria ha de favorecer el desarrollo de prácticas más eficaces y eficientes, favoreciendo con ello la satisfacción del colectivo con los resultados obtenidos en un espacio compartido.
- La organización de los centros de salud ha de permitir espacios de convivencia y comunicación entre los grupos profesionales que facilite un conocimiento y un trabajo en equipo tanto en el centro salud como en las intervenciones domiciliarias. La forma en que esta organización se articule podrá determinar la participación de otros colectivos profesionales, especialmente de aquellos grupos menos numerosos, facilitando una integración de las perspectivas de salud y sociales en la determinación de objetivos de intervención. Esta interrelación puede influir en el establecimiento de canales de derivación ágiles que permitan una atención precoz en el entorno domiciliario y en el centro de salud.



-
- Las interrelaciones que se establecen entre las personas ubicadas en su domicilio y quienes les cuidan y los profesionales de salud presenta desequilibrios que pueden derivar relaciones conflictivas y decepciones entre ambos grupos. Las expectativas en cuanto a la intervención de fisioterapia en este ámbito y con ello la evaluación de sus resultados y sus costes ha de ser sensible a la consideración del entorno domiciliario como un espacio compartido, centrando la mirada en el sistema más que en una de sus partes.
 - La comunicación entre el nivel de Atención Primaria y Especializada es un elemento relevante en la atención domiciliaria. El uso de soportes virtuales compartidos de la información clínica han de estar disponibles para los distintos colectivos profesionales, valorando la incorporación o transferencia de información desde otros sectores en referencia a los determinantes sociales de la salud.
 - Iniciativas referentes a la mayor representación de los colectivos profesionales minoritarios en la gestión de Atención Primaria, así como una fluidez y bidireccionalidad de la información entre la Gerencia y los centros de salud puede facilitar el conocimiento y el asesoramiento entre quienes diseñan las estrategias de acción y quienes que han de desarrollarlas. Estimular la participación del colectivo profesional y valorar sus perspectivas haciéndolos partícipes en el momento del diseño de las políticas puede favorecer el desarrollo de las mismas.
 - La filosofía existente en el centro de salud y sus dinámicas internas pueden influenciar las prácticas que allí se realizan, pero también las ubicadas en el entorno domiciliario. La organización en los centros de salud ha de permitir la identificación del centro de salud y su población de referencia como entornos de aprendizaje continuado que permita la transformación de las dinámicas independientes hacia modelos de colaboración interprofesional más efectivos y más satisfactorios.
 - El establecimiento de canales de difusión de las buenas prácticas, de los entornos favorecedores, de las experiencias en la colaboración interdisciplinar e intersectorial existentes en la actualidad, podrá favorecer a los equipos el establecimiento de mecanismos de transferencia de dichas prácticas.

CLAVES PARA LA EDUCACIÓN

El papel del sector educativo en la transformación de las prácticas y políticas que las sustentan es fundamental, pues el sistema educativo tiene una gran influencia en el comportamiento del sistema de salud (Guilbert, 1994). Se apuntan en este sentido algunas implicaciones que emergen del estudio:

- El sector educativo ha de promover el establecimiento de un modelo orientador de la práctica profesional acorde con los principios de la Atención Primaria de Salud, que permita adecuar las



intervenciones profesionales a las necesidades que plantean las personas, más allá de focalizar la intervención en problemas de salud aislados.

- El currículum en las profesiones de la salud, ha de desarrollarse desde una perspectiva sistémica que centre la atención en la persona que permita identificar determinantes de la salud a lo largo del ciclo vital. La influencia de los determinantes sociales en la salud, las políticas públicas y el papel del sistema de salud han de establecerse como pilares de una educación crítica que transforme el lenguaje de la patología en el lenguaje de la salud y sus influencias.
- Las competencias generales de tipo genérico se revelan como especialmente importantes en la intervención comunitaria. La formación ha de rescatar el valor de las competencias para el trabajo en equipos interdisciplinarios como las habilidades de tipo interpersonal, para comunicarse con personas no expertas en el ámbito, para adaptarse a nuevas situaciones o para generar nuevas ideas.
- Las metodologías activas han de ser desarrolladas enfocando el contexto y la práctica interdisciplinar. Las prácticas educativas y estrategias metodológicas centradas en el alumnado y en sus necesidades, facilitan la transferencia a los sectores sanitario y social de experiencias vividas dentro y fuera del aula. La tutorización y guía durante el aprendizaje ha de permitir la explicitación de los elementos críticos durante el estudio, que permita al alumnado el análisis de la atención domiciliar de fisioterapia en relación a sus condicionantes.
- La formación en la práctica clínica en Atención Primaria requiere un rediseño que favorezca la educación y práctica interdisciplinar, constituyendo grupos de las diferentes disciplinas de la salud y sociales que intervienen en el espacio comunitario. Centrar la acción de los diferentes profesionales en las personas y sus entornos es un proceso de aprendizaje, así como la interrelación entre los profesionales y el trabajo en equipo.
- La educación continuada ha de asumir el reto del aprendizaje a lo largo de la vida, formando equipos de salud conscientes de los condicionantes históricos de la organización y prácticas actuales y que pueda estimular un acercamiento del sistema de salud a los principios de la Atención Primaria de Salud. Los recursos y la organización en el sector sociosanitario han de acompañar el esfuerzo formativo de los colectivos profesionales favoreciendo la innovación y el cambio en los entornos de desarrollo de sus prácticas.

CLAVES PARA LA INVESTIGACIÓN.

A menudo las cuestiones de investigación emergen de un problema identificado en el curso de la práctica o de una experiencia significativa en el curso de la vida cotidiana (Morsé, 1994). De los resultados de esta

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



investigación nuevas cuestiones pueden emerger, pues la fisioterapia en la atención domiciliaria supone un campo extenso y complejo que permite otras aproximaciones. A su vez, otras investigaciones en fisioterapia, que profundicen en la interacción entre profesionales, familias y comunidad pueden aportar un valioso conocimiento para la implementación de servicios, incorporando elementos de análisis como la historia, la justicia social o los determinantes de la salud. Estas investigaciones podrán dar más luz a un escenario compartido que facilite el diseño de servicios de fisioterapia en la Atención Primaria domiciliaria más equitativos. Se indican a continuación algunas de las implicaciones de este estudio:

- A nivel del objeto de estudio, futuras investigaciones así como el análisis e integración de las ya realizadas podrán aportar más conocimiento sobre el tema. Los estudios contextualizados pueden ayudar a describir un escenario susceptible de una praxis, antes que describir un paisaje distante. Explorar en profundidad la atención domiciliaria permitirá el diseño de estrategias más adecuadas a las necesidades de las personas ubicadas en el domicilio y quienes les cuidan, así como adecuar los recursos sociosanitarios en su atención.
- La incorporación de nuevos servicios requiere el seguimiento y análisis contextualizado, donde la investigación cualitativa y cuantitativa puede aportar un mayor conocimiento del proceso y sus efectos. El seguimiento de la atención de fisioterapia en el domicilio puede permitir el análisis de un escenario complejo donde se articulan los intereses y expectativas tanto de las familias como de otros colectivos profesionales de salud y sociales.
- A nivel metodológico, el uso de las entrevistas en pequeño grupo se presentó en este estudio como un mecanismo generador de perspectivas en profundidad acompañadas de un nivel importante de interacción. Este diseño puede ser útil también en futuras investigaciones, en particular cuando la confidencialidad y el anonimato pueden estar en riesgo, afectando con ello a la información aportada durante sesiones grupales con muchos participantes que se conocen entre sí.
- En cuanto a las investigaciones futuras, no sólo el espacio domiciliario precisa de mayor énfasis en la investigación en salud. Las investigaciones realizadas desde otros ámbitos y campos disciplinares puede tener relación también con la organización y la práctica de la atención domiciliaria. Entre ellas, la profundización en las perspectivas de los equipos de salud podrá sacar a la luz otras cuestiones que pueden influenciar esta atención, tales como el reconocimiento profesional, las cuestiones de poder o la identidad profesional.
- En cuanto a la investigación en fisioterapia, recuperar la visibilidad del proceso histórico que ha ligado en el pasado la disciplina al ámbito especializado, puede permitir la construcción de un nuevo futuro que saque a la luz las características de la intervención en fisioterapia contando con las subjetividades de sus protagonistas. Otras aproximaciones distintas a la investigación cuantitativa y experimental

http://www.uib.es/catedra_iberamericana



pueden aportar conocimiento que oriente el diseño de servicios más ajustados a las necesidades de las personas en los distintos entornos en que la práctica tiene lugar.

- La investigación en otros ámbitos sanitarios y sociales, tanto en nivel de la práctica como la organización y el diseño de políticas, puede aportar un valioso conocimiento al contexto. En particular, la investigación en el ámbito educativo que acompañe los cambios curriculares y metodológicos puede incidir en una mejora de la calidad en la educación de profesionales de los equipos de salud. Esta calidad incluye criterios de transferencia al entorno laboral y su transformación, lo cual requiere a su vez un conocimiento más profundo del espacio donde esta práctica se desarrollará, con sus elementos favorecedores y sus complejidades.



CITAS BIBLIOGRÁFICAS EN EL TEXTO

- Alberta Physiotherapy Association - College of Physical Therapists of Alberta - Alberta Physiotherapy Association Canadian Physiotherapy Association. Primary Health Care: A resource guide for Physical Therapists. Alberta: CPTA/APA/CPA; 2006.
- Antaki C, Billig M, Edwards D, Potter J. El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital* 2003;3:14-35.
- Arnal J, del Rincón D, Latorre A. Investigación educativa. Fundamentos y metodología. Barcelona: Labor; 1992.
- Arnand S, The concern for equity in health. En: Arnand S, Peter F, Sen A. (Eds). *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 15-20.
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en Atención Primaria. Madrid: AEF; 2007.
- Benítez MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2003; 31:471-9
- Borrell C et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del estado español. *Gac. Sanit* 2005; 19:277-284.
- Borrell F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión*. 1996; 2:225-31.
- Bover, A y Gastaldo, D. La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectiva de género y generación. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(1):9-16.
- Branick L, Earnest G, Long L, Regnell M, Warnecke P. The home care therapist: the art of caregiving. *Caring* 2002; 21 (2): 32-6.
- Canadian Physiotherapy Association. *Physiotherapy and Primary Health Care: Envolving Opportunities*. Manitoba: University of Manitoba - CPA; 2005
- Christians CG. Ethics and politics in Qualitative Research. En: Denzin y Lincoln (Eds.). *The Sage Book of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 139-164.
- Campo, MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: CIS; 2000
- Conde F. Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva. Anexo. En: *La vivienda en Huelva. Cultura e identidades urbanas*. Sevilla: Junta de Andalucía-Fundación El Monte; 1996.
- Conde F. Los métodos extensivos e intensivos de la investigación social de las drogodependencias. En: *VVAA Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Sociólogos; 1993. p. 203-230.
- Contel JC, Gené J, Limón E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 25-35.
- Contel Segura JC, Gené Badía J. El entorno de la atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 1-8.
- Daniels N, Kennedy B, Karachi I. Health inequity of Why justice is good for our health. En: Arnand http://www.uib.es/catedra_iberamericana



-
- S, Peter F, Sen A. (Eds). Public Health, Ethics and Equity. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 63-92
- De la Herrán (Coord.). Investigar en educación. Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas. Madrid: Dilex; 2005.
 - De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención Primaria 2003; 31: 587-591.
 - Durán A, Lara JL, van Waveren M. Spain: Health system review. Health system in Transition 2006; 8(4):1-208.
 - Duro JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. Atención Primaria 2005; 36(2):71-7.
 - Espinosa JM, Benítez del Rosario MA, Pascual L, Duque A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Referencia: <http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum015.html> (Acc. Enero 2006)
 - Espinosa JM, De la Revilla L. Una nueva estrategia de atención a las personas mayores basada en la Atención Familiar y en el Programa de Atención Domiciliaria. Editorial. Medicina de familia 2002; 3(4): 225-227.
 - Fernández A, Santos M. La atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. Revista de Administración Sanitaria 2005, 3(1):9-12.
 - Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003.p. 224-249.
 - Fernández R, Rodríguez B, Souto S, Chouza M, González L. Fisioterapia en Atención Primaria: origen y marco conceptual. Fisioterapia 1997; 19: 5-13.
 - Freire, P. La educación como práctica de la libertad. Madrid: Siglo XXI, 1998
 - Freire, P. Pedagogía del oprimido. Madrid: Siglo XXI; 1978.
 - Frías et al. La práctica enfermera en la atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria 2002; 29:496-501.
 - Fuentelsaz C et al. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
 - Gené J, Contel J y Limón E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer-Verlang Ibérica; 1999.
 - Gené J, Contel J. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. Aten Primaria 1999; 23 (4): 183-6.
 - Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Memoria de Atención Primaria 2006. Palma: GAP; 2006.
 - Giroux HA. Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje. Madrid: MEC-Paidós, 1990.
 - Gofin J, Gofin R Community-oriented primary care: a public health model in primary care. Rev Panam http://www.uib.es/catedra_iberamericana
-



Salud Publica 2007; 21 (2): 177-85

- Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? Atención Primaria 2003; 31: 473 –477.
- Guba EG y Lincoln Y. Competing paradigms in Qualitative Research. En: Denzin, N., Lincoln, Y (Eds.) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p 105-117.
- Guilbert J. Guía pedagógica para el personal de la salud. Edición Española: Rodríguez et al. 6: Organización Mundial de la Salud; Valladolid: Universidad de Valladolid, 1994.
- Huberman AM, Miles MB. Data management and Analysis methods. En: Denzin NK y Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 428-444.
- Hutten J, Kerkstra A. Análisis comparativo de los diferentes sistemas de organización y financiación de la atención domiciliaria en Europa. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
- IBAS. Pla estratègic de les persones majors de les Illes Balears Part I. Anàlisi de la realitat. Palma Govern de les Illes Balears, Conselleria de Benestar Social. Institut Balear d’ Afers Socials, 2001
- IBSALUT. Enquesta de Salut de les Illes Balears 2001. Palma de Mallorca : Conselleria de Sanitat i Consum; 2001.
- IBSALUT. Pla sociosanitari de les Illes Balears. Palma: Conselleria de Sanitat i Consum. Govern de les Illes Balears; 2003
- IBSALUT. Propostes Estratègiques del servei de salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca : Servei de Salut de les Illes Balears; 2002.
- IMSERSO. Informe Anual 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- IMSERSO. La tercera edad en España: Aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para el periodo 1986-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1990.
- IMSERSO. Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Las personas mayores en España. Informe 2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- Inglés M, Isern C, Berget C, Olivé C, Espelt MP. El apoyo a la atención domiciliaria. Un reto para la fisioterapia. En: Pérez R, Gutiérrez M, Rodríguez G. VI Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Ponencias y comunicaciones. Pontevedra: Asociación Española de Fisioterapeutas, 1999; p.149-150.
- INSALUD. 10 años de Atención Primaria en Baleares. Palma de Mallorca; 1995
- INSALUD. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Instituto Nacional de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- INSALUD. Circular 4/91, de 25 de Febrero sobre Ordenación de actividades del fisioterapeuta de Área en Atención Primaria. Subdirección General de Gestión de Atención Primaria; 1991.



-
- INSALUD. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
 - INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Atención Primaria de Salud: Diecisiete años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
 - INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
 - INSALUD. Atención Primaria, Áreas 2 y 5 de Zaragoza. Programa de Atención Fisioterápica. Zaragoza: 1998.
 - INSERSO. Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995
 - INSERSO. La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992
 - Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS). Madrid: INE; 1999.
 - Iñiguez L. Análisis de la conversación y/o análisis del discurso: hibridaciones metodológicas para el estudio de la acción social y/o regímenes discursivos. Introducción. En Gordo A y Linaza J (Eds.) Psicologías, discursos y poder (PDP). Madrid: Visor; 1996.
 - Iturria J, Márquez S. Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. Revista Española de Salud Pública 1997; 71 (3): 281-91.
 - Jiménez MT, González P, Martín JM. La clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev. Esp. de Salud Pública 2002; 76(4):271-279.
 - Jiménez A. El sector de la salud y la atención a la dependencia. Madrid: Fundación Alternativas; 2007.
 - Krueger, R. Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
 - Kupper-Nybelen J, Ihle P, Deetjen W, Schubert I. Persons requiring long-term care: recommendations and utilization of rehabilitative therapies. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2006; 36(2): 100-108.
 - Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
 - Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears
 - Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema Nacional de Salud.
 - Ley 39/2007, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
 - Macinko J, Montenegro M, Nebot C, Etienne C. Y Grupo de trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam de Salud Pública (online) 2007, 21 (2/3): 73-84.
 - Macinko J, Starfield B y Shi L. The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research 2003; 38(3): 831-865.
 - Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: Balance y perspectivas. Atención Primaria 2000, 25:48-58.



-
- Martín A. Atención Primaria de Salud. En: Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003.p. 3-15.
 - Martín A. Organización de las actividades en Atención Primaria. En Martín A., Cano J.F. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003.p.46-58
 - Martínez A, Sanz MC, Gámez J, Fernández F. Fisioterapia en APS. Marco conceptual y desarrollo normativo en España. En: Martínez A (coord.). Fisioterapia en Atención Primaria. Madrid: Síntesis; 2003. pp. 231-260.
 - Mayoraes S, Díaz S Cuidados domiciliarios en el paciente respiratorio crónico. En: Güell R, de Lucas P. Tratado de rehabilitación respiratoria. Madrid: Ars medica; 2005.p. 313-325.
 - McKee M, Dubois CA, Sibbard B. Changing Professional Boundaries. En: Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press; 2006. p. 63-79.
 - Medina F. Bases para la incorporación de los fisioterapeutas en los equipos de Atención Primaria. Fisioterapia 1992; 14(3): 125-153.
 - Medina F. La integración de la Fisioterapia en Atención Primaria: un desafío a tres bandas. Editorial. Fisioterapia 1997; 19: 1-4.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atención Fisioterapéutica. Organización Funcional. Madrid: Instituto de Información Sanitaria; 2006
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atlas de la Sanidad en España. Madrid: MSC; 2003.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Los equipos de atención primaria: propuestas de mejora. Madrid: MSC; 2001
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Atención Primaria del siglo XXI: Análisis de situación. Madrid: MSC; 2006.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Plan Estratégico para la mejora de la Atención Primaria: 2007-2012. Madrid: MSC; 2007.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Programa de atención a las personas mayores. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: MSC; 1999.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). 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.
 - Mira JJ, Pérez V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria 2004; 34 (4): 161-9.
 - Organización mundial de la salud. Atención Primaria de Salud. Alma Ata. Salud para todos. Ginebra: OMS; 1978.
 - Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.



-
- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS/OMS; 2007.
 - Ortí, A. El proceso de investigación de la conducta como proceso integral: complementariedad de las técnicas cuantitativas y de las prácticas cualitativas en el análisis de las drogodependencias. En: VVAA Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Madrid: Colegio de Sociólogos; 1993. p. 149-202.
 - Paz B, Verger S. La perspectiva comunitaria en la fisioterapia comunitaria: una revisión. *Fisioterapia* 2008; 30(5): 231-237
 - Pascual N, Prieto MA, March JC. Unidad de soporte en atención domiciliaria. Opinión de los profesionales implicados. *Gaceta sanitaria* 1999; 13: 24.
 - Pérez J, Gómez B, Amador J, Enguix A. Situación funcional después de la fractura de cadera en el anciano. *Atención Primaria* 2003; 32: 606-608.
 - Pérez M, Sancho MT, Yanguas J. Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral. En: Contel JC, Gené J, Peya M, eds. *Atención domiciliaria: organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999; 47-58.
 - Pou, Ll. Desigualtat de rendes i precarietat a les illes Balears: una visió multidimensional de la situació a principis del segle XXI. *Revista d'Afers Socials* 2008; 1: 13-25
 - Prieto MA y March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29(6):366-373.
 - Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para una atención domiciliaria realista en atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 24: 439.
 - Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001; 15(4):320-326.
 - Real Decreto 1001/2002, de 27 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas.
 - Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud.
 - Sanz C. Evolución de la fisioterapia después de las transferencias. En: Inglés M. (Ed.) VIII Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria. Libro de ponencias y comunicaciones Tarragona: Servicio de publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili; 2004.p. 25-42.
 - Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998; 21 (7): 431-6.
 - Segura JM. Atención domiciliaria: un día en la vida de estos pacientes. *Atención Primaria* 2005; 35:326-328.
 - Sidney L., Kark. (dir) *Atención primaria orientada a la comunidad* Barcelona: Doyma; 1993.
 - Silverman D. Analyzing Talk and Text. En: Denzin NK y Lincoln YS. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: Sage; 2003. p. 340-362.
 - Starfield, B. *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología* Barcelona: http://www.uib.es/catedra_iberamericana



Masson; 2001.

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly 2005; 83(3): 457-502.
- Stewart J, Haswell K. Primary Health Care in Aotearoa, New Zealand: Challenges and Opportunities for Physiotherapists. New Zealand Journal of Physiotherapy 2007; 35(2):48-53.
- Viñori H. ¿Qué es la atención primaria de salud? Atención Primaria 1984 1(1): 3- 4.
- World Confederation for Physical Therapy. Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for Physical Therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review. WCPT Briefing Paper. London: WCPT; 2003.
- World Health Organization. Primary Health Care: A framework for future Strategic Directions. Global Report. WHO; 2003.