



MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN COMPETENCIAS

Santos del Riego S*, Santandreu Jiménez E**, Ferrero Méndez A***, Jorge Barreiro FJ****, Villarino Díaz-Jiménez C*, Rodríguez Sotillo A*, Cairo Antelo FJ*, Figueroa Rodríguez J****, Muniesa Portolés JM***** y 132 especialistas y docentes universitarios en Medicina Física & Rehabilitación que imparten en 30 universidades españolas adscritos a 6 áreas de conocimiento y miembros de la **Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física & Rehabilitación (APUMEFYR)**, filial de la **Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)**. A posteriori, agradecemos las aportaciones realizadas por **Climent Barberá, JM**.

* Universidad de A Coruña y Presidente APUMEFYR*; ** Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y responsable universitaria SERMEF; *** Universidad de Alcalá de Henares y Presidente SERMEF; **** Universidad de Santiago de Compostela; ***** Universidad Autónoma de Barcelona.



Texto de trabajo que finaliza con el **Documento de consideraciones, aprobado por unanimidad, en el que se apoya la creación del área de conocimiento de Medicina Física & Rehabilitación por la Asociación de Profesores Universitarios del Área de conocimiento de Radiología y Medicina Física (APURF) reunidos en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia en A Coruña los días 29 y 30 de Junio de 2007**, con la participación de los profesores referenciados de Medicina Física & Rehabilitación y los profesores de Radiología siguientes: **Delgado Macías T** (Universidad de Cantabria), **Martínez Morillo M** (Universidad de Málaga), **Palomares Casado T**, **Redondo E**, **Sendra Portero F** (Universidad de Málaga), **Otón Sánchez CA** (Universidad de La Laguna), **Mejjide Faílde R** (Universidad de A Coruña), **Pereira Loureiro J** (Universidad de A Coruña), **Rodríguez Villamil JL** (Universidad de A Coruña), **Teijeiro Vidal J** (Universidad de A Coruña), **Guix Melchor B** (Universidad de Barcelona), **Pons Pons F** (Universidad de Barcelona), **Martínez Noguera A** (Hospital de Sant Pau, Barcelona), **Carreira Villamar JM** (Universidad de Santiago de Compostela), **Bilbao Zulaica P**, **Souto Bayarri M** (Universidad de Santiago de Compostela), **Costilla García SM** (Universidad de Oviedo).



Anotación informativa: *El siguiente texto permanecerá abierto a la modificación y enriquecimiento conceptual y a la mejora estructural hasta que haya sido suficientemente debatido, independiente de que sea o no publicado.*



1. DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS
2. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
3. DEFINICIÓN Y CAMPO DE ACCIÓN
4. LA CONVERGENCIA EUROPEA DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS
5. MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN EL GRADO DE MEDICINA
6. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN PARA EL GRADO DE MEDICINA
7. MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS GRADOS DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, LOGOPEDIA Y OTRAS TITULACIONES DE FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA
 - COMPETENCIAS GENÉRICAS Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE FISIOTERAPIA (LIBRO BLANCO DE LA ANECA).
 - COMPETENCIAS GENÉRICAS Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: CONFERENCIA NACIONAL DE DIRECTORES DE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL (LIBRO BLANCO DE LA ANECA) Y *“EUROPEAN NETWORK OCCUPATIONAL THERAPY HIGHER EDUCATION”*.
 - COMPETENCIAS GENÉRICAS Y COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOGOPEDIA (LIBRO BLANCO DE LA ANECA).
8. COMPETENCIAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS GRADOS DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, LOGOPEDIA Y OTRAS TITULACIONES DE FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA
9. COMPETENCIAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS POSTGRADOS OFICIALES Y EN LOS TÍTULOS PROPIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD
10. ESQUEMA GENERAL DE CONTENIDOS DE LA ESPECIALIDAD DE MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR) DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACION
11. COMPETENCIAS PROFESIONALES DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN
12. CONSIDERACIONES FINALES: LÍNEAS GENERALES DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN PARA EL SIGLO XXI
- 13.- CONCLUSIONES APROBADAS POR UNANIMIDAD EN LA REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA (APURF) CELEBRADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GALICIA (LA CORUÑA) EL 29 Y 30 DE JUNIO DE 2007.
14. BIBLIOGRAFÍA



DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD Y REQUISITOS MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN

Licenciatura en Medicina y Cirugía (6 años).

- ANEXO I: **Libro Blanco de la Medicina Física & Rehabilitación en Europa (versión inglesa)**. Producido por la Sección de Medicina Física & Rehabilitación (SPRM) de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), la Academia Europea de Medicina de Rehabilitación y la Sociedad Europea para la Medicina Física & Rehabilitación. Europa Medicophysica. *Mediterranea Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, Vol 42 N° 4 Dec 2006.

Especialidad: vía Médicos Internos Residentes (MIR) (4 años).

- ANEXO II: **BOE 8 Mayo 2007, especialidad MIR de Medicina Física & Rehabilitación.**

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN

La Medicina Física & Rehabilitación, como especialidad médica, está reconocida oficialmente en todos los países Europeos, excepto Dinamarca y Malta. La MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN, en denominación genérica europea de MEDICINA FÍSICA & DE LA READAPTACIÓN (IMPR) y de MEDICINA DE REEDUCACIÓN FUNCIONAL, reagrupa a más de 25000 especialistas con ejercicio en Europa.

Según la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) la Medicina Física & Rehabilitación es una especialidad médica independiente que concierne a la promoción del funcionamiento físico y cognitivo, de las actividades (incluyendo la conducta), la participación (incluyendo la calidad de vida) y la modificación de los factores personales y del entorno. Es responsable de la prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo rehabilitador de las personas con condiciones médicas discapacitantes y comorbilidad a lo largo de todas las edades.

La Medicina Física & Rehabilitación tienen una aproximación holística a las personas con condiciones agudas y crónicas ejemplo de las cuales son las amputaciones, las alteraciones neurológicas, musculoesqueléticas, alteración de órganos pélvicos, insuficiencia cardiorrespiratoria y la discapacidad debida a cáncer y dolor, entre otros.

La Medicina Física & Rehabilitación trabaja en varios niveles asistenciales, desde las unidades de atención aguda, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Utiliza herramientas de valoración diagnóstica específicas y lleva a cabo tratamientos que incluyen intervenciones farmacológicas, físicas, técnicas, educacionales y vocacionales.

Para la UEMS, la formación integral del especialista en Medicina Física & Rehabilitación lo convierte en el profesional idóneo para responsabilizarse del equipo multi-interdisciplinar a efectos de conseguir los resultados óptimos.

La definición europea de la disciplina nos muestra claramente su dimensión: Es una medicina holística con proyección física y psico-social que otorga a los medios médicos un



rol en torno a los objetivos sociales. No es una medicina de órgano u organicista, aunque no excluye estos modelos y si los integra, ya que está orientada a la atención integral de la diversidad funcional, la promoción de la autonomía personal, la adaptación funcional al entorno y la mejora de la calidad de vida. El médico rehabilitador aporta soluciones diagnóstico-terapéuticas desde la medicina a personas con discapacidad física, sean o no dependientes.

El médico rehabilitador pone a disposición del paciente los medios necesarios para la promoción de la autonomía personal y para su rehabilitación con el fin de que pueda recuperar su lugar en la sociedad.

La especialidad de Medicina Física & Rehabilitación se establece al margen del paradigma clásico de Salud y sobre un modelo diferente basado en los principios del Paradigma Social de Salud. La dinámica de este paradigma evoluciona desde la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1980 acerca del Déficit, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), confluye en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) de 2001 sobre Discapacidad, Actividad y Participación y finaliza en un modelo médico específico de respuesta ante la diversidad funcional que, en términos de capacidad y salud, presenta el ciudadano. En consonancia con la realidad sanitaria, universitaria y social, estos profesionales son los principales promotores médicos del desarrollo y concienciación del Paradigma Social de Salud en los medios sanitarios, sociosanitarios y sociales.

El cuerpo doctrinal específico de la especialidad gira en torno a un modelo profesional médico de focalización dual que está dirigido a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento orientados a mejorar la función y la calidad de vida del ser humano. Estos profesionales actúan como coordinadores médicos de los equipos multi/interdisciplinares de atención hospitalaria y extrahospitalaria que responden holística y conjuntamente ante estos procesos invalidantes. Se responsabilizan del diagnóstico, evaluación, establecimiento de contraindicaciones, prescripción terapéutica individualizada y valoración de las habilidades y secuelas, con el fin de mejorar las capacidades funcionales y promocionar la autonomía personal. En 30 universidades españolas, se imparte docencia en las titulaciones de Ciencias de la Salud, fundamentalmente en Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre otras, y se realizan labores de investigación en líneas relacionadas con las competencias específicas y afines. Además, en esta profesión se definen unos objetivos y unas competencias específicas, una metodología y tecnología propias, y unos procedimientos de actuación. Ciertamente, su perfil laboral se desarrolla en España desde 1969 y en Estados Unidos, país pionero, desde 1947 en las cuatro facetas de actuación siguientes: la asistencia, la docencia, la investigación y la gestión.

El médico rehabilitador o reeducador, denominado fisiatra en países fundamentalmente Latinoamericanos, ejerce su actividad como coordinador de un equipo multi-interdisciplinar que realiza sus funciones específicas en los Servicios de Rehabilitación de los hospitales públicos o de centros especializados privados. También como consultor en gabinetes libres, poniendo a disposición del paciente sus competencias específicas y sus conocimientos, en virtud de una prescripción específica orientada al mantenimiento y mejora de las capacidades funcionales y a las adaptaciones ecológicas necesarias. Este profesional posee competencias gestoras, docentes e investigadoras en el seno de las



estructuras administrativas tales como la evaluación de la discapacidad y de la incapacidad y en otros procesos sanitarios y universitarios.

Para conseguir recuperar las capacidades funcionales y el ajuste razonable de la persona con discapacidad, se promociona la autonomía personal, la adaptación funcional al entorno y la reinserción familiar, profesional (escolar) y/o social. Para ello, se necesita un “grupo técnico” o “entorno técnico” en el cual el médico rehabilitador trabaja como coordinador junto con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el logopeda, el trabajador social, el enfermero, el técnico ortopédico y el psicólogo, entre otros profesionales. Así, el médico rehabilitador ejerce una medicina diagnóstica y terapéutica a disposición de los pacientes y personas con diversidad funcional que, frecuentemente, son remitidos por los especialistas médicos de otras disciplinas. En este contexto específico y tal y como refiere la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS); la Fisioterapia se encarga genéricamente de la terapéutica mediante el uso de agentes y medios físicos; la Terapia Ocupacional emplea la actividad ocupacional propositiva con carácter terapéutico y la adaptación funcional al entorno domiciliario, escolar, laboral y social; la Logopedia interviene en la prevención y tratamiento de las alteraciones del habla, lenguaje, voz, audición y deglución y el Ortopeda (técnico ortopédico) en la fabricación y adaptación de determinados dispositivos ortésicos, protésicos y ayudas técnicas prescritos por el médico especialista.

Todos los esfuerzos del equipo versan en torno a un objetivo común: la reeducación funcional para la rehabilitación que debe revertir en la mejora de las capacidades y en la readaptación del paciente.

La especialidad aborda ámbitos pluridisciplinarios, con campos de actuación que aumentan día a día, con las mejoras de los medios médicos, las técnicas quirúrgicas y las nuevas tecnologías de la información para una sociedad del conocimiento. Interesan todas las etapas del desarrollo del ser humano (infancia, adultos, ancianos) y se desarrollan todas las competencias y contenidos que se mencionarán en este mismo texto. Complementaria de otras especialidades, la Medicina Física & Rehabilitación tiene una misión específica, la “puesta en marcha” del hombre incapacitado o discapacitado temporal o definitivamente en una sociedad de calidad de vida.

Uno de los aspectos más notables de la Medicina Física & Rehabilitación como especialidad médica es la focalización dual (Medicina Física versus Rehabilitación) de la actividad médica rehabilitadora sobre un concepto teórico como es la in/discapacidad. Sin embargo, el Dr. Climent Barberá refiere que esta característica es a la vez una fortaleza y una debilidad sobre la que hay que reflexionar. En sus palabras, *“como fortaleza permite la expansión ilimitada de la actividad profesional”*. Como debilidad, estriba en dos aspectos: *“el distanciamiento del modelo teórico de la praxis clínica y el nivel de desigualdad con otras especialidades médicas”*. En cuanto al distanciamiento, la inmensa mayoría de la actividad clínica del médico rehabilitador no gira en torno al colectivo de personas con discapacidad. Si fuera lo contrario, la Medicina Física & Rehabilitación pertenecería al grupo de especialidades construidas en torno a la atención de un segmento poblacional, como la Pediatría o la Geriátrica. Sin embargo, aunque muchos de nuestros pacientes son personas con discapacidad (fundamentalmente discapacidad física), también sabemos que otros tantos no



lo son, o lo son transitoriamente. Es decir atendemos a más pacientes de los que nos define nuestro concepto definitorio de discapacidad. Por otro lado, es bien conocido que muchas personas con discapacidad son atendidos por otros colegas médicos (ciegos, sordos, enfermos mentales..., esto es discapacidad sensorial y psíquica), lo que sugiere una limitación del modelo desarrollado por la UEMS para la Medicina Física & Rehabilitación sobre la que conviene reflexionar. Sin embargo, hay profesionales no médicos afines al equipo multidisciplinar del médico rehabilitador que han abordado la discapacidad desde todas sus perspectivas: física, psíquica y sensorial, tal es el caso de la Terapia Ocupacional, lo que sugiere una posible vía de expansión de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación perfectamente compatible con el modelo UEMS para la especialidad. Por otro lado, la desigualdad con otras especialidades médicas se debe a la ausencia de focalización sobre un órgano o aparato. La mayoría de especialidades médicas clínicas, algunas más jóvenes que la nuestra, se han desarrollado en torno a esta idea con gran éxito, difusión y consolidación. Es muy interesante que la Medicina Física & Rehabilitación no abandone la senda de la focalización sobre un órgano o aparato, e incorpore esta idea a sus programas en todos los niveles. En eses sentido, es adecuado focalizar la especialidad sobre el sistema musculoesquelético (hueso, músculo, cartílago). Ningún colectivo médico reclama todavía este sistema como propio. Aunque hay profesionales sanitarios no médicos que si han realizado propuestas de intervención similares, tal es el caso de Fisioterapia. En este contexto, la focalización por sistema permitirá el crecimiento de la ciencia básica en Medicina Física & Rehabilitación (fisiología, patología, cinesiología y biomecánica), de la exploración complementaria (EMG y ecografía) y del tratamiento específico (farmacología del sistema musculoesquelético, medicina manual, infiltraciones, etc.). Por ejemplo, es fácil desarrollar una farmacología del sistema músculo-esquelético y es difícil imaginar que alcancemos una "farmacología de la discapacidad". Además, la demanda más frecuente de atención que se recibe en Medicina Física & Rehabilitación se centra en el dolor regional de origen musculoesquelético. Al igual que la poliomielitis supuso, en su momento, el núcleo de cristalización de la especialidad, en torno a la "demanda social", no podemos olvidar esta nueva "demanda social", esta nueva "poliomielitis" que es el dolor de origen musculoesquelético, con prevalencias enormes y suficientes para garantizar una actividad clínica sólida y de futuro, sin olvidar, ni restar la gran importancia de los médicos rehabilitadores que trabajan en rehabilitación neurológica, cardíaca, respiratoria, foniátrica, incontinencia o el equilibrio, y mencionando que el músculo espástico, la fisiología del ejercicio, la rehabilitación respiratoria, la rehabilitación neurológica, el entrenamiento de la comunicación humana, del entrenamiento esfinteriano y el entrenamiento del equilibrio que también se fundamentan en el sistema músculo-esquelético. Este planteamiento no supone una alternativa al modelo UEMS. Es un modelo de conciliación que integra el modelo mio-tendinoso con el modelo europeo UEMS de Medicina Física & Rehabilitación que se enriquecen mutuamente.

Según la encuesta Eurostat (2001) el 10% de la población de los países de la Comunidad Europea padece alguna discapacidad. Además, la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) del Instituto Nacional de Estadística, demostró que en 1999 había en España 3.528.221 personas con alguna discapacidad, lo que supone una tasa global de prevalencia del 9%. Esta tasa, trasladada la población española censada en 2007, supone casi 5 millones de personas con discapacidad. La discapacidad física más frecuente es la dificultad para desplazarse, siendo generada por las deficiencias osteo-



articulares en primer lugar, las cuales representan el 27% del total de los procesos discapacitantes registrados.

La dependencia implica falta de autonomía física, psíquica o intelectual de las personas, necesitando ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). Según los datos de la EDDES, 2.336.382 de personas tienen limitación para alguna AVD: mantener la postura, cuidar de sí mismo, desplazarse dentro o fuera del hogar (AVD básicas) o realizar las tareas del hogar (AVD instrumentales), lo que representa una tasa del 6 por mil. Entre ellos, los pacientes muy dependientes, aquellos que no pueden mantener la postura ni cuidar de sí mismos, ascienden a 813 579, lo que representa una tasa del 2 por 1000.

La discapacidad y la dependencia están claramente relacionadas con la edad, ya que más del 32% de las personas de más de 65 años tiene alguna discapacidad. El envejecimiento poblacional progresivo como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, hace que se incrementen los tramos de edad con mayor prevalencia de discapacidad, produciéndose el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, consistente en un incremento del grupo de edad mayor de 80 años, que se ha duplicado en los últimos 20 años.

Según datos hechos públicos por el IMSERSO en junio de 2007, los mayores de 80 años suman en España 2 millones y son el colectivo que más ha crecido (el 66% frente al 13% del aumento del resto de la población española) y más de 7,3 millones de españoles son mayores de 65 años. Para la Organización de las Naciones Unidas (ONU), España es el tercer país más envejecido del planeta después de Japón e Italia donde la esperanza de vida alcanza ya los 79,7 años

Este envejecimiento, y las discapacidades propias de estos grupos de edad se han convertido en un problema sanitario y social de primer orden que marcará la gestión de los recursos sanitarios en las próximas décadas. A este hecho se añaden el aumento de las tasas de supervivencia de personas afectas de enfermedades congénitas, el aumento de los accidentes y la derivada del progreso de la propia tecnología médica.

La Esperanza de vida Libre de Discapacidad (EVLDD), como índice de salud que combina la esperanza de vida total (EV) y la esperanza de vida con restricción de la actividad principal, permite valorar la repercusión social de la morbilidad y calcular la expectativa de discapacidad (ED) como indicador del tiempo medio esperado de discapacidad a lo largo de la vida de una persona. La expectativa de discapacidad actual, según datos de esperanza de vida de 1999, es de 8,5 años, de los cuales, 4 años serán con una discapacidad grave, por lo que la necesidad de los servicios prestados por la Medicina Física & Rehabilitación serán de gran magnitud (más de 8 años para los nacidos en 1999).

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se preguntó “se han añadido años a la vida pero ¿se ha sumado vida a los años?”, el acceso a la rehabilitación ha sido considerado en Europa un derecho básico. La recomendación R (92) 6 del Consejo de Europa en Estrasburgo (1992) establecía que *“la legislación de sus estados debía cubrir, al menos la prevención de la discapacidad y la **educación sanitaria**, identificación y diagnóstico, tratamiento y ayudas técnicas, **educación**, asesoramiento vocacional, empleo, integración social y del entorno, protección legal, económica y social, **entrenamiento de las personas incluidas en el proceso de***



rehabilitación y en la integración social de las personas con discapacidad, información, estadísticas e investigación”

Estos hechos han desembocado en la iniciativa del Gobierno para la aprobación de la “Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. La Ley regula la creación del Sistema Nacional de Dependencia, con la participación de todas las Administraciones Públicas, fundamentándose en los principios de universalidad, equidad e igualdad y en la participación, integración y normalización de las personas con dependencia, mediante el desarrollo de un completo sistema de atención personalizada. En su Artículo 19 establece la necesidad de “prevenir la aparición de enfermedades físicas y mentales y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo dirigidos a las personas mayores y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”, estableciendo en su Sección tercera (Art. 21 a 23) los servicios de atención y cuidado para cubrir las necesidades de “asesoramiento, prevención, rehabilitación, etc.”. El necesario desarrollo normativo y regulador que seguirá a la promulgación de la ley, precisará de los campos de conocimiento que abarca la Medicina Física & Rehabilitación como paradigma social de salud.



DEFINICIÓN Y CAMPO DE ACCIÓN

La **Medicina Física & Rehabilitación** como especialidad médica centra su actuación en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad/dependencia encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles, todo ello coordinando un equipo conformado por diversos profesionales. Es un modelo de atención integral, holística e interdisciplinar.

La **Medicina Física**, el medio, que permite que el profesional médico especializado concrete en su ámbito de actuación un diagnóstico preciso de la enfermedad y discapacidad física, que permite la prescripción de un tratamiento integral con recomendaciones, medicación precisa y diversas técnicas, tales como hidroterapia, electroterapia, termoterapia, cinesiterapia, vibroterapia, laserterapia, actividad ocupacional, logoterapia, o la indicación de ortesis, prótesis y dispositivos y ayudas técnicas, entre otras. El diagnóstico de la discapacidad/dependencia, la prescripción terapéutica, la valoración de constantes biológicas, la realización de pruebas específicas de capacidad funcional y el alta son competencias específicas de Medicina, las cuales son implementadas por los médicos de familia en la atención primaria y por los especialistas en Medicina Física & Rehabilitación en la atención hospitalaria y extrahospitalaria.

La OMS, en el 2º. Informe del Comité de Expertos (Ginebra, 1968), define **Rehabilitación**, el fin, como *“el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles”*. En este contexto, es un término común con otras profesiones del ámbito de la función y calidad de vida. El Comité de Expertos de la OMS, en la Serie de Informes Técnicos 688, de 1981, sobre incapacidad, prevención y rehabilitación, coincidió en las siguientes definiciones:

- A) La Rehabilitación incluye todas las medidas destinadas a reducir el impacto de las condiciones de discapacidad/incapacidad y minusvalía y a no hacer posible que las personas dis/incapacitadas y minusválidas alcancen la integración social.
- B) El objetivo de la Rehabilitación no es sólo entrenar a personas con discapacidad/incapacidad y minusválidas a adaptarse a su entorno, sino también el intervenir en su entorno inmediato y en la sociedad para facilitar su integración social.
- C) Las personas con discapacidad/incapacidad y minusválidas, sus familias y las comunidades en las que viven, deben participar en la planificación y puesta en marcha de servicios relacionados con la Rehabilitación.

Si bien es cierto que incapacidad es un término de carácter legal (certificación por un profesional médico de las limitaciones físicas o psíquicas de una persona con discapacidad), por lo que la dinámica de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación confluye en la discapacidad y en la dependencia, con una perspectiva de promoción preventiva y prioritaria de la autonomía personal y limitación de las secuelas y desde el respeto y la atención integral a la diversidad funcional del individuo en sociedad. La Rehabilitación es una especialidad que tiene por papel coordinar y asegurar la puesta en marcha y aplicación de todas las medidas encaminadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de la diversidad funcional de origen físico.



Ello comporta la puesta en marcha metódica de las acciones necesarias para la realización de estos objetivos desde el comienzo de la afección hasta la reinserción del paciente en su medio ambiente y en la sociedad.

Las actividades rehabilitadoras deben desarrollarse según una relación y un orden determinado, así como en un espíritu de cooperación mutua. Las personas y los medios deben, por tanto, estar coordinados para alcanzar un fin común. Este especialista, que por su condición o papel profesional, tiene que coordinar y asegurar la puesta en funcionamiento y la aplicación del tratamiento de todas las actividades que se emplean para prevenir o reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psicológicas, sociales y económicas de las personas con diversidad funcional.

A propósito del trabajo en equipo, el médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación es el profesional más indicado para defender la responsabilidad de esa coordinación y dirigir el conjunto del proceso de atención integral de la persona con discapacidad, lo que conlleva una gran responsabilidad sobre la persona que tenga una deficiencia o una discapacidad, con un equipo que reúna todas las competencias necesarias y que esté coordinado de forma equilibrada, a efectos de abordar todas las necesidades que afectan a la persona con discapacidad.

En ausencia de un coordinador responsable de esta competencia, adecuadamente preparado, no es imaginable cómo se podría llevar a cabo este proceso de atención integral de la persona con discapacidad/dependencia, evitando medidas repetitivas o contradictorias. Sólo el desconocimiento de los principios de la Rehabilitación puede sugerir modelos de actuación arcaicos, o de zonas no desarrolladas, no contrastados, no económicos y sobre todo y cuando menos poco eficaces para el sujeto afecto de una deficiencia o de una discapacidad/dependencia.

Debido a que el proceso de Rehabilitación se desarrolla a continuación de diferentes evaluaciones de las aptitudes, es el médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación el que aborda la fase de orientación global: reúne los informes, las clasificaciones, el estudio de las consecuencias del estado del paciente, los pone en relación con sus discapacidades eventuales y con sus capacidades funcionales, organiza una discusión en equipo para llegar a conclusiones que conciernen el estado clínico, las situaciones antisociales o de pérdida de identificación social, las capacidades residuales, las perspectivas y, también, los derechos (y, a veces, deberes) tanto del paciente como de los informes que necesitan. El análisis de esos problemas puede ser la base de su solución; es decir, la adecuada realización de las diferentes medidas coordinadas desde la Medicina Física & Rehabilitación a favor de la atención integral de la persona con diversidad funcional.

La evaluación de las capacidades debe proseguirse en el curso de las fases de la rehabilitación y, también, en el curso de la reinserción, mediante evaluaciones periódicas. La Rehabilitación es una disciplina exigente, cuya filosofía intrínseca actúa en un modelo científico diferente a otras especialidades médicas, con una aproximación al paciente necesariamente global y con múltiples técnicas de intervención.

El especialista en Medicina Física & Rehabilitación debe ser el responsable de llevar a cabo los actos médicos, diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad. También es el responsable de calificar y definir el tipo de discapacidad y la intensidad de la misma y, en consecuencia, establecer, dirigir, coordinar y controlar todo el programa rehabilitador



correspondiente, modificándolo y adaptándolo de acuerdo con el momento evolutivo. Se debe desestimar la conveniencia del mismo cuando la situación del paciente no permita abrigar esperanzas razonables de recuperación e integración. Finalmente, es oportuno considerar el momento límite de las posibilidades rehabilitadoras, tanto por haberse alcanzado los objetivos previstos como por haberse estabilizado la situación del paciente.

En este contexto y fruto de la dinámica historia, el médico rehabilitador ha participado y participa en la docencia universitaria de los títulos clásicos y participará en la docencia de los nuevos títulos de Grados y Postgrados Oficiales de Ciencias de la Salud relacionados con los modelos de función y calidad de vida. Según datos del Ministerio de Educación y Ciencia hay 133 profesores integrados en el área de conocimiento de Radiología y Medicina Física, 148 en el área de conocimiento de Fisioterapia y 101 en el área de conocimiento de Educación Física y Deportiva. Estas áreas de conocimiento, junto con las áreas de Enfermería, Ciencias Morfológicas y Medicina, integran diversos perfiles, entre otros, la mayoría de los 140 profesores universitarios especialistas en Medicina Física & Rehabilitación.

Este hecho, junto con el cumplimiento de los criterios de calidad por parte de la especialidad, a saber: un cuerpo doctrinal perfectamente perfilado -modelo médico diagnóstico terapéutico de función, autonomía personal y calidad de vida-, una tradición histórica específica y la existencia de sociedades nacionales e internacionales de prestigio, son las razones que motivan la necesaria creación en la universidad española de un **Área de conocimiento de Medicina Física & Rehabilitación**, para garantizar una adecuada formación del alumno de Ciencias de la Salud en materias de capacidad funcional y calidad de vida y en beneficio de la atención integral de los pacientes/ciudadanos (ANEXO III).

El Área de Conocimiento de Medicina Física & Rehabilitación ayudará a fomentar, aún más, la presencia profesional del médico rehabilitador en la universidad, así como el desarrollo adecuado del Paradigma Social de Salud tanto en estos ámbitos como en su proyección sanitaria hospitalaria y extrahospitalaria para beneficio único y fundamental de la atención integral del paciente/persona con discapacidad –referente principal- y su reinserción laboral y en la sociedad.

En entrevista realizada por los responsables de la Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física & Rehabilitación (APUMEFYR) con los máximos responsables del Consejo de Coordinación Universitaria (CCU), el día 23 de Mayo de 2006, nos informan que es muy adecuado plantear la creación de nuevas áreas de conocimiento, más aún en el contexto de la Convergencia Europea que dibujará otra realidad universitaria más acorde con las necesidades sanitarias y sociales del Siglo XXI. El progresivo incremento de la investigación en Medicina Física & Rehabilitación, que confluye en realización de Tesis Doctorales, y de la participación en docencia por parte de estos profesionales favorece el desarrollo de las competencias específicas de la Medicina Física & Rehabilitación en todos los ámbitos de actuación (asistencia, docencia, investigación y gestión) y la proyección social de sus pilares fundamentales de actuación en la medicina moderna: el Paradigma Social de Salud y las Clasificaciones CIDDDM y CIF.

Por otra parte, el 21 de marzo de 1987 la Asociación de Profesores de Radiología y Medicina Física (APURF) manifestó en documento escritos sobre la idoneidad de crear un área específica de Medicina Física separada de la Radiología (ANEXO IV).



LA CONVERGENCIA EUROPEA DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS.

Entre los años 2004 y 2010 se pretende aplicar la normativa del Espacio Europeo de Educación Superior a todas las titulaciones universitarias españolas. Esta normativa dimana de la transposición a la legislación nacional de los principios de la Declaración de Bolonia (1999):

1.- Se establecen dos niveles de estudio: uno primero de cuatro años que capacitará para el ejercicio profesional (Graduado), equivalente a una Licenciatura, y otro segundo de especialización (Postgrado) que incluye el máster y el doctorado. Este diseño no incluye los títulos de Diplomado.

2.- Se modifica el concepto de crédito LRU (10 horas de clases teóricas o prácticas) por el de crédito europeo ECTS (25-30 horas, correspondientes a un volumen de trabajo del alumno). En definitiva, se intentará sustituir el sistema de enseñanza actual, por un sistema de aprendizaje activo del alumnado

3.- Se crea el Diploma de Suplemento al Título, esto es, un modelo de información unificado europeo de carácter curricular que emplea como unidad de medida el crédito ECTS, con el objeto de favorecer la movilidad y ocupabilidad en Europa.



LA MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN EL GRADO DE MEDICINA

El Libro Blanco de Medicina es una realidad efectuada gracias a la labor de la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina (CND) en los programas de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA). Sin embargo, en la actualidad no se ha promulgado el Real Decreto que configurará el nuevo título universitario de Medicina o bien como Grado o bien como Máster de 360 créditos ECTS (6 años de duración).

La Rehabilitación, el fin y objetivo común con otros profesionales terapéuticos de función y calidad de vida, en otra aproximación conceptual se define como *“un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos, dirigido a permitir que personas que presentan discapacidad alcancen un nivel funcional óptimo mental, físico y social, proporcionándoles las herramientas para cambiar su propia vida a efectos de conseguir autonomía, independencia y un adecuado ajuste razonable”* (Programa de la ONU de Acción sobre personas incapacitadas, 1983).

Los avances sociales hacen que los ciudadanos demanden mejoras sanitarias no sólo para aumentar su esperanza de vida, sino para aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad y dependencia, que impliquen una mejora en su calidad de vida.

En 1992, el Consejo de Europa elaboró el documento *“Una política coherente para la rehabilitación de las personas con minusvalía”*, estableciendo como uno de sus principios el de *“prevenir o eliminar de la discapacidad, impedir que se agrave y atenuar sus consecuencias”*.

Históricamente, la Medicina Física & Rehabilitación se ha ido configurando como una filosofía de acciones combinadas para aumentar la autonomía e independencia del paciente, sea cual sea el origen de su limitación física, configurándose como la mejor expresión médico-sanitaria en la implementación del paradigma social de salud. El médico rehabilitador realiza intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de coordinación del equipo multidisciplinar que participa para limitar el déficit, potenciar las capacidades funcionales residuales y establecer las estrategias de compensación precisas para las personas con discapacidad primaria y a efectos de evitar la aparición de procesos secundarios de discapacidad. La Medicina Física & Rehabilitación se ha ido configurando como una nueva filosofía de intervención médica, más allá del uso técnico que se describe en las diversas terapéuticas.

En este sentido, entendemos que **el objetivo de la docencia del nuevo Grado de Medicina no es impartir conocimientos relacionados con los procesos y técnicas de uso en los servicios especializados de Rehabilitación**, a diferencia de con los Grados de otras profesiones de función y calidad de vida (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Logopedia, etc.), por lo que estos conocimientos específicos podrían parecer no necesarios para la formación del médico generalista que desarrolla su actuación en los niveles básicos de Atención Primaria de Salud.

Sin embargo, la difusión de las herramientas que favorecen la máxima autonomía personal e independencia posibles y la mejora de la calidad de vida del paciente con discapacidad física, así como las múltiples intervenciones preventivas y terapéuticas que se desarrollan desde nuestra especialidad, deben formar a los



nuevos profesionales médicos en el paradigma social de salud para favorecer su desarrollo en todos los niveles de la asistencia sanitaria.

La relación entre la Atención Primaria de Salud y los Servicios especializados de Rehabilitación es cada vez mayor, de tal forma que los Médicos Internos Residentes (MIR) de Familia rotarán por nuestros servicios especializados, motivados por la gran cantidad de pacientes con patologías de abordaje común y por la cada vez mayor derivación directa de los pacientes desde la Atención Primaria hacia nuestros servicios y viceversa, los MIR de Medicina Física & Rehabilitación rotarán con los médicos de familia. Además, son muchas los pacientes con discapacidad que, una vez finalizada la actuación desde la Rehabilitación de tercer nivel, requieren la continuidad de cuidados por parte de las unidades de Atención Primaria de Salud.

En esta línea, la *World Health Assembly* en su resolución 58.23 de 2005, de la “Discapacidad, incluyendo prevención, diagnóstico y rehabilitación” declaró que los Estados miembros deberán **“promover y reforzar los programas basados en la rehabilitación en el nivel primario de salud integrado en los sistemas nacionales de salud”**, lo que es impensable sin un sistema universitario que eduque a sus médicos en los conceptos básicos de la rehabilitación que garantice la continuidad de los cuidados del paciente con discapacidad.

En este contexto, la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF) y la APUMEFYR, comparten totalmente la necesidad de homogeneizar los planes de estudio entre las diversas universidades españolas y europeas, tal y como se recoge en los principios que dimanan de los procesos iniciados en *La Sorbonne* y en Bolonia.

Consideramos que es necesario establecer los cauces necesarios que permitan una mejor coordinación de los sistemas sanitarios y universitarios, no sólo en lo que se refiere al acceso al sistema MIR y su desarrollo posterior, sino también a la actividad desarrollada por los docentes universitarios de Medicina Física & Rehabilitación estén o no vinculados al sistema público de salud.

Parece evidente que la formación en Medicina debe estar dirigida a médicos generalistas, de atención al primer nivel sanitario, dejando la formación especializada aplicada e interdisciplinar para el postgrado, tal como se recoge en el libro blanco presentado por la CND y como sugiere la ANECA.

Esta formación debe venir dada por el perfil “médico” que emana de la normativa europea, y del artículo 6, 2ª de la LOPS que en relación al médico dice que *“Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento y **rehabilitación** de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”*.

Es necesario actualizar los objetivos y contenidos programáticos de la Medicina Física & Rehabilitación dando con ello cumplimiento a las directrices del Real Decreto 1417/1990 publicadas en el B.O.E. N° 278 de 20 de Noviembre de 1.990, en el que la Medicina Física & Rehabilitación está específicamente diferenciada como materia troncal.



Sin embargo, hay aspectos específicos de la propuesta efectuada en el Libro Blanco de Medicina en relación con la materia “Medicina Física & Rehabilitación” que no podemos compartir, por los siguientes motivos:

1.- A pesar de figurar explícitamente la palabra “Rehabilitación” en la definición del médico, esta materia no aparece en la propuesta que nos han trasladado. El libro blanco de Medicina define un sub-bloque “Radiología y Medicina Física” que integra conceptos escasos relacionados con nuestra materia, en el que se limitan a definir:

- *El concepto general de Rehabilitación*
- *Los niveles de “incapacidad”*
- *El empleo de procedimientos físicos terapéuticos en diversos procesos noso-patológicos.*

A finales del siglo XIX y principios del XX se detecta un interés manifiesto desde la medicina por los efectos de las radiaciones sobre el organismo humano. Estos históricos prolegómenos han motivado que las materias de “Radiología” y de “Medicina Física & Rehabilitación” hayan estado y, aún, se mantengan unidas en algunas universidades españolas.

Sin embargo, consideramos que el área de conocimiento de Radiología y Medicina Física no ha tenido repercusión histórica en materias de discapacidad sobre el sistema sanitario español, ya que las actividades que se están desarrollando en los Servicios de Radiología y en los Servicios de Rehabilitación son totalmente diferentes y ponen en evidencia la **ausencia total de vínculos en sus procedimientos**. En este sentido, no encontramos ni justificación sanitaria ni social para el mantenimiento de la vinculación de la Medicina Física conjuntamente con el área de Radiología.

El área de conocimiento Radiología vendría definida por un cuerpo doctrinal específico relacionado con el uso diagnóstico y terapéutico de las radiaciones ionizantes, tales como el Radiodiagnóstico, la Radioterapia y la Oncología Terapéutica.

Sin embargo, la Medicina Física se fundamenta en un modelo de focalización dual en el que, como previamente hemos mencionado, la Medicina Física es el medio (radiaciones no ionizantes y otros medios terapéuticos) y la Rehabilitación es el fin (autonomía e independencia de la persona con discapacidad física).

En este sentido, consideramos que la formación del alumno de Medicina continuará viéndose mermada al no poder enriquecerse con los conocimientos que mejoren la función y la calidad de la vida de los pacientes con discapacidad física.

Así mismo, este déficit de formación, supone una dificultad añadida para el sistema sanitario español que difícilmente podrá permutar el paradigma clásico (aún vigente y presente en la actuación médica cotidiana) por el paradigma social de salud (intrínsecamente relacionado con nuestra preocupación por la función-disfunción y la calidad de vida).

2.- El uso en esta propuesta del libro blanco de Medicina del término “incapacidad” o “invalidéz” supone un abordaje erróneo que debe ser sustituido por el actual de



discapacidad. El término incapacidad es un término legal por el que un profesional médico determina las limitaciones que presentan una persona con discapacidad física o psíquica. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya definió en 1980 los conceptos de Discapacidad (alteración de la función), Deficiencia (pérdida orgánica, psicológica o fisiológica) y Minusvalía (desventaja social). Además, en Mayo de 2001 se promulga la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), como nuevo patrón de descripción y medición de la salud, la discapacidad, la actividad y la participación social.

3.- La Medicina Física, el medio y elemento diferenciador de nuestra especialidad, utiliza un modelo médico de coordinación de un equipo multi-interdisciplinar y de abordaje diagnóstico-terapéutico de la discapacidad física, que prescribe el uso de diversas terapias: medicamentosas o no, tales como electroterapia, vibroterapia, cinesiterapia, masoterapia, hidroterapia, actividad ocupacional propositiva (con intención física, psíquica y social), ortética, protética y ayudas y dispositivos técnicos, entre otras.

Por todo ello, la SERMEF y la APUMEFUYR consideran imprescindible que se tenga en consideración los siguientes asertos:

1.- Tal y como se concluye en la ponencia celebrada en el Congreso-SERMEF de Santander (Mayo 2004), dirigida por el Catedrático de Universidad y Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad, Prof. Luis Pablo Rodríguez, se solicita el desarrollo de materias específicas de Medicina Física & Rehabilitación en el nuevo Grado de Medicina en un sub-bloque diferente al de Radiología, con el que no se comparte ninguna afinidad de contenidos.

En este contexto, los médicos rehabilitadores en general y los docentes universitarios en particular consideran que sería interesante disgregar la Medicina Física del área de conocimiento de Radiología, configurando una nueva **área de conocimiento de Medicina Física y Rehabilitación**, que defienda y difunda adecuadamente nuestro modelo de actuación profesional, tal y como se ha argumentado mediante documento escrito dirigido a las autoridades del Consejo de Coordinación Universitaria en marzo de 2006 (ANEXO III).

2.- Modificar y actualizar el contenido docente de “Medicina Física & Rehabilitación” sobre la base de la política establecida por la OMS y por el Consejo de Europa y la evidencia científica disponible en la actualidad, en cumplimiento de la legislación española vigente.

3.- Con el fin de adecuar los contenidos de la docencia en la materia que nos compete a la realidad social, sanitaria y legislativa actual, hemos solicitado a las autoridades universitarias del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), a los responsables de la CND, a los Rectores de las 30 instituciones universitarias con médicos rehabilitadores y a los responsables del Área de conocimiento de Radiología y Medicina Física que se apoye unánimemente la siguiente modificación en la materia denominada **“Procedimientos diagnósticos y terapéuticos”** del Libro Blanco de Medicina, en concreto que en el apartado de descripción de conocimientos, aptitudes y destrezas, se sustituya “Conocer los fundamentos de la rehabilitación y otros procedimientos físicos” por el de **“Conocer los fundamentos de la Rehabilitación, de la Promoción de la Autonomía Personal y de**



la Adaptación Funcional del/al Entorno en la Diversidad Funcional y de los procedimientos de la Medicina Física en la Morbilidad, para la mejora de la calidad de vida del ciudadano”.



COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LA MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN PARA EL GRADO DE MEDICINA

Los 142 profesores que forman parte de la Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física y Rehabilitación (APUMEFYR) están repartidos en 30 universidades españolas y distribuidos en 6 áreas de conocimiento (Radiología y Medicina Física, Medicina, Fisioterapia, Educación Física y Deportiva, Ciencias Morfológicas, Enfermería), impartiendo materias que le son propias en las titulaciones universitarias de Medicina, Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y otras titulaciones de Ciencias de la Salud (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Odontología, Podología, entre otras).

Menos del 30% de estos profesores están adscritos al área de Radiología y Medicina Física.

APUMEFYR nació con el objetivo de homogeneizar y desarrollar la proyección y contenidos de la Medicina Física & Rehabilitación en la Universidad Española, asimilándolos progresivamente a las directrices emanadas por la OMS, la ONU, y la UEMS, en su sección de Medicina Física y Rehabilitación, en relación con la necesidad de transmitir los conocimientos básicos de la Medicina Física & Rehabilitación a todos los sectores con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la equidad del sistema sanitario.

Considerando que en la reunión de la Asociación de Profesores de Radiología y Medicina Física (APURF) celebrada en el El Paular en marzo de 1987, se especificaba que *“la enseñanza de la Medicina Física & Rehabilitación está absolutamente separada estructuralmente y docentemente de la radiología”* y se acordaba que *“la Rehabilitación y Medicina Física debería ser tratada independientemente como materias troncales”*, hay que señalar que la situación persiste en muchas universidades veinte años después, por lo que la APURF:

- 1.- Ratifica que la Rehabilitación y Medicina Física debe de tener la consideración de materia troncal independiente en la titulación de Medicina.**
- 2.- Para ello solicitamos la creación de dos Sub-bloques diferentes en el Libro Blanco de la titulación de Medicina: uno de Radiología y otro de Medicina Física y Rehabilitación.**
- 3.- Se debe modificar y actualizar el contenido docente de Medicina Física & Rehabilitación sobre la base de la política establecida por la OMS, por el Consejo de Europa y basándose en la evidencia científica disponible en la actualidad.**
- 4.- La terminología utilizada en el descriptor de las materias de Medicina Física & Rehabilitación del Libro Blanco de la titulación de Medicina deben adaptarse a la normativa de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF 2001) por lo que se solicita el cambio por el siguiente descriptor de Medicina Física & Rehabilitación: *“Conocer los Fundamentos de la Rehabilitación, de la promoción de la autonomía personal y de la adaptación funcional del/al entorno en la diversidad funcional y de los procedimientos de la Medicina Física en la morbilidad, para la mejora de la calidad de vida del ciudadano”*.**



5.- Considerando que los Profesores Universitarios de Medicina Física & Rehabilitación se comprometen a homogeneizar los contenidos y competencias de forma constructiva desde las diversas áreas de conocimiento en las que están integrados, la APURF aprueba y apoya la creación de un área de conocimiento de Medicina Física y Rehabilitación.

Se proponen las siguientes líneas generales como competencias específicas para el **Sub-bloque de Medicina Física & Rehabilitación del Grado de Medicina:**

SABER (Conocimientos):

1.- Reconocer, Diagnosticar y Orientar el manejo de la Diversidad Funcional (Discapacidad y/o Dependencia):

- Reconocer los niveles de discapacidad/dependencia en el marco de los diferentes procesos patológicos y en todas las edades de la vida.
- Conocer los métodos de valoración de la discapacidad y del daño corporal
- Conocer las bases del funcionamiento general del equipo multi-interdisciplinar
- Orientar el manejo de las técnicas básicas utilizadas en la valoración, prevención y rehabilitación de la persona con diversidad funcional basándose en la metodología investigadora y en la evidencia científica.
- Utilizar el movimiento, la actividad física y ocupacional como prevención y tratamiento en diferentes fases de los procesos patológicos, así como herramientas de promoción de la salud, en el contexto interdisciplinar de la atención integral del ciudadano.
- Diagnosticar los trastornos de la posición, movilidad, sensibilidad y dolor, marcha y equilibrio de diferentes etiologías y orientar su manejo desde la atención primaria.
- Conocer las bases de la accesibilidad ambiental para personas con discapacidad física.

2.- Sólo conocer y comprender:

- Conocer y comprender el uso terapéutico de los agentes físicos no ionizantes a lo largo de las diferentes fases de los procesos patológicos (cinesiterapia, termoterapia, electroterapia, vibroterapia, laserterapia, entre otras).
- Conocer y comprender la indicación de ayudas técnicas básicas para la marcha, así como de los dispositivos especiales para las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales.
- Conocer y comprender la indicación de las principales ortesis de tronco y extremidades y los sistemas de sedestación y bipedestación.
- Conocer y comprender la indicación y manejo de prótesis en personas amputadas.
- Conocer cómo se redacta una orden de tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación.



SABER HACER (Habilidades):

1.- Rutinariamente y sin supervisión

- Utilizar escalas de valoración funcional básicas en los diferentes procesos patológicos, que permitan al médico, desde cualquier nivel de salud, detectar precozmente la disfunción, la alteración de la actividad y de la participación social, advirtiendo la necesidad de aplicar medidas que eviten la discapacidad secundaria.
- Aplicar dispositivos de marcha básicos (bastón, bastones ingleses, muletas canadienses, etc.)
- Asesorar en la generalidad a los pacientes, familiares y cuidadores en los siguientes procesos: dolor vertebral de origen mecánico, hombro doloroso de diversas etiologías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de inmovilización prolongada.

2.- Practicar bajo supervisión de un tutor docente médico rehabilitador:

- Ejercitar la prescripción de indicaciones clínicas de técnicas rehabilitadoras básicas utilizadas en la prevención primaria o secundaria de la discapacidad en Atención Primaria de Salud.

3.- Presenciar la práctica clínica del médico rehabilitador:

- Asistir a la práctica de técnicas específicas de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación para el abordaje íntegro y multidisciplinar de pacientes con discapacidad que requieren continuación de cuidados en el nivel primario de salud (personas con lesión medular, con amputaciones, con daño cerebral adquirido, niños con parálisis cerebral infantil, alteraciones: del suelo pélvico, de la columna vertebral y de los miembros, traumatismos craneoencefálicos, malformaciones congénitas, secuelas neuroquirúrgicas y oncológicas, etc.).

HACER (Aptitudes):

1.- Implementar el Paradigma Social de Salud y conocer el tradicional Paradigma Clásico de Salud.

2.- Aplicar el Modelo profesional médico diagnóstico-terapéutico de función y calidad de vida en respuesta a las necesidades derivadas de la diversidad funcional del individuo en sociedad y en un modelo de atención integral e interdisciplinar del ciudadano con discapacidad y dependencia.

Los especialistas en Medicina Física & Rehabilitación asumimos las competencias transversales o genéricas del Libro Blanco de Medicina de la ANECA.. En concreto, las **COMPETENCIAS TRANSVERSALES** para la titulación de Medicina que se exponen a continuación:

a. INSTRUMENTALES

1. Capacidad de análisis y síntesis



2. Capacidad de organización y planificación
3. Comunicación oral y escrita en la lengua nativa
4. Conocimiento de una lengua extranjera
5. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio
6. Capacidad de gestión de la información
7. Resolución de problemas
8. Toma de decisiones

b. PERSONALES

9. Trabajo en equipo
10. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar
11. Trabajo en un contexto internacional
12. Habilidades en las relaciones interpersonales
13. Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad
14. Razonamiento crítico
15. Compromiso ético

c. SISTÉMICAS

16. Aprendizaje autónomo
17. Adaptación a nuevas situaciones
18. Creatividad
19. Liderazgo
20. Conocimiento de otras culturas y costumbres
21. Iniciativa y espíritu emprendedor
22. Motivación por la calidad
23. Sensibilidad hacia temas medioambientales

Así como las siguientes **COMPETENCIAS ESPECÍFICAS** del Libro Blanco de Medicina:

a. VALORES PROFESIONALES, ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y ÉTICA

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional
3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultural.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional.
6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud.

b. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA MEDICINA

7. Comprender y reconocer la estructura y función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida.
8. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.



9. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano. Aunque añadiríamos,...”y ***sus consecuencias sobre la capacidad funcional, la autonomía personal y la calidad de vida del paciente***”.
10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.
11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.
12. Comprender, los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.

c. HABILIDADES CLÍNICAS

13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.
14. Realizar un examen físico y una valoración mental.
15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.
16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata.
17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento aplicando los principios basados en la mejor información posible.
18. Indicar la terapéutica más adecuada de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.
19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.

d. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

20. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo, y comprender el contenido de esta información.
21. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.
22. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.
23. Establecer una buena comunicación interpersonal, que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

e. SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS DE SALUD

24. Reconocer los determinantes de la salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del estilo de vida: demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.
25. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes y mantenimiento y promoción de la salud, tanto a nivel individual como comunitario.
26. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud, como en las intervenciones para la promoción de la salud.
27. Obtener y utilizar datos epidemiológicos y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.
28. Conocer las organizaciones internacionales de salud, y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.



f. MANEJO DE LA INFORMACIÓN

29. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.
30. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.
31. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.

g. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACIÓN

32. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.
33. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.
34. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.



LA MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS GRADOS DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, LOGOPEDIA Y OTRAS TITULACIONES DE FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA.

La SERMEF y la APUMEFYR fomentan la participación de los profesionales de Medicina Física & Rehabilitación en todas las titulaciones de salud funcional y calidad de vida con las presencias de nuestros profesores médicos en asignaturas troncales específicas o compartidas con otros profesionales relacionados con la dis/función, asignaturas obligatorias, optativas y de libre elección con contenidos y competencias eminentemente médico-rehabilitadoras.

En estas titulaciones, es interesante que establezcamos un paralelismo entre las afecciones médicas quirúrgicas, la rehabilitación y la terapéutica aplicada de las patologías de cada aparato, órgano o sistema, de tal manera que se facilite y garantice la integración adecuada de todos los perfiles de salud y calidad de vida y de todos los profesionales implicados, incluidos los médicos rehabilitadores.

La Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Fisioterapia, la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO) y la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Logopedia, en este mismo contexto de convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), han presentado ante la ANECA los libros blancos con las nuevas titulaciones universitarias en un formato de Grado (Licenciatura) de 240 créditos ECTS (4 años), realidad que viene determinada en cierta medida por la necesidad de implementar un mínimo de mil horas de prácticas para cada titulación.

A día de hoy, no se ha promulgado el Real Decreto en el que se definirán las directrices de las cinco ramas de conocimiento, una de ellas la rama de Ciencias de la Salud, de los Reales Decretos de los títulos (si se llegaran a concretar) y del Real Decreto de Doctorado. Está previsto emplear el curso 2007-2008 para implementar los nuevos planes de estudio de todas las titulaciones universitarias.

La universidad española ha reconocido y legalizado en 1986 el área de conocimiento de Fisioterapia, que está conformada fundamentalmente por fisioterapeutas y médicos rehabilitadores. Para la titulación de Terapia Ocupacional (TO) se ha solicitado la creación de un área de conocimiento específica, fundamentada en la Ciencia Ocupacional, en sus dos siglos de historia y en la existencia de diversas sociedades nacionales e internacionales de prestigio (Asociaciones Españolas: Asociación de Profesionales Españoles de Terapia Ocupacional –APETO- y la Federación de Terapia Ocupacional de las Comunidades Autónomas-, Federación Mundial de Terapia Ocupacional “*World Federation Occupational Therapy*” (WFOT), Red Europea de Educación Superior de Terapia Ocupacional “*European Network Occupational Therapy Higher Education*” (ENOTHE), Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO). algo similar sucede con la titulación de Logopedia que, además, ha sido reconocida como profesión sanitaria en la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. El progresivo reconocimiento de los técnicos ortopédicos como profesión regulada legalmente hace prever una integración progresiva de estos profesionales como ocurriera en el pasado con la TO o la Logopedia.



La historia reciente de los países industrializados, europeos o no, demuestra que se va a continuar promocionando la participación del máximo número posible de médicos especialistas de Medicina Física & Rehabilitación no sólo en el ámbito asistencial, sino también en los ámbitos docente, investigador y de gestión.

Es interesante continuar reflexionando junto con los compañeros de las diversas áreas de conocimiento “*rehabilitadoras*” y actuando sobre objetivos a corto plazo que estudien la viabilidad de un área específica y objetivos a medio plazo, tales como estimular la participación en la docencia universitaria de todas las titulaciones de salud, impulsar la investigación básica y aplicada, incentivar la realización de tesis doctorales, realizar publicaciones en revistas de impacto -incluyendo la revista *de Rehabilitación (Madr)*-, favorecer la inclusión de la figura del médico rehabilitador en la legislación específica extrahospitalaria y socio-sanitaria, participar en procesos de gestión y promocionar la Medicina Física & Rehabilitación en España y desde España, entre otros.

En este contexto, la SERMEF y la APUMEFYR se compromete a continuar trabajando con los profesores Rehabilitadores de las seis áreas de conocimiento que imparten docencia en las universidades españolas con un ánimo constructivo e integrador y con el fin de elaborar propuestas conjuntas donde se prioricen y homogenicen los contenidos para todo el territorio nacional, desde el reconocimiento al enriquecimiento que supone la diversidad conceptual, tanto en el título de Medicina como en los Grados de titulaciones relacionadas con la función y calidad de vida (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, entre otras).



En este contexto, se asumen las siguientes Competencias Transversales y Específicas del Libro Blanco de Grado de Fisioterapia de la ANECA, con las excepciones que se especifican (marcadas en letra cursiva):

COMPETENCIAS TRANSVERSALES GENÉRICAS DE FISIOTERAPIA (LIBRO BLANCO DE LA ANECA)

a. INSTRUMENTALES

1. Capacidad de análisis y síntesis
2. Capacidad de organización y planificación
3. Comunicación oral y escrita en la lengua nativa
4. Conocimiento de una lengua extranjera
5. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio
6. Capacidad de gestión de la información
7. Resolución de problemas
8. Toma de decisiones

b. PERSONALES

9. Trabajo en equipo
10. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinar, añadimos *“o multidisciplinar”*
11. Trabajo en un contexto internacional
12. Habilidades en las relaciones interpersonales
13. Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad
14. Razonamiento crítico
15. Compromiso ético

c. SISTÉMICAS

16. Aprendizaje autónomo
17. Adaptación a nuevas situaciones
18. Creatividad
19. Liderazgo
20. Conocimiento de otras culturas y costumbres
21. Iniciativa y espíritu emprendedor
22. Motivación por la calidad
23. Sensibilidad hacia temas medioambientales

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LA PROFESIÓN DE FISIOTERAPIA (LIBRO BLANCO DE LA ANECA)

A) DE CONOCIMIENTOS DISCIPLINARES (SABER)

Al finalizar los estudios, el poseedor del título de grado en Fisioterapia será capaz de demostrar conocimiento y comprensión en:

(1. Ciencias Biológicas)

2. Ciencias físicas

2.1. Los principios y teorías de la física, la biomecánica, la cinesiología y la ergonomía, aplicables a la fisioterapia.



- 2.2. Las bases físicas de los distintos agentes físicos y sus aplicaciones en Fisioterapia.
- 2.3. Los principios y aplicaciones de los procedimientos de medida basados en la biomecánica y en la electrofisiología.
- 2.4. La aplicación de los principios ergonómicos y antropométricos

3. Ciencias de la conducta

- 3.1. Los factores psicológicos y sociales que influyen en el estado de salud/enfermedad del individuo, familia y comunidad.
- 3.2. Las teorías de la comunicación y de las habilidades interpersonales.
- 3.3. Las teorías del aprendizaje a aplicar en la educación para la salud y en su propio proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida.
- 3.4. Los factores que intervienen en el trabajo en equipo y en situaciones de liderazgo.

4. Ciencias clínicas

- 4.1. Los aspectos generales de la patología de etiología endógena y exógena relacionada con la Fisioterapia de todos los aparatos y sistemas con sus tratamientos médicos, quirúrgicos, fisioterapéuticos y ortopédicos.
- 4.2. Los cambios estructurales, fisiológicos, funcionales y de conducta que se producen como consecuencia de la intervención de la Fisioterapia.
- 4.3. Las bases teóricas de la Fisioterapia como ciencia y profesión. Los modelos de actuación en Fisioterapia. Las bases teóricas de las valoraciones, test y comprobaciones funcionales: conocimiento de sus modalidades y técnicas así como de la evaluación científica de su utilidad y efectividad. *El diagnóstico de Fisioterapia*. Metodología de la investigación aplicada a la Fisioterapia..

Anotación: Conviene matizar que los médicos rehabilitadores no pueden aceptar como competencia del fisioterapeuta esta afirmación sobre el diagnóstico, escrita en términos absolutos en el párrafo 4.3, y precisamos que debería constar así: **“La Valoración Fisioterapéutica”**. El diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad es una competencia exclusivamente médica:

- 4.4. Los procedimientos fisioterapéuticos generales: Cinesiterapia, Masaje y Masoterapia, Electroterapia, Magnetoterapia, Ergoterapia, Hidroterapia, Balneoterapia, Climatoterapia, Talasoterapia; Termoterapia, Crioterapia, Vibroterapia, Fototerapia, Presoterapia, y los derivados de otros agentes físicos.
- 4.5. Los Procedimientos fisioterapéuticos basados en Métodos y Técnicas específicos de actuaciones fisioterapéuticas a aplicar en las diferentes patologías de todos los aparatos y sistemas, y en todas las especialidades de medicina y Cirugía, así como en la promoción y conservación de la salud, y en la prevención de la enfermedad. Tales métodos están referidos, entre otros: a los procesos neurológicos; del aparato locomotor (terapias manuales, terapias manipulativas articulares, osteopatía y quiropraxia); del aparato respiratorio; del sistema cardiocirculatorio; a las alteraciones de la estática y la dinámica; a los métodos específicos ortopédicos; y a las técnicas terapéuticas reflejas, alternativas o complementarias afines al campo de competencia de la Fisioterapia.
- 4.6. Las metodologías de investigación y de evaluación que permitan la integración de perspectivas teóricas y experiencias de investigación en el diseño e implantación de una fisioterapia efectiva.



4.7. Las teorías que sustentan la capacidad de resolución de problemas y el razonamiento clínico.

5. Contexto administrativo y organizativo de la práctica profesional

5.1. Los procesos de administración y gestión sanitaria, especialmente de los *servicios* de fisioterapia, en el contexto diverso y cambiante en el que ésta se desenvuelve.

Anotación: Opinamos que debería constar el nombre de **Unidades** en lugar de Servicios.

5.2. Las implicaciones de las disposiciones organizativas y de los modelos trabajo.

Anotación: Opinamos que debería constar,...**en el contexto de un equipo multi o interdisciplinar.**

5.3. Los criterios e indicadores que garanticen la calidad en la prestación del servicio de Fisioterapia, mediante el uso de guías de buena práctica clínica y de estándares profesionales.

6. Contexto socio-político de la Atención a la Salud

6.1. Los conceptos fundamentales de la salud, los sistemas de salud y niveles asistenciales. Epidemiología. La Fisioterapia en el proceso salud-enfermedad.

6.2. El impacto de las políticas sociosanitarias en la práctica profesional.

6.3. Factores que intervienen en los problemas de desigualdad social y en las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales.

7. Dimensión ético-deontológica

7.1. Las condiciones éticas, legales y profesionales que conforman la práctica de la Fisioterapia.

7.2. Los códigos deontológicos de la profesión.

Anotación: Añadiríamos,...” ***y de las otras profesiones de función y calidad de vida***”

7.3. Las normas legales de ámbito profesional

Anotación: Añadiríamos ***“que afectan a todos los profesionales de salud, función y calidad de vida”***.

B) DE COMPETENCIAS PROFESIONALES (SABER HACER, HABILIDADES)

Al finalizar los estudios, el poseedor del título de Grado en Fisioterapia será capaz de demostrar que sabe hacer lo siguiente:

8. Elaborar y cumplimentar de forma sistemática la Historia Clínica de Fisioterapia completa, donde se registre de forma adecuada y eficaz todos los pasos seguidos desde la recepción del paciente/usuario hasta el informe al alta de Fisioterapia.

9. Valorar el estado funcional del paciente/usuario, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales, para lo cual habrá de: a) recibir al paciente, recoger y valorar los datos subjetivos manifestados por el usuario y/o las personas significativas de su entorno;



b) aplicar los procedimientos adecuados de valoración en Fisioterapia, *lo que incluye ejecutar las pruebas eléctricas y manuales destinadas a determinar el grado de afectación de la inervación y de la fuerza muscular, las pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y las medidas de la capacidad vital*; c) identificar los datos y describir las alteraciones, limitaciones funcionales y discapacidades encontradas reales y potenciales; d) registrar de forma sistemática los datos significativos de la información recogida y expresarlos de forma correcta en la Historia Clínica de Fisioterapia.

Anotación: Se describen algunas competencias médicas realizadas por diversos especialistas médicos: **Especialistas médicos en Neurofisiología, entre otros.**

10. *Determinar el Diagnóstico de Fisioterapia de acuerdo con las normas reconocidas internacionalmente y con los instrumentos de validación internacionales.* Esta competencia incluye jerarquizar las necesidades del paciente/usuario para atender con prioridad aquellas que más comprometan al proceso de recuperación.

Anotación: Conviene matizar que los médicos rehabilitadores no pueden aceptar como competencia del fisioterapeuta esta afirmación sobre el diagnóstico, escrita en términos absolutos en el párrafo 10, y precisamos que debería constar así: **“La Valoración Fisioterapéutica” y “jerarquizar las necesidades fisioterápicas,...” El diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad es una competencia exclusivamente médica“.**

11. *Diseñar el Plan de Intervención de Fisioterapia. Elaborar un Plan específico de Intervención de Fisioterapia* empleando habilidades de resolución de problemas y razonamiento clínico: en consonancia con los recursos disponibles; formulando los objetivos de intervención con el usuario y, en su caso, con las personas significativas de su entorno, recogiendo sus expectativas respecto a la atención; seleccionando los protocolos o procedimientos más adecuados a la atención planificada, atendiendo a criterios de adecuación, validez y eficiencia.

Anotación: Conviene matizar que los médicos rehabilitadores no pueden aceptar como competencia del fisioterapeuta esta afirmación sobre la prescripción terapéutica, escrita en el párrafo 11, y precisamos que no debería constar en estos términos.

12. *Ejecutar, dirigir y coordinar, el Plan de Intervención de Fisioterapia,* atendiendo al principio de la individualidad del usuario y utilizando las herramientas terapéuticas propias de la Fisioterapia, es decir, el conjunto de métodos, procedimientos, actuaciones y técnicas que mediante la aplicación de los medios físicos: curan, recuperan, habilitan, rehabilitan, adaptan y readaptan a las personas con deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y minusvalías; previenen las enfermedades y promueven la salud a las personas que quieren mantener un nivel óptimo de salud. Ello implica:

Establecer y aplicar los medios físicos terapéuticos en los tratamientos *que se presten a los usuarios de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de los mencionados medios.*

Anotación: Añadimos **“bajo la prescripción de los especialistas médicos capacitados legalmente para ello, sean médicos de familia o sean médicos rehabilitadores”.**



Diseñar y aplicar ejercicios terapéuticos, con métodos especiales, para las enfermedades y lesiones cardiorrespiratorias, ortopédicas, traumatológicas, pediátricas, reumatológicas, geriátricas, neurológicas, neumológicas, deportivas, así como para las alteraciones del raquis, la incontinencia urinaria y fecal y los ejercicios maternos pre y postparto.

Diseñar y aplicar los procedimientos de cinesiterapia, movilización, manipulación, masoterapia, terapia manual, osteopatía, quiropraxia y demás técnicas manuales.

Diseñar y aplicar las distintas modalidades de electroterapia, termoterapia y crioterapia, fototerapia, ultrasonoterapia, vibroterapia, magnetoterapia, ergoterapia y presoterapia.

Diseñar y aplicar las distintas modalidades de hidroterapia, balneoterapia, climatoterapia, talasoterapia, etc.

Diseñar y aplicar las distintas modalidades de los métodos y técnicas terapéuticas reflejas así como de otras terapias manuales específicas, alternativas o complementarias afines al campo de competencia de la Fisioterapia.

Establecer y aplicar el tratamiento en grupos a usuarios con problemas similares.

Fomentar la participación del usuario y la familia en su proceso de recuperación.

Prevenir y evitar los riesgos en la aplicación del tratamiento.

Establecer el plan de pautas a seguir durante el tratamiento.

13. Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento de Fisioterapia en relación a los objetivos marcados y a los criterios de resultados establecidos. Para ello será necesario: definir y establecer los criterios de resultados; realizar la valoración de la evolución del paciente/usuario; rediseñar los objetivos según la valoración, si es preciso; y adecuar el plan de intervención o tratamiento a los nuevos objetivos, en su caso.

14. *Elaborar el informe al alta de Fisioterapia.* Cuando considere que se han cubierto los objetivos propuestos, bien por curación del proceso o bien porque se hayan agotado las posibilidades de recuperación con las medidas terapéuticas al alcance, *se propondrá el alta de Fisioterapia y se elaborará el informe pertinente.*

Anotación: Conviene matizar que los médicos rehabilitadores no pueden aceptar en el contexto de trabajo de un equipo y como competencia del fisioterapeuta esta afirmación sobre propuesta de alta, muy alejada de la realidad sanitaria vigente. **Es una competencia que, en beneficio del paciente, le corresponde al profesional médico.**

15. Proporcionar una atención de Fisioterapia de forma eficaz, otorgando *una asistencia integral a los pacientes/usuarios*, para lo cual será necesario: Interpretar las prescripciones facultativas; preparar el entorno en que se llevará a término la atención de Fisioterapia para que sea confortable; mantener informado al paciente del tratamiento que se le aplica, explicándole las pruebas y maniobras que se le practican, la preparación que requieren, y exhortarle a que colabore en todo momento; registrar diariamente la aplicación de la atención en Fisioterapia, la evolución y los incidentes de la misma; *identificar signos y síntomas de alteración de las funciones biológicas relacionados con la atención de Fisioterapia; controlar e interpretar los signos vitales* durante la ejecución del tratamiento diario; orientar las actividades y modo de actuación en relación con los pacientes/usuarios, del personal no sanitario y subalterno; y evaluar la propia atención proporcionada a los pacientes/usuarios.

Anotación: Evidentemente, entendemos que se refieren a la atención integral en Fisioterapia. Los signos y síntomas biológicos son valorados habitualmente por el médico. La Fisioterapia no es una especialidad médica. Tampoco es Medicina, aunque si una



profesión sanitaria. Fisioterapia no es sinónimo de Medicina Física, si acaso es una parte de la Medicina Física. Tampoco es Rehabilitación aunque participen de este objetivo común. Fisiatría y Medicina Física son términos equivalentes, luego no lo son Fisiatría y Fisioterapia.

16. Intervenir en los ámbitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo que incluye, entre otros: identificar los factores sociales y económicos que influyen en la salud y en la atención a la salud; diseñar y realizar actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; asesorar en la elaboración y ejecución sobre políticas de atención y educación en el ámbito de la Fisioterapia; identificar riesgos y factores de riesgo; evaluar y seleccionar a los usuarios que pueden beneficiarse de las medidas preventivas; proporcionar educación sanitaria a la población en los distintos ámbitos: familiar, escolar, deportivo, laboral y de ocio; planificar, establecer y aplicar ejercicios posturas y actividades en programas de prevención de la salud; colaborar con los servicios dedicados al desarrollo de la salud y ser un agente de salud; participar en los programas de educación maternal, pediátrica, geriátrica, escolar, laboral, deportiva, del adolescente, sexual y de educación especial; asesorar en programas de educación para la salud; diseñar, enseñar y aconsejar sobre los diferentes medios de prevención de las alteraciones funcionales, de control por medios físicos del dolor y, específicamente, en relación con la higiene postural, las situaciones de pérdida de movilidad y las fases agudas álgidas.

17. Relacionarse de forma efectiva con todo el equipo pluridisciplinar. Ello incluye: establecer los objetivos de Fisioterapia en el seno del equipo; recoger, escuchar y valorar las reflexiones del resto del equipo pluridisciplinar hacia sus actuaciones; aceptar y respetar la diversidad de criterios del resto de los miembros del equipo; **reconocer las competencias, habilidades y conocimientos del resto de los profesionales sanitarios;** participar e integrarse en los trabajos del equipo en sus vertientes científicas y profesionales, así como de relación con los familiares, grupos de interés e instituciones; **hacer de la comunicación y el respeto a los profesionales las herramientas de superación de los conflictos interprofesionales y de competencias.**

18. Incorporar a la cultura profesional los principios éticos y legales de la profesión. Lo que supone: respetar los derechos del paciente/usuario y de los familiares; identificar las posibles vulneraciones de dichos derechos y tomar las medidas adecuadas para preservarlos; identificar problemas éticos en la práctica cotidiana y aplicar el razonamiento y el juicio crítico en su resolución; participar en los comités de ética asistencial y en los comités éticos de investigación clínica; ajustar la praxis profesional a los condicionantes deontológicos y a la normativa jurídica del ejercicio profesional; garantizar la confidencialidad de los datos del usuario y de los profesionales; velar porque las competencias propias del fisioterapeuta sean llevadas a término por profesionales debidamente titulados y colegiados, y denunciar el intrusismo y la falta de deontología profesional ante las instituciones profesionales y sanitarias; velar porque la incorporación de profesionales noveles a la práctica profesional sea la adecuada, facilitando su orientación inicial; actuar como perito en su materia ante requerimientos judiciales; estar al tanto de la legislación en materia de salud y seguridad vigentes e integrarlas en la práctica profesional.

19. Incorporar la investigación científica y la práctica basada en la evidencia como cultura profesional. Ello incluye: Establecer líneas de investigación en el ámbito de las competencias de la profesión y difundirlas en el grupo de investigación; Participar en el grupo de investigación del entorno; difundir los trabajos de investigación y sus conclusiones en la comunidad científica y profesional; establecer protocolos asistenciales de



Fisioterapia basados en la práctica por evidencia científica; fomentar todas aquellas actividades profesionales que comporten la dinamización de la investigación en Fisioterapia.

20. Desarrollar la función docente como parte propia del ejercicio profesional. Lo que incluye: participar activamente en la formación de los profesionales de Fisioterapia; participar en la elaboración e impartición de programas educativos relacionados con la Fisioterapia dirigidos a grupos profesionales, interdisciplinarios y/o a la población en general; evaluar los propios niveles de conocimiento, actitudes y habilidades; participar en procesos de evaluación profesional, en general, y especialmente en aquellos procesos de recertificación que establezca la administración correspondiente.

21. Mantener actualizados los fundamentos de los conocimientos, habilidades y actitudes de las competencias profesionales, mediante un proceso de formación permanente (a lo largo de toda la vida); analizar críticamente los métodos, protocolos y tratamientos de la atención en Fisioterapia y velar porque éstos se adecuen a la evolución del saber científico.

22. Desarrollar actividades de planificación, gestión y control de las (servicios) -en su lugar *sugerimos "Unidades"*- de Fisioterapia. Lo que incluye: participar en la elaboración, gestión y ejecución del plan de salud de la institución en la que se trabaje; establecer, definir y aplicar el funcionamiento de la unidad de Fisioterapia; establecer los programas sanitarios en materia de Fisioterapia; establecer, definir y aplicar los criterios de atención en Fisioterapia, utilizando adecuadamente los recursos disponibles, aplicando criterios de eficiencia como herramientas de trabajo y utilizando adecuadamente la tecnología; establecer, definir y aplicar los criterios para que la atención de Fisioterapia se haga de manera sistematizada, continuada y documentada para garantizar la calidad de la prestación sanitaria; participar en el funcionamiento y organización general de la institución en la que se trabaje.

23. Aplicar los mecanismos de garantía de calidad en la práctica de la Fisioterapia, ajustándose a los criterios, indicadores y estándares de calidad reconocidos y validados para la buena práctica profesional.

24. Afrontar el estrés, lo que supone tener capacidad para controlarse a sí mismo y controlar el entorno en situaciones de tensión.

25. Asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre, es decir, tener la capacidad para desempeñar una responsabilidad sin conocer al 100% el resultado final.

26. Motivar a otros. Lo que supone tener la capacidad de generar en los demás el deseo de participar activamente y con ilusión en cualquier proyecto o tarea.

C) DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES

Al finalizar los estudios, el poseedor del título de grado en Fisioterapia será capaz de:

27. Mantener una actitud de aprendizaje y mejora. Lo que incluye manifestar interés y actuar en una constante búsqueda de información y superación profesional, comprometiéndose a contribuir al desarrollo profesional con el fin de mejorar la competencia de la práctica y mantener el estatus que corresponde a una profesión titulada y regulada.

28. Manifestar un alto grado de autoconcepto, con una aceptación óptima de sí mismo, sin egocentrismo pero sin complejos.

29. Ajustarse a los límites de su competencia profesional en la atención a la salud.

30. Colaborar y cooperar con otros profesionales enriqueciéndose entre sí. Ello incluye: resolver la mayoría de las situaciones estableciendo una comunicación directa y



asertiva buscando consensos; ayudar a otros profesionales de la salud en la práctica profesional; conocer los límites interprofesionales y emplear los procedimientos de referencia apropiados.

31. Manifiestar respeto, valoración y sensibilidad ante el trabajo de los demás.
32. Desarrollar la capacidad para organizar y dirigir equipos de trabajo de modo efectivo y eficiente.
33. Manifiestar discreción, utilizando de forma adecuada la información de la que dispone, preservando la dignidad del paciente.
34. Trabajar con responsabilidad, lo que supone ser capaz de hacer frente a las actividades de su puesto de trabajo sin necesidad de una estricta supervisión.
35. Mostrar su orientación al paciente/usuario, poniendo de manifiesto en su actuación que el ciudadano y sus necesidades son el eje en torno al cual giran sus decisiones.

La clasificación en esquema de las competencias Específicas de Fisioterapia establecidas en el Libro Blanco de Grado de Fisioterapia de la ANECA es:

CONOCIMIENTOS DISCIPLINARES:

1. Ciencias clínicas.
2. Ciencias biológicas.
3. Ciencias físicas.
4. Dimensión ética, deontológica y legal.
5. Ciencias de la conducta.
6. Contexto administrativo y organizativo.
7. Contexto socio-político.

COMPETENCIAS PROFESIONALES:

1. Examinar y valorar el estado funcional del paciente/usuario.
2. *Diseñar el Plan de Intervención o tratamiento de Fisioterapia.* En desacuerdo, sin las matizaciones precisas.
3. *Determinar el Diagnóstico de Fisioterapia.* En desacuerdo, sin las matizaciones precisas.
4. *Proporcionar una atención eficaz e integral.* Se entiende que,...en Fisioterapia.
5. Mantener actualizados los conocimientos, habilidades y actitudes.
6. Elaborar y cumplimentar la Historia Clínica de Fisioterapia.
7. Ejecutar, *dirigir y coordinar el Plan de Intervención de Fisioterapia.* En desacuerdo, sin las matizaciones precisas.
8. *Evaluar la evolución de los resultados.* Se entiende que,...en Fisioterapia.
9. Garantizar la calidad en la práctica de la Fisioterapia.
10. Intervenir en promoción de salud y prevención de la enfermedad.
11. *Elaborar el informe al alta de Fisioterapia.* En desacuerdo, sin las matizaciones precisas.
12. Relacionarse de forma efectiva con el equipo pluridisciplinar.
13. Incorporar la investigación científica y la práctica basada en la evidencia como cultura profesional.
14. Incorporar a la cultura profesional los principios éticos y legales de la profesión.
15. Motivar a otros.
16. Desarrollar la función docente.
17. Afrontar el estrés.
18. *Gestionar los servicios de Fisioterapia.* En desacuerdo, sin matizaciones.
19. Asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre.



COMPETENCIAS ACTITUDINALES:

1. Trabajar con responsabilidad.
2. Mantener una actitud de aprendizaje y mejora.
3. Manifestar respeto, valoración y sensibilidad ante el trabajo de los demás.
4. Colaborar y cooperar con otros profesionales.
5. Manifestar discreción.
6. Mostrar su orientación al paciente/usuario.
7. Ajustarse a los límites de su competencia profesional.
8. Manifestar un alto grado de autoconcepto.
9. Desarrollar la capacidad para organizar y dirigir.

Consideraciones finales en torno al Libro Blanco de Grado de Fisioterapia

El libro Blanco de Grado de Fisioterapia de la ANECA integra competencias exclusivamente médicas tales como el diagnóstico, la prescripción terapéutica, la valoración de constantes biológicas, la realización de pruebas de capacidad funcional, capacidad vital y electrofisiológicas y el alta del paciente, entre otras múltiples consideraciones de rango menor.

Si se aplicara esta doctrina, se afectará muy seriamente el normal funcionamiento y desarrollo de los sistemas sanitarios públicos y privados perjudicando notablemente los procesos médicos y la atención integral e interdisciplinar del paciente. En nuestra opinión, se alterará el desarrollo habitual y jurídicamente legal de especialidades médicas tales como Neumología, Cardiología, Otorrinolaringología y, sobretodo, Medicina de Familia, Neurofisiología y todas las especialidades médicas de Aparato Neuro-locomotor: Traumatología y Cirugía Ortopédica, Reumatología, Neurología y Medicina Física & Rehabilitación, en especial de aquellas especialidades que asumen las competencias médicas propias de la atención a la diversidad funcional (discapacidad y/o dependencia) en la atención primaria y especializada de salud.

Sería adecuado que se retiraran todas las competencias médicas del Libro Blanco de Fisioterapia de la ANECA y que no se tengan en consideración las de cualquier otro documento que supongan intrusión en la profesión médica, ajeno a los colegios de médicos o que no sea fruto de amplios consensos con los responsables e implicados del ámbito profesional adscrito funcionalmente al Ministerio de Sanidad. La Fisioterapia es una profesión sanitaria con un rol perfectamente establecido y definido en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y en el Estatuto de Personal no funcionario, entre otros, con competencias que giran en torno *“al uso terapéutico de agentes y medios físicos”*. No es una especialidad médica, ni una profesión médica, por lo que no debería asumir competencias ajenas en beneficio fundamentalmente del paciente.

En este contexto, el Ministerio de Educación y Ciencias y la ANECA deberían retirar la consideración de referencia de aquellos libros blancos –como el de Fisioterapia- u otros informes, ajenos a la realidad socio-sanitaria vigente, en el futuro e inminente Real Decreto por el que se establecerá la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales.



Se asumen y apoyan las competencias de la CNDEUTO que se explicitan en el libro Blanco de Grado de Terapia Ocupacional de la ANECA y de la ENOTHE “*Tuning*” con las siguientes matizaciones, si las hubiera:

COMPETENCIAS TRANSVERSALES PARA TERAPIA OCUPACIONAL (LIBRO BLANCO DE GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL)

1. Capacidad de análisis y síntesis
2. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
3. Planificación y gestión del tiempo
4. Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio
5. Conocimientos básicos de la profesión
6. Comunicación oral y escrita en la lengua materna
7. Conocimiento de una segunda lengua
8. Habilidades básicas de manejo de ordenadores
9. Habilidades de investigación
10. Capacidad de aprender
11. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes)
12. Capacidad de crítica y autocrítica
13. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
14. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
15. Resolución de problemas
16. Toma de decisiones
17. Trabajo en equipo
18. Habilidades interpersonales
19. Liderazgo
20. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar
21. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia
22. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad
23. Habilidad para trabajar en un contexto internacional
24. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas
25. Habilidad para trabajar de manera autónoma
26. Diseño y gestión de proyectos
27. Iniciativa y espíritu emprendedor
28. Compromiso ético
29. Preocupación por la calidad
30. Motivación

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS PARA TERAPIA OCUPACIONAL (CNDEUTO-LIBRO BLANCO DE GRADO DE TERAPIA OCUPACIONAL)

1. Conocimientos y capacidad para aplicar la teoría y la práctica de Terapia Ocupacional
2. Conocimientos y capacidad para aplicar Estructura y Función del cuerpo humano dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
3. Conocimientos y capacidad para aplicar Fisiopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
4. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional



5. Conocimientos y capacidad para aplicar Psicopatología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
6. Conocimientos y capacidad para aplicar Psiquiatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
7. Conocimientos y capacidad para aplicar Sociología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
8. Conocimientos y capacidad para aplicar Pedagogía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional
9. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Médica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
10. Conocimientos y capacidad para aplicar Gerontología y Geriátrica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
11. Conocimientos y capacidad para aplicar Pediatría dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
12. Conocimientos y capacidad para aplicar Medicina Preventiva y Salud Pública dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
13. Conocimientos y capacidad para aplicar Patología Quirúrgica dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
14. Conocimientos y capacidad para aplicar la legislación vigente dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
15. Conocimientos y capacidad para aplicar la Deontología dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
16. Conocimientos y capacidad para aplicar Nuevas Tecnologías dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
17. Conocimiento y capacidad para aplicar las ocupaciones terapéuticamente.
18. Conocimientos y capacidad para aplicar Técnicas Ortoprotésicas dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
19. Conocimiento y capacidad para aplicar las Actividades de la Vida Diaria terapéuticamente en todas las áreas de desempeño ocupacional.
20. Conocimientos y capacidad para aplicar principios de Ergonomía dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
21. Conocimiento y capacidad para aplicar la Ciencia Ocupacional dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.
22. Conocimientos y capacidad para hablar, comprender y escribir una segunda lengua.
23. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria
24. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos
25. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar el funcionamiento ocupacional, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la limitación en el funcionamiento, sufrimiento, enfermedad
26. Ser consciente de los diversos roles, responsabilidades y funciones propios del profesional de Terapia Ocupacional
27. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o la persona



28. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional continuado, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y actualizar la calidad de los servicios prestados
29. Capacidad para emprender valoraciones apropiadas y sistemáticas en las áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) utilizando las herramientas y marcos adecuados para cada caso, teniendo en cuanta los factores físicos, sociales, culturales psicológicos, espirituales y ambientales relevantes
30. Capacidad para reconocer e interpretar signos de función-disfunción de la persona en valoración y diagnóstico ocupacional
31. Capacidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando los programas individualizados más apropiados junto a la persona y su entorno, sus cuidadores y familias y otros profesionales
32. Capacidad para interpretar, evaluar y sintetizar un abanico de información que permita determinar si la persona es susceptible de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional
33. Capacidad de demostrar y mantener que la actuación profesional se ajusta a estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.
34. Capacidad para adaptarse cuando sea necesario a los niveles asistenciales para cubrir las necesidades de la población y de las personas
35. Capacidad de utilizar el razonamiento clínico revisando y reajustando el tratamiento
36. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona.
37. Capacidad para establecer una relación terapéutica apropiada a los diferentes momentos del ciclo vital de la persona
38. Capacidad para informar, educar, adiestrar y reentrenar y supervisar a la persona, cuidadores y su familia
39. Capacidad para aplicar tratamientos en todas aquellas alteraciones del desempeño ocupacional en los ámbitos institucional, domiciliario y laboral
40. Capacidad de elaborar y ejecutar los programas de promoción de la salud, la prevención de la disfunción ocupacional, educación sanitaria y reinserción social
41. Capacidad para participar en programas de salud en integración escolar, laboral y social
42. Capacidad de intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural
43. Capacidad para informar, registrar, documentar y si cabe, derivar, el proceso de intervención
44. Capacidad para aplicar el método científico para constatar la efectividad de los métodos de intervención, evaluar los métodos de trabajo aplicados y divulgar los resultados
45. Capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de Terapia Ocupacional y otros profesionales
46. Capacidad para una comunicación efectiva con el usuario, familias, grupos sociales y otros profesionales
47. Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familia, grupos sociales y otros profesionales
48. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente
49. Capacidad para saber trabajar en equipo con el objetivo de lograr el bienestar del paciente
50. Capacidad para lograr el bienestar del paciente a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo
51. Capacidad de liderar (dirigir y coordinar) un equipo



52. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad
53. Capacidad para identificar y anticipar situaciones de riesgo en el proceso de intervención
54. Capacidad para colaborar junto con el resto de profesionales en la prevención de riesgos laborales
55. Capacidad para llevar a cabo evaluaciones de calidad de la gestión de todos los ámbitos laborales del profesional de Terapia Ocupacional
56. Capacidad para utilizar los recursos sociosanitarios y económicos

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS PARA TERAPIA OCUPACIONAL (“TUNING” ENOTHE)

- 1.- Explicar los conceptos teóricos que sostienen la terapia ocupacional, expresamente la naturaleza ocupacional de los seres humanos y su funcionamiento a través de las ocupaciones.
- 2.- Explicar la relación entre el funcionamiento ocupacional, la salud y el bienestar.
- 3.- Sintetizar y aplicar el conocimiento relevante de ciencias biológicas, médicas, humanas, psicológicas, sociales, tecnológicas y ocupacionales, junto con las teorías de ocupación y participación.
- 4.- Analizar las complejidades de aplicar teorías formales y evidencia de investigación en relación con la ocupación en el contexto de una sociedad en cambio.
- 5.- Constatar e influir en el debate racional y su razonado en relación a la ocupación humana y la terapia ocupacional.

El proceso de Terapia Ocupacional y el razonamiento profesional. El terapeuta ocupacional debe:

- 6.- Trabajar en la sociedad con individuos y grupos para fomentar la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación y el tratamiento.
- 7.- Escoger, modificar y aplicar teorías apropiadas, modelos y métodos de la práctica para encontrar la ocupación según las necesidades de salud de individuos/poblaciones.
- 8.- Uso profesional y ético del razonamiento efectivo en todas las partes del proceso de terapia ocupacional.
- 9.- Utilizar el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la actividad y el análisis y síntesis ocupacional.
- 10.- Adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración de individuos/población.
- 11.- Trabajar para facilitar entornos accesibles y adaptados y promover la justicia ocupacional.
- 12.- Colaborar con comunidades para promover la salud y el bienestar de sus miembros mediante la participación en la ocupación.
- 13.- Buscar activamente, evaluar críticamente y aplicar los rangos de información y de evidencia para asegurar que la práctica es actualizada y relevante al cliente.
- 14.- Valorar críticamente la práctica de la terapia ocupacional para asegurar que el foco está sobre la ocupación y el funcionamiento ocupacional.

Relaciones profesionales y sociales, el terapeuta ocupacional debe:

- 15.- Trabajar según los principios de la práctica centrada en el cliente.



- 16.- Construir una relación terapéutica como base del proceso de la terapia ocupacional.
- 17.- Establecer sociedades de colaboración, consultar y aconsejar a clientes, trabajadores sociales, miembros de equipo y otros en la práctica de la ocupación y la participación.
- 18.- Colaborar con clientes para abogar al derecho de tener sus necesidades ocupacionales satisfechas.
- 19.- Appreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación.

La Autonomía Profesional y la Responsabilidad. Descripción de Terapia ocupacional. El terapeuta ocupacional debe:

- 20.- Preparar, mantener y revisar la documentación de los procesos de terapia ocupacional.
- 21.- Cumplir con la política y procedimientos locales/regionales/ nacionales/europeos, normas profesionales y regulaciones del empleo.
- 22.- Demostrar continuamente el proceso de aprendizaje y cambios en la TO.
- 23.- Practicar de manera ética, respetando a los clientes, teniendo en cuenta los códigos profesionales de conducta para terapeutas ocupacionales.
- 24.- Demostrar seguridad, autoconocimiento, autocrítica y conocimientos de sus propias limitaciones como terapeuta ocupacional.

Investigación y desarrollo de la Terapia Ocupacional y la Ciencia Ocupacional. El terapeuta ocupacional debe:

- 25.- Identificar la necesidad de investigar y buscar publicaciones relacionadas con la ocupación, la terapia ocupacional y/o la ciencia ocupacional y formular preguntas de investigación relevantes.
- 26.- Demostrar habilidades en la propia búsqueda, el examen crítico y la integración de la literatura científica y otra información relevante.
- 27.- Entender, seleccionar y defender diseños de investigación y métodos apropiados para la ocupación humana, considerando los aspectos éticos.
- 28.- Interpretar, analizar, sintetizar y criticar los hallazgos de investigación.
- 29.- Desarrollar el conocimiento de ocupación y de la práctica de la terapia ocupacional.

Dirección y Promoción de la Terapia Ocupacional. El terapeuta ocupacional debe:

- 30.- Divulgar los hallazgos de investigación para críticas relevantes.
- 31.- Determinar y priorizar los servicios de terapia ocupacional.
- 32.- Entender y aplicar los principios de dirección en los servicios de terapia ocupacional, incluyendo coste-efectividad, la administración de recursos y equipamiento, y estableciendo los protocolos de terapia ocupacional.
- 33.- Constatar en un proceso continuo de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de terapia ocupacional, implicando a los clientes cuando sea apropiado y comunicar los resultados relevantes a los demás miembros.
- 34.- Tomar un papel activo en el desarrollo, la mejora y la promoción de la terapia ocupacional.
- 35.- Considerar los avances en salud, cuidado social, sociedad y legislación a nivel internacional, nacional y local que afecten a los servicios de terapia ocupacional.

La CNDEUTO ha realizado un estudio integrador de las competencias CNDEUTO y las competencias ENOTHE que se ha concretado en un documento que se presentará en la asamblea CNDEUTO de Oviedo que se realizará el 26 de Octubre de 2007. Mientras



tanto, ambas series de competencias se están empleando en algunos centros universitarios españoles de Terapia Ocupacional.



Se asumen las siguientes competencias transversales y específicas para la titulación de Logopedia que se perfilan en el libro blanco de Grado de Logopedia de la ANECA, con las siguientes matizaciones.

COMPETENCIAS TRANSVERSALES GENÉRICAS Y ESPECÍFICAS DE LOGOPEDIA (LIBRO BLANCO DE GRADO DE LOGOPEDIA)

1. Evaluar, *diagnosticar*, pronosticar, rehabilitar y prevenir los trastornos de la comunicación humana (verbal y no verbal, oral y escrita).

Anotación: Conviene matizar que los médicos foniatras (otorrinolaringólogos y/o médicos rehabilitadores) no pueden aceptar como competencia del logopeda esta afirmación sobre el diagnóstico, escrita en términos absolutos en la competencia 1, y precisamos que debería constar así: **“La Valoración Logopédica”**. El diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad es una competencia médica.

2. Capacidad de análisis y síntesis.
3. Trabajo en un equipo de carácter interdisciplinario.
4. Ejercer la dirección de los estudios de Logopedia
5. Creatividad en el ejercicio de la profesión.
6. Facilitar el aprendizaje de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación no vocal (gráfico o gestual) así como el diseño y uso de prótesis e instrumentos necesarios.
7. Ejercer la dirección de los Servicios de Logopedia en los diferentes ámbitos de actuación
8. Conocimiento de la anatomía y fisiología de los órganos del habla, audición, voz y deglución.
9. Capacidad de liderazgo
10. Corrección en la producción del habla, estructuración del lenguaje y calidad de la voz
11. Registrar y sintetizar datos de la observación y exploración
12. Certificar las constataciones que realice en el ejercicio de su profesión, respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento logopédico.
13. Conocimiento y manejo de ayudas técnicas a la comunicación basadas en tecnologías sencillas y tecnologías sofisticadas.
14. Motivación por la calidad de la actuación
15. Evaluar, (diagnosticar), (pronosticar), rehabilitar y prevenir los trastornos de las funciones orofaciales, respiratorias, tubáricas y de dinámica de la deglución
16. Adaptar sus conocimientos a las diferentes etapas de evolución del ser humano
17. Dominio de la terminología que les permita interactuar eficazmente con otros profesionales implicados: psicólogos, médicos y educadores, principalmente
18. Identificar la demanda y necesidad explícita y latente
19. Redactar un informe de la exploración y explicitar un diagnóstico diferencial
20. Conocer y manejar las nuevas tecnologías
21. Evaluar, (diagnosticar), (pronosticar,) rehabilitar y prevenir los trastornos de la comunicación asociados a disfunciones cognitivas
22. Usar el instrumental de exploración propio de la profesión
23. Debe ser capaz de precisar los objetivos y etapas del tratamiento que ejecuta
24. Debe ser capaz de observar y escuchar activamente
25. Asesorar en la elaboración, ejecución y evaluación de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con la Logopedia



26. Aplicar útiles de evaluación adecuados
27. Implementar sistemas aumentativos de comunicación adaptados a las condiciones físicas y psicológicas de sus pacientes
28. Resolución de problemas
29. Comunicar sus observaciones y conclusiones al paciente, sus familiares y al resto de profesionales que intervienen en la atención al paciente
30. Adaptación a nuevas situaciones
31. Explicar y argumentar el tratamiento por el que ha optado y los motivos para no implementar sus posibles variantes
32. Razonamiento crítico
33. Realizar informes de derivación hacia otros profesionales
34. Gestionar la relación con el otro
35. Evaluar y diseñar estrategias para la mejora de las capacidades comunicativas en entornos educativos formales y no formales
36. Capacidad de organización y planificación
37. Realizar informes de derivación hacia otros profesionales
38. Gestionar la relación con el otro
39. Evaluar y diseñar estrategias para la mejora de las capacidades comunicativas en entornos educativos formales y no formales
40. Capacidad de organización y planificación
41. Comunicación oral y escrita en las lenguas oficiales propias de la comunidad autónoma donde ejerza la profesión
42. Sensibilidad hacia temas medioambientales
43. Conocimientos de informática relativos al ámbito de estudio
44. Capacidad de gestión de la información
45. Integrar, dirigir y supervisar equipos interdisciplinarios en las escuelas, institutos y centros sanitarios, de atención social, etc.
46. Autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones
47. Conocimiento del desarrollo normal del lenguaje en los humanos
48. Ejercer la docencia en los estudios de formación de Logopedia
49. Conocimiento de las teorías lingüísticas que dan soporte a las técnicas de intervención logopédica
50. Habilidad en las relaciones interpersonales
51. Reconocimiento a la diversidad y la multiculturalidad
52. Conocimiento del lenguaje en los animales
53. Compromiso ético
54. Revisar el curso del tratamiento y las nuevas adaptaciones a realizar para optimizar su intervención
55. Tomar decisiones y asumir la responsabilidad de dicha decisión
56. Conocimiento de las teorías psicolingüísticas que dan soporte a las técnicas de intervención logopédica
57. Capacidad e interés por el aprendizaje autónomo
58. Conocimiento de una lengua extranjera
59. Organizar, supervisar, dirigir e integrar actividades relacionadas con el ejercicio profesional, en las áreas de Salud, Educación, Bienestar Social, artes escénicas y ciencias de la Información correspondientes a la Administración pública y privada
60. Conocimiento de otras culturas y costumbres
61. Iniciativa y espíritu emprendedor



62. Redactar informes de seguimiento y finalización de los tratamientos
63. Conocimiento de las teorías educativas y del aprendizaje que dan soporte a las técnicas de intervención logopédica
64. Hacer auditorías logopédicas mediante controles y supervisiones de casos en aquellas patologías de su incumbencia
65. Trabajo en un contexto internacional
66. Capacidad para evaluar la propia intervención profesional
67. Participar en la elaboración, ejecución y evaluación de programas colectivos de salud y de educación, tanto en el área de la prevención como de la asistencia y de la investigación en temas relacionados con la Logopedia
68. Trabajo en equipo
69. Capacidad para trabajar en el entorno escolar formando parte del equipo docente
70. Conocer los límites de sus competencias y saber identificar cuando sus pacientes necesitan un tratamiento pluridisciplinar
71. Dominio personal y práctico de las técnicas de voz y de otras técnicas corporales



COMPETENCIAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS GRADOS DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, LOGOPEDIA Y OTRAS TITULACIONES DE FUNCIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Las sociedades nacionales y autonómicas de Medicina Física & Rehabilitación, fomentarán la participación de los médicos rehabilitadores en las titulaciones universitarias de salud, función y calidad de vida, en general, y en todo tipo estructural de las materias, sean asignaturas troncales específicas o compartidas con otros profesionales del equipo y, también, en asignaturas obligatorias, optativas y de libre elección con contenidos eminentemente médico-rehabilitadores.

En estas titulaciones y tal y como se ha mencionado previamente, es interesante que establezcamos un paralelismo entre las afecciones médicas y/o quirúrgicas, la rehabilitación y la terapéutica aplicada de las patologías de cada aparato, órgano o sistema.

Se proponen las siguientes líneas generales como competencias para las titulaciones universitarias de Ciencias de la Salud en el ámbito de la Rehabilitación, la promoción de la autonomía personal y la mejora de la calidad de la vida (SERMEF y APUMEFYR-):

Los conocimientos, habilidades y aptitudes que tiene que conocer un alumno, de estas nuevas titulaciones de Grado en las diversas Ciencias de la Salud, desde la Medicina Física & Rehabilitación son:

En directrices de la ANECA para los títulos de Grado, los estudiantes deben:

- Poseer y comprender conocimientos de un área de estudio específica.
- Aplicar conocimientos al trabajo y resolver problemas dentro de su área de estudio específica.
- Transmitir información a profesionales especializados y a personas no especializadas.
- Desarrollar habilidades de aprendizaje para lograr autonomía en los estudios posteriores.

SABER (Conocimientos):

1.-Orientar el manejo específico de la Diversidad Funcional (Discapacidad física y/o Dependencia) en un equipo de atención integral e interdisciplinar:

- Reconocer el contexto en el que cada profesional realizará sus funciones específicas en los diversos niveles de discapacidad/dependencia en el marco de los diferentes procesos patológicos.
- Orientar el manejo de las técnicas básicas utilizadas en la valoración, prevención y rehabilitación de la persona con diversidad funcional.
- Utilizar el movimiento, las actividades física y ocupacional y la logoterapia como prevención y tratamiento de diferentes fases de los procesos patológicos, así como herramienta de promoción de la salud, en el contexto multi/interdisciplinar de atención integral.



2.- Sólo conocer:

- Funcionamiento de un Servicio de Rehabilitación Hospitalario o Extrahospitalario, público o privado.
- Funcionamiento de las Unidades Terapéuticas que integran un Servicio Médico Rehabilitador Hospitalario o Extrahospitalario, público o privado.
- Fundamentos de la actuación médica especializada que desembocan en un diagnóstico de la enfermedad y de la discapacidad/dependencia y se concreta en una prescripción terapéutica que afecta al *modus operandi* del resto de los profesionales del equipo multi/interdisciplinar, a efectos de asegurar el abordaje holístico del usuario de una forma armónica y equilibrada.
- La función del médico rehabilitador como coordinador médico especializado del equipo multi/interdisciplinar.

SABER HACER (Habilidades):

1.- Rutinariamente y sin supervisión

- Utilizar escalas de valoración funcional básicas, empleadas asimismo en la consulta médica, en los diferentes procesos patológicos, que permitan, desde cualquier nivel de salud, detectar ausencia de normalidad, advirtiendo precozmente la necesidad de aplicar medidas que eviten la discapacidad secundaria.
- Uso de dispositivos de marcha básicos (bastón, bastones ingleses, muletas canadienses)
- Educación de pacientes y apoyo a las familias, responsabilidad compartida aunque de una forma estructurada y equilibrada: dolor vertebral de origen mecánico, hombros dolorosos de diversas etiologías, síndrome de inmovilización prolongada y otras actuaciones.

2.- Practicar bajo supervisión de un tutor:

- Realizar las prescripciones terapéuticas básicas indicadas por el especialista médico.
- Coordinar las actuaciones en el contexto del equipo multi/interdisciplinar utilizadas en la prevención primaria o terciaria de la discapacidad/dependencia en la Atención Primaria de Salud

3.- Presenciar la práctica clínica del médico rehabilitador:

- Técnicas específicas de los servicios de Rehabilitación para el abordaje íntegro y multidisciplinar de pacientes con discapacidad que requieren continuación de cuidados en el nivel primario de salud (personas con lesión medular, con amputaciones, con daño cerebral adquirido, niños con parálisis cerebral infantil y otras alteraciones: del suelo pélvico, de la columna vertebral y de los miembros).



HACER (Aptitudes):

- 1.- Implementar el Paradigma Social de Salud y conocer el tradicional Paradigma Clásico de Salud asumiendo conductas éticas y el rol específico de cada profesión de función y calidad de vida en el marco de competencias establecido por la regulación legal nacional.
- 2.- Asumir y potenciar el uso de códigos de ética en el ejercicio profesional de las diversas profesiones que trabajan en los vigentes modelos de atención integral e multi/interdisciplinar de personas con diversidad funcional.



COMPETENCIAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN EN LOS POSTGRADOS OFICIALES Y EN LOS TÍTULOS PROPIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD

Los Postgrados Oficiales, en normativa del EEES, están estructurados en dos niveles: master y doctorado. En directrices de la ANECA para los títulos de Master Oficial, los estudiantes deben obtener las siguientes competencias de acuerdo al Marco Europeo de Cualificaciones:

- Aplicar conocimientos y resolver problemas en entornos nuevos y contextos multi/interdisciplinares.
- Integrar conocimientos y formular juicios a partir de información limitada o incompleta.
- Comunicar sus conclusiones de forma clara.
- Poseer habilidades de aprendizaje para lograr una autonomía o autoaprendizaje.

El alumno poseerá y potenciará las competencias y destrezas transversales o genéricas siguientes en los estudios de los Postgrados Oficiales:

1. Fluidez y propiedad en la comunicación científica oral y escrita en estos temas.
2. Compromiso personal de esfuerzo para el aprendizaje.
3. Capacidad de análisis y síntesis.
4. Habilidades para conseguir analizar información desde diferentes fuentes.
5. Capacidad de crítica y autocrítica.
6. Capacidad para aplicar la teoría a la práctica.
7. Habilidad para trabajar de forma autónoma y en equipo multi/interdisciplinar con el objetivo de lograr el bienestar del paciente.
8. Habilidad para establecer una relación adecuada la cada momento del ciclo vital.
9. Motivación.
10. Capacidad para establecer una relación de empatía con el usuario, familias, grupos sociales y los diversos profesionales.
11. Habilidad para responder a las necesidades del paciente evaluando, planificando y desarrollando programas individualizados más apropiados para la persona y su entorno, sus cuidadores y sus familias y los diversos profesionales.
12. Capacidad para informar, educar, entrenar y reentrenar y supervisar a la persona, a los cuidadores y a su familia en relación con cada perfil profesional.
13. Capacidad para informar, registrar, documentar y, de ser el caso, derivar el proceso de actuación multi/interdisciplinar.
14. Capacidad para intervenir en la adaptación y readaptación del entorno físico, social y cultural.
15. Capacidad de desarrollar un modelo interdisciplinar de atención y rehabilitación integral al paciente, en concordancia con las exigencias de la Autonomía Personal y la Calidad de Vida.
16. Capacidad para respetar las competencias específicas reguladas en la legislación vigente de cada profesión de la salud implicada en la atención a los enfermos crónicos, a efectos de mejorar esa atención holística.
17. Perspectiva rehabilitadora integral.
18. Compromiso ético en el ejercicio profesional.



Las competencias específicas de Medicina Física & Rehabilitación en los títulos de Postgrados Oficiales adaptados al EEES son:

1. Dotar al alumno de la formación básica idónea que le permita un mayor aprovechamiento de los cursos específicos de cada una de las profesiones del equipo de atención integral y multi-interdisciplinar coordinado por el médico rehabilitador.
2. Sentar las bases para que el alumno sea capaz de adquirir y utilizar conocimientos más avanzados a medida que va realizando las distintas materias y con una proyección multi-interdisciplinar en el que cada profesional asuma su rol específico.
3. Dotar al alumno de una visión conjunta de los distintos aspectos de las Ciencias de la Salud: legislación, experimentación, docencia, comunicación de resultados, busca de información, herramientas informáticas, gestión, ética etc, que le permita interactuar, independientemente de cual sea el lugar que ocupe en el proceso, con los otros integrantes del mismo. Facilitando las relaciones entre ellos y mejorando el resultado final.
4. Adquirir la comprensión sistemática y genérica de la Medicina Física & Rehabilitación en la evaluación y el tratamiento de personas con discapacidad y alcanzar el dominio de las habilidades y métodos relacionados en cada una de las profesiones que trabaja en la atención integral e interdisciplinar de la discapacidad/dependencia.
5. Comprender y aplicar los conocimientos a través de la capacidad de entender el rol de cada profesional en el equipo de atención integral multi-interdisciplinar con rigor científico en materias de Rehabilitación Física y Psico-social.
6. Comprender y aplicar los conocimientos que desde la Medicina Física & Rehabilitación contribuyan, y en un contexto multi-interdisciplinar, a través de un planteamiento original, a ampliar las fronteras del conocimiento.
7. Estudiar los conocimientos de Rehabilitación Integral Física y Psico-social de forma autodirigida o autónoma para permitir fomentar, en contextos profesionales, el avance sanitario y social
8. Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes éticas que forman a la persona, además de a los profesionales, y profundizar a los niveles de Postgrado en los conocimientos de la Autonomía Personal y la Calidad de Vida desde un modelo interdisciplinar de Atención y Rehabilitación Integral al paciente
9. Aprender a respetar las competencias específicas reguladas en la legislación vigente de cada profesión de salud implicada en la atención a los enfermos crónicos a efectos de mejorar esa atención holística.
10. Aumentar los contenidos desde una perspectiva integral rehabilitadora.



ESQUEMA GENERAL DE CONTENIDOS DE LA ESPECIALIDAD DE MÉDICO INTERNO RESIDENTE (MIR) DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACION

Los conocimientos fundamentales específicos de Medicina Física & Rehabilitación han quedado explicitados en el **en el Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación en Europa (ANEXO I) según la Directiva Europea 93/16/EEC de 5 de abril de 1993 y en el BOE 8 Mayo 2007, especialidad MIR de Medicina Física y Rehabilitación (ANEXO II)**. A continuación, se detalla el esquema general del Programa de Residencia con las alegaciones realizadas en y posteriormente a la asamblea del 25 de Mayo del 45 Congreso SERMEF de Tarragona.

Objetivos del Programa de Residencia

El objetivo del programa es ofrecer al médico residente una formación de calidad y excelencia que ofrezca la oportunidad de alcanzar las competencias necesarias para comenzar a practicar la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación de forma independiente. Esta meta se alcanza a través de la adquisición de conocimientos y responsabilidades progresivas en las competencias clínicas y sociosanitarias en relación con el diagnóstico, patogénesis, prevención y rehabilitación de procesos neuromusculares, cardiovasculares, pulmonares y sistémicos en pacientes de ambos sexos, procesos que son y han de ser valorados habitualmente por los especialistas médicos.

Una vez finalizado el programa de residencia y habiendo conseguido los objetivos competenciales clínicos, el médico residente sale al mercado laboral preparado para el ejercicio autónomo de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación, así como para continuar en un proceso de aprendizaje continuo que fomente la actualización y mejora de las competencias a lo largo de su vida profesional.

El médico residente debe actuar en el cuidado continuo del paciente desde un profundo y práctico sentido de la ética, asumiendo todas sus responsabilidades asistenciales.

PLANIFICACION GENERAL DE ACTIVIDADES CLINICAS FORMATIVAS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FISICA & REHABILITACION

Criterios Generales:

El programa de actividades clínicas formativas incluye una experiencia clínica variada en el ámbito hospitalario y extra-hospitalario. Las actividades clínicas están estructuradas de forma que aporten una experiencia clínica de fondo engarzadas con los requisitos formativos del programa.

La experiencia clínica permite al residente asumir grados de responsabilidad progresiva con supervisión decreciente a medida que avanza en el programa formativo demostrando niveles adicionales de competencia.



El programa de formación prevé el trabajo de los médicos residentes en distintas áreas asistenciales de la especialidad: salas de hospitalización, consultas externas, servicios, salas de tratamiento ambulatorio, así como la participación en las guardias.

Algunos cometidos específicos de los médicos residentes, tales como iniciar las historias clínicas de los nuevos pacientes o realizar las exploraciones pertinentes, desarrollan sus aptitudes para la valoración de los datos y síntomas al mismo tiempo que fomentan su iniciativa, mediante la solicitud de estudios complementarios a realizar por otros departamentos. El seguimiento de los pacientes que acuden a revisión les permite enriquecer su experiencia al comprobar su evolución y la respuesta de los tratamientos. Se asegura así la asistencia a muchos enfermos, tarea que, junto al estudio, absorbe gran parte de la dedicación profesional de estos profesionales.

El aprendizaje en equipo se considera un elemento clave ya que permite que los médicos residentes participen activamente y compartan responsabilidades en el trabajo del Servicio de Rehabilitación, manteniendo una relación profesional continua con otros especialistas médicos, sanitarios o parasanitarios, tanto a nivel de hospitalización como de consultas externas. El objetivo fundamental de este aprendizaje grupal es prestar una atención íntegra, holística e individualizada a cada una de las personas con diversidad funcional, los pacientes, que se convierten en el último y primordial referente de nuestra actuación profesional, así como fomentar un trato cordial, a la par que riguroso y científico que dimensione la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación en torno a una relación de empatía médico-enfermo, no sólo óptima, sino incluso excelente, con proyección hacia la familia, el trabajo y la sociedad.

Durante el periodo de impartición del programa, el médico residente aprende de forma sistemática como se diagnóstica, evalúa y trata, así como el conocimiento, uso y aplicación de diversos sistemas instrumentales y pruebas medidoras de capacidades funcionales utilizadas en diversas fases de la asistencia.

A este respecto, los periodos de formación están distribuidos y adaptados a tiempos que puedan garantizar unos mínimos en la adquisición de los conocimientos y habilidades según se especifica en el apartado siguiente:



Distribución anual de actividades clínicas formativas para 4 años

MIR 1		MIR 2		MIR 3	
Rehabilitación general	3 meses	Medicina Física	3 meses	Rehabilitación Infantil	2 meses
Medicina Interna	2 meses	Rehabilitación Vascular y de Linfedema	1 mes	Rehabilitación Neurológica	2 meses
Cirugía Ortopédica y Traumatología	2 meses	Rehabilitación Esfinteriana	1 mes	Daño cerebral y Lesión Medular	2 meses
Radiodiagnóstico	2 meses	Rehabilitación Vestibular	1 mes	Biomecánica. Ortoprótisis y Amputados	2 meses
Neurología	2 meses	Medicina ortopédica y manual	1 mes	Asistencia Primaria	1 mes
		Rehabilitación Columna vertebral	2 meses		
		Discapacidad y Daño corporal	2 meses	Rehabilitación. Logofoniatría, de la comunicación y alteraciones cognitivas	2 meses
Total	11 meses		11 meses		11 meses

MIR 4	
Rehabilitación Cardíaca	1 mes
Rehabilitación Respiratoria	1 mes
Rehabilitación del paciente inmovilizado/quemado	1 mes
Rehabilitación en el Deporte	1 mes
Manejo del Dolor	1 mes
Geriatría /Socio-sanitario	2 meses
Rehabilitación Traumatológica	2 meses
Rehabilitación Reumatológica	2 meses
Total	11 meses

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN

1. NIVEL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE 1 (R1):

Los objetivos durante el primer año de residencia en Medicina Física & Rehabilitación, comprenden al aprendizaje básico del concepto, campo de acción, objetivos y metodología del proceso de rehabilitación, a través del conocimiento y adquisición de habilidades en la realización de la historia clínica en Medicina Física & Rehabilitación, interpretación de los exámenes complementarios, establecimiento, organización y dirección de planes de actuación terapéutica y técnicas de evaluación del funcionamiento y la discapacidad, diferenciando el contenido médico, social, laboral, vocacional y educacional.

Las rotaciones durante el primer año de residencia comprenden:



- a) Acogida del R1 en **Medicina Física & Rehabilitación** (3 meses) para la formación del médico residente en la especialidad y aprendizaje básico del concepto, campo de acción, objetivos y metodología del proceso asistencial.
- b) Formación del R1 en **Medicina Interna** (2 meses) a fin de capacitar al médico residente en los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad así como en la relación clínico-patológica de los procesos que posteriormente en la fase crónica o de discapacidad serán atendidos en Medicina Física & Rehabilitación.
- c) Formación del R1 en **Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT)** (2 meses) para que el médico residente se familiarice con el conocimiento básico de la patología ortopédica y traumática del aparato locomotor y adquiera conocimientos básicos de las técnicas conservadoras y quirúrgicas empleadas en el tratamiento, los criterios de reducción, estabilización, osteosíntesis y tiempos de carga y función así como los conocimientos relativos a los cuidados de rutina y enfermería de los pacientes hospitalizados y medidas de inmovilización, soporte y rehabilitación.
- d) Formación del R1 en **Radiodiagnóstico** (2 meses) a fin de que el médico residente adquiera los conocimientos de diagnóstico por imagen osteoarticular, de partes blandas, musculoesqueléticas y de neuroimagen, así como valoración de técnicas y correlaciones anatomoradiológicas
- e) Formación del R1 en **Neurología** (2 meses) a fin de que el médico residente adquiera conocimientos de metodología diagnóstica en neurología y en los procesos de enfermedad cerebrovascular, traumatismos craneoencefálicos, patología de la médula espinal enfermedades desmielinizantes, patología nerviosa periférica, trastornos de movimiento y miopatías.

Cuando sea posible, la rotación de Neurología se compartirá con **Neurofisiología Clínica** para que el residente conozca los procesos susceptibles de ser valorados neurofisiológicamente, familiarizándose con las pruebas de valoración sensitivo-motora, como la electromiografía y el estudio de la conducción nerviosa periférica, la estimulación eléctrica de nervios periféricos sensitivo-motores y la estimulación magnética transcranial, así como los potenciales evocados somato-sensitivos, auditivos y visuales.

2. NIVEL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE 2 (R2)

La actividad clínica formativa del Residente de 2º año (R-2) integra los siguientes niveles:

- a) Formación del R2 en **Medicina Física** (3 meses)

Su objetivo es el conocimiento de la motricidad, proceso tónico-postural y posturogestual, interacción sensorial, aprendizaje perceptivo-motriz, habilidad y destreza, acondicionamiento físico y entrenamiento, análisis dinámico y gasto energético, condición ergonómica estática, dinámica y funcional, aspectos específicos de los decúbitos, sedestación, bipedestación, marcha, carrera y salto. Métodos específicos de



retroalimentación y biofeedback, actividad física, ocupacional y las distintas técnicas de la terapia ocupacional según actividad, edad y entorno.

Integración de la actividad segmentaria y global de la actividad física, cadenas cinéticas y dinámicas en la actividad muscular y la adaptación neuromotriz. Respuestas fisiológicas a la acinesia o inmovilización global y segmentaria. Respuestas fisiológicas a la actividad física y actividad física específica en la promoción de la salud, integrando los métodos y técnicas de valoración funcional y de procedimientos terapéuticos neuromotrices y sensitivomotrices.

La formación en Medicina Física incluye los procedimientos fisioterápicos, termoterapia y electrotermoterapia con las acciones específicas de las corrientes eléctricas continuas, variables, diadinámicas, interferenciales, de estimulación neuromuscular y analgésicas, las acciones específicas de la fototerapia y de los diversos medios naturales y modificados como helioterapia, radiación ultravioleta, radiación infrarroja, LASER y Campos Magnéticos.

Otro de los aspectos de la Medicina Física es el de las técnicas y métodos instrumentales de efecto de presión, vibración y tracción y las acciones específicas de las ondas mecánicas, sonoterapia, infra y ultrasonoterapia, baroterapia, ondas de choque, tracción y detracción, presión y compresión. Las acciones anteriores pueden complementarse con la actividad física en el medio aéreo, acuoso y de ingravidez y con la Medicina Física mediante hidroterapia, hidrocinesiterapia, medios aéreos con distinta termalidad y humedad y medio hipotermal.

b) Formación del R2 en **Rehabilitación Vascular y Linfedema** (1 mes), que comprende:

- Anatomía, fisiología y fisiopatología del sistema linfático.
- Diagnóstico diferencial entre edema venoso y linfático.
- Clasificación del edema primario y secundario. Factores de riesgo
- Exploración clínica del edema linfático y valoración posterior
- Cálculo de la diferencia entre volúmenes de la extremidad afectada y de la sana
- Valoración e interpretación de las pruebas complementarias (linfogramagrafía, eco Doppler).
- Conocimiento de las distintas técnicas quirúrgicas que conlleven la realización de linfadenectomías y por lo tanto la posibilidad de desarrollar un linfedema.
- Prevención del linfedema que incluye: cuidados e higiene de la piel, ejercicios respiratorios, cinesiterapia y autodrenaje linfático.
- Tratamiento del linfedema: drenaje linfático manual, cinesiterapia, higiene postural, presoterapia secuencial multicompartimental, prendas de presoterapia, linfofármacos.
- Exploración y tratamiento de las complicaciones del linfedema.
- Aspectos psicológicos y conceptos de calidad de vida de pacientes con linfedema.
- Funcionamiento y discapacidad en el paciente con linfedema.

c) Formación del R2 en **Rehabilitación Esfinteriana** (1 mes), que incluye:

- Conocer la fisiopatología y tipos de incontinencia. Conocer las causas comunes de incontinencia y disfunciones vesicales y anales más frecuentes y su tratamiento. Escalas de valoración y técnicas de diagnóstico de la disfunción pelvipérea.



- Adquirir habilidades en el tratamiento no quirúrgico de la Incontinencia Urinaria. Objetivos y técnicas de Medicina Física & Rehabilitación (Cinesiterapia pelvipereineal, Biofeedback, Electroestimulación, Retroalimentación), Tratamiento farmacológico, y dispositivos complementarios y conocer el tratamiento quirúrgico de la Incontinencia Urinaria, las recomendaciones y técnicas y las guías de práctica clínica médica y quirúrgica.

d) Formación del R2 en **Rehabilitación Vestibular** (1 mes), que integra:

- Adquirir conocimientos de la fisiopatología sobre los trastornos del equilibrio.
- Adquirir habilidades en la valoración física y funcional postural y equilibratoria.
- Conocer las pruebas funcionales relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento de la inestabilidad propioceptiva, escalas de valoración funcional del vértigo, discapacidad y minusvalía, estado psicoafectivo del paciente, pruebas funcionales vestibulares y posturografía.
- Diseñar e indicar el tratamiento de la disfunción de la postura y equilibrio incluyendo la realización de ejercicios de habituación o reeducación vestibular, evaluación y biorretroalimentación posturográfica.

e) Formación del R2 en **Medicina Ortopédica y Manual** (1 mes), que integra:

- El residente debe adquirir conocimientos sobre restricciones de movilidad de cualquier elemento conjuntivo en el marco de desarreglos mecánicos o bloqueos funcionales.
- La acción manual sobre los tejidos dentro de los límites de movilidad fisiológica. Conjunto de métodos y actos que desencadenan respuestas vegetativas y estimulan la circulación linfática y/o sanguínea. Adquirir habilidades en las técnicas de Cyriax, Kaltenborn, Mackenzie, Maitland, Miofascial, Movilización del Sistema Nervioso según el concepto D.Butler, Osteopatía, Quiropraxia, Masaje del Tejido conjuntivo, Masofilaxia entre otros.
- Adquirir habilidades en las técnicas neuromusculares, estiramientos neuroaponeuróticos, contracción –relajación, inhibición recíproca, corrección por posicionamiento, puntos gatillo, y manipulación articular.
- Adquirir conocimientos en los siguientes aspectos: Conceptos básicos anatómicos en Medicina Ortopédica y Manual: vértebras, articulaciones y músculos, tendones. Columna vertebral: Exploración; Dolor mecánico; Segmento móvil; Charnelas. Dolor irradiado. Manipulaciones vertebrales, Concepto, indicaciones, contraindicaciones, técnicas básicas, cervicales, dorsales, lumbares. Conceptos básicos en manipulaciones periféricas. Estiramientos post isométricos. Conceptos médicos mesoterapia, técnicas básicas en masaje en columna vertebral, periféricos. Técnicas básicas en masaje Cyriax. Diseñar e indicar el tratamiento de terapia manipulativa y manual.

f) Formación del R2 en **Patología de la Columna vertebral** (2 meses), que incluye:

- Conocimiento de los medios diagnósticos y terapéuticos de la patología de la columna vertebral, tanto en edad infantil (escoliosis, cifosis, etc) , como del adulto.



- Dolor de espalda inespecífico: Epidemiología. Aspectos socioeconómicos. Aspectos biomecánicos. Historia Natural. Exploración física protocolizada. Pruebas complementarias: laboratorio, radiología convencional, TAC, RMN, Densitometría, EMG. Escalas de valoración funcional en columna vertebral.
- Procedimientos terapéuticos: Tratamiento: Médico – farmacológico, Médico – rehabilitador – medicina física de la lumbalgia mecánica. Escuela de espalda. Mecanoterapia – Tracciones. Ortesis en columna vertebral. Infiltraciones: Intra raquídeas. Extra raquídeas. Incidentes y accidentes.
- Columna dolorosa en el niño. Dolor específico. Hernia discal. Espondilosis, listesis. Schüerman. Tumores benignos y malignos. Obesidad y dolor. Problemas ortésicos en el niño. Orientación en la escuela y en deportes.
- Columna dolorosa en adulto. Dolor específico. Espondiloartrosis. Hernia discal, protusión discal. Estenosis de canal. Espondilitis. Problemas asociados. Ergonomía conceptos actuales.
- Protocolos de Medicina Física y Rehabilitación en las Deformidades del raquis:
 - A) Escoliosis:
Diagnostico precoz. Formas clínicas. Tipos de Escoliosis. Clasificación.
Factores pronósticos. Factores evolutivos. Dolor y escoliosis. Deporte y escoliosis.
Tratamiento ortopédico. Conocimiento preciso de los distintos corsés utilizados en el tratamiento de las escoliosis.
Tratamiento quirúrgico. Indicaciones, complicaciones inmediatas y a distancia.
Tratamiento rehabilitador del paciente intervenido por vía anterior, posterior, en UVI y en planta. Conocimiento de los problemas respiratorios en las grandes deformidades.
 - B) HiperCIFosis, Hiperlordosis.
Diagnostico precoz. Etiología, clasificación, diagnostico, pronostico.
Tratamiento ortésico: conocimiento preciso de los distintos corsés utilizados en estas deformidades. Consejos escolares y deportivos. Los yesos de reducción de deformidades como base de la toma de molde de los corsés.
- Aplicaciones terapéuticas en Rehabilitación tras la cirugía de la hernia discal.
- Protocolos de Medicina Física y Rehabilitación después de la cirugía de estenosis vertebral.

g) Formación del R2 en **Valoración de la Discapacidad y del Daño Corporal** (2 meses), que incluye:

- Uso de la Metodología de la Medicina Basada en Pruebas en el ámbito de la **Valoración del Daño Corporal** y métodos de valoración física, de tablas de valoración (baremos, tablas AMA), e instrumental.
- Adquirir habilidades en la práctica de la evaluación física e instrumental de la disfunción y discapacidad. Valoración funcional según la clasificación del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF. Valoración biomecánica e instrumental).



3. NIVEL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE 3 (R3)

La actividad clínica del tercer año de formación integra los siguientes niveles de adquisición de conocimientos y habilidades:

a) Formación del R3 en **Medicina Física & Rehabilitación en edad infantil** (2 meses), que integra:

- Desarrollo psicomotor y valoración cinesiológica del desarrollo del niño normal y patológico
- Patología a atender:
 - Parálisis cerebral
 - Alteraciones ortopédicas:
 - Malformaciones congénitas de las extremidades; Artrogriposis; Osteogénesis imperfecta; Acondroplasia; Alteraciones de la cadera durante el crecimiento (luxación congénita, enfermedad de Perthes, epifisiolisis femoral del adolescente); Alteraciones de los pies (pie zambo, metatarso varo, etc.); Tortícolis muscular congénita.
 - Parálisis braquial obstétrica
 - Enfermedades reumáticas: Artritis idiopática juvenil
 - Oncología: tumores del SNC, tumores óseos, hematológicos.
 - Enfermedades neuromusculares: Distrofia muscular de Duchenne, Atrofia muscular espinal, etc.
 - Otras enfermedades neurológicas: AVC por malformaciones, secuelas de encefalitis, síndrome de Guillain Barré, disfunción cerebral menor.
 - Traumatismo craneo-encefálico
 - Espina bífida
 - Síndromes minoritarios congénitos: Síndrome de West, de Angelman, etc.
 - Patología respiratoria: fibrosis quística.
- Fundamentos y aplicación de los procedimientos terapéuticos en rehabilitación infantil a través de la fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y ayudas técnicas, teniendo en cuenta los padres o tutores legales del niño.
- Coordinación del equipo multidisciplinar, la familia y el niño con problemas funcionales

b) Formación del R3 en **Rehabilitación Neurológica** (2 meses), que incluye:

- Conocimientos básicos de los grandes síndromes neurológicos, especialmente de la patología cerebrovascular, sistema extrapiramidal, patología del sistema vestibular, los síndromes medulares y los síndromes neurológicos periféricos.
- Conocimiento del método exploratorio de la semiología clínica de la Patología Neurológica y de la rutina de enfermería de los pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos, así como el diagnóstico de neuroimagen.
- Adquisición de habilidades en la recuperación funcional de pacientes con enfermedades neurológicas que originan trastornos motores y sensitivos que afectan la respuesta y tono muscular, la marcha y el equilibrio, la deglución y la fonación.



- c) Formación del R3 en **Daño Cerebral y Lesión Medular** (2 meses), que incluye:
- Familiarizarse con el concepto de lesión primaria cerebral y axonal y lesiones secundarias que producen daño cerebral.
 - Adquirir habilidades en la evaluación neuropsicológica, el déficit cognitivo y la discapacidad.
 - Conocimiento de la Lesión Medular y tratamientos según su nivel lesional. Valoración de la función respiratoria, sistemas de alimentación y eliminación intestinal, vejiga neurógena, función sexual, fertilidad, funciones músculo-esqueléticas y espasticidad. y mecanismos de reinserción sanitaria y social.
 - Diseñar e indicar el tratamiento del paciente con Traumatismo Cráneo-encefálico (TCE) o Lesionado Medular (LM) así como prescripción y adaptación de ayudas técnicas y orientación y soporte a los familiares. Conocer y tratar los déficits físicos que incluyen los trastornos de los movimientos, de la marcha, de la sensibilidad, de la coordinación, del tono muscular, de los órganos de los sentidos, del control de esfínteres y afectaciones neuropsicológicas.
- d) Formación del R-3 en **Biomecánica, Ortoprotésis y Amputados** (2 meses), que incluye:
- Adquirir los conocimientos adecuados sobre biomecánica y patomecánica del Aparato Locomotor, así como adquirir habilidades en los diversos sistemas de valoración funcional: escalas de valoración, como CIF, AMA, FIM, e instrumentalización: dinamometría, isocinesia, posturografía, análisis de la marcha, etc.
 - Conocimientos Ortoprotésicos sobre las patologías del Aparato Locomotor que son subsidiarias de ser tratadas con medios ortésicos. Materiales usados en ortopedia. Prescripción y adaptación de las diferentes ortesis, tanto a nivel de columna como de segmentos periféricos y conocer las diversas ayudas técnicas y su aplicación.
 - Conocer los niveles de amputación, su rehabilitación funcional y adaptación protésica y los cuidados pre y postquirúrgicos del paciente amputado, así como resolver las complicaciones más frecuentes del muñón de amputación. Saber aplicar correctamente las técnicas de vendaje compresivo. Conocer los diversos componentes que entran a formar parte de una prótesis, así como sus materiales y características técnicas. Prescripción de la prótesis más adecuada, según edad, etiología y nivel de amputación. Biomecánica de las prótesis y su rendimiento funcional.
- e) Formación del R-3 en **Asistencia Primaria** (1 mes), que incluye:
- Conocer los Niveles Asistenciales del Área Sanitaria donde desarrolla su formación y las líneas de actuación asistencial mediante protocolos establecidos, integrándose con los Equipos de Atención Primaria.
 - Prescribir tratamiento de Medicina Física & Rehabilitación para los Centros de Salud y dar soporte al médico de Familia, Pediatra o cualquier otro facultativo sobre los objetivos y estrategias de tratamiento, del seguimiento de la discapacidad, de la prestación de ayudas ortoprotésicas. Realizar el seguimiento de la Medicina Física &



Rehabilitación domiciliaria que se precise. Remitir protocolos de asistencia a los fisioterapeutas para patologías de menor complejidad, con el objetivo de acercar el servicio sanitario al nivel primario.

- Establecer métodos de evaluación inicial del proceso y su revaloración final, para conocer las limitaciones que sean de interés para establecer homogeneidad en criterios asistenciales y administrativos de incapacidad valorados a través de la historia clínica y con comunicación entre niveles asistenciales y entorno social.

Anotación: La rotación en Asistencia Primaria incluye los objetivos previstos para esta especialidad en la resolución del 15 de junio del 2006, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de Salud en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.

f) Formación del R-3 en **Logofoniatría, alteraciones de la comunicación y cognitivas** (2 meses), que incluye:

Estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las patologías del lenguaje (oral, escrito y gestual) manifestadas a través de trastornos en la voz, el habla, la comunicación y las funciones orofaciales.

El Foniátra es un profesional de la Medicina (fundamentalmente de Medicina Física & Rehabilitación o de Otorrinolaringología) que ejerce las funciones de diagnóstico de procesos nosológicos y de discapacidad, la prescripción terapéutica, las evaluaciones periódicas y el alta del paciente con diversidad funcional en alteraciones de la voz, habla, lenguaje, audición y deglución. Sin embargo, el término más empleado en relación con estas patologías en España e Iberoamérica corresponde al Logopeda, otro profesional de perfil preventivo y terapéutico, que también es denominado con algunos de los siguientes términos: fonoaudiólogo, terapeuta del lenguaje, etc.

Las patologías sobre las que intervienen estos profesionales (médicos foniatras y terapeutas del lenguaje –logopedas-) son las alteraciones de voz (disfonía, afonía), en la adquisición del lenguaje (retraso, disfasia), en la pronunciación (disartria, dislalia, disglosia), en la lectura y/o escritura (dislexia, disgrafia), en el lenguaje expresivo y/o comprensivo (afasias), en la fluidez del habla (disfemia y espasmofemia –tartamudez-), así como en la respiración, la succión, la masticación y la deglución. La terapia miofuncional se ha convertido en los últimos años en una subespecialidad cuyo objetivo es prevenir, valorar, evaluar, educar y rehabilitar el desequilibrio presente en el sistema orofacial desde el nacimiento hasta la vejez, y cuya etiología puede ser muy diversa (anatómica, funcional, neurológica, etc.).

4. NIVEL DEL MÉDICO INTERNO RESIDENTE 4 (R4)

La actividad clínica en el cuarto año de formación integra los siguientes niveles de adquisición de conocimientos y habilidades:



- a) Formación del R-4 en **Rehabilitación Cardíaca** (2 meses), que incluye:
- Patología cardíaca susceptible de generar la necesidad de un programa de rehabilitación cardíaca, incluido trasplante cardíaco. Factores de riesgo coronario, anamnesis, semiología e interpretación de exploraciones complementarias (electrocardiograma, eco-Doppler, pruebas de esfuerzo).
 - Farmacoterapia de pacientes con patología cardíaca arriba mencionada.
 - Farmacodinámica de los fármacos de uso más frecuente.
 - Establecer el riesgo coronario de forma personalizada e indicar el programa de rehabilitación cardíaca más adecuado a cada caso.
 - Indicaciones, beneficios y contraindicaciones del ejercicio físico en pacientes cardíacos.
 - Fases de un programa de rehabilitación cardíaca: objetivos y beneficios esperados.
 - Personalizar el programa en cada fase y en cada paciente.
 - Orientación de la reincorporación laboral del paciente en función del trabajo que desempeña.
- b) Formación del R-4 en **Rehabilitación Respiratoria** (1 mes), que comprende:
- Objetivos e indicaciones personalizadas de la Rehabilitación respiratoria.
 - Patología respiratoria más frecuente a atender :
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - Asma bronquial
 - Bronquiectasias y fibrosis quística
 - Patología intersticial pulmonar (fibrosis pulmonar)
 - Neumonías intra y extrahospitalarias
 - Atelectasias y derrames pleurales
 - Enfermedades infecciosas producidas por bacterias, virus y hongos.
 - Síndrome de distrés respiratorio del adulto y del niño
 - Displasia broncopulmonar
 - Tromboembolismo pulmonar
 - Síndrome de apnea obstructiva del sueño
 - Alteraciones neuromusculares y de la caja torácica
 - Trasplante pulmonar y cardiopulmonar
 - Evaluación clínica del paciente mediante:
 - Valoración de la disnea: patogenia y escalas de valoración.
 - Estado nutricional: índice de masa corporal
 - Valoración osteomuscular
 - Situación psicológica del paciente
 - Ambiente socio-laboral
 - Evaluación funcional respiratoria:
 - Espirometría basal y tras broncodilatación
 - Volúmenes pulmonares
 - Estudio de difusión pulmonar
 - Gasometría arterial
 - Pulsioximetría
 - Test de marcha de 6 minutos
 - Pruebas de esfuerzo máximas y submáximas



- Trazados electrocardiográficos para poder llevar a cabo las pruebas anteriores.
 - Valoración respiratoria preoperatoria para cirugía general, reducción de volumen y trasplante pulmonar y cardiopulmonar, así como valoración postrasplante pulmonar y reducción de volumen
 - Resucitación cardiopulmonar.
 - Valoración de la incapacidad laboral.
 - Cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud en los enfermos respiratorios:
 - Cuestionarios genéricos:
 - Cuestionario de Salud SF 36
 - Perfil de Salud de Nottingham
 - Perfil de las consecuencias de la enfermedad (Sickness Impact Profile)
 - Cuestionarios específicos:
 - Cuestionario respiratorio de St.George´s (SGRQ)
 - Diagrama de coste de oxígeno.
 - Programas de rehabilitación respiratoria:
 - Necesidades en recursos estructurales, humanos y materiales
 - Técnicas de fisioterapia respiratoria
 - Entrenamiento a fuerza y resistencia
 - Programas específicos para la patología más habitual
 - Ventilación mecánica no invasiva e invasiva, tanto en el ámbito intra como extrahospitalaria
 - Tratamiento farmacológico y farmacodinámica.
 - Oxigenoterapia y aerosolterapia
 - Programas de deshabituación al tabaco
 - Terapia ocupacional
 - Asistencia psicológica
 - Asistencia a domicilio
 - Educación del paciente y su familia
 - Valoración de los resultados obtenidos con los programas de rehabilitación, mediante escalas validadas
- c) Formación del R-4 en **pacientes inmobilizados/quemados** (1 mes), que incluye:
- Adquirir conocimientos del procedimiento de rehabilitación en pacientes con complicaciones pre o postrasplante, como diálisis, efectos colaterales disfuncionales o metabólicos del tratamiento inmunosupresor y secuelas de inmovilización.
 - Protocolos y guías de rehabilitación en el trasplante de riñón, pulmón, hígado y corazón.
 - Valoración de los efectos colaterales de las intervenciones quirúrgicas, quimioterápicas o radioterápicas sobre el paciente oncológico y en el tratamiento de la disfunción regional, condición física, dolor e inmovilidad.
 - Valoración de los diferentes tipos de lesiones y la fisiopatología del gran quemado. Tratamiento general Tratamiento local tópico en quemaduras de primer, segundo y tercer grados y de las cicatrices. Bases del tratamiento quirúrgico. Desbridamientos. Homoinjertos y otros tipos de técnicas quirúrgicas.



- Cuidados físicos, del dolor, emocionales, de la disfunción, de la inmovilidad, de las restricciones articulares, de la condición física general.
- d) Formación del R-4 en el **Deporte** (1 mes), que incluye:
- La lesión deportiva, prescripción de tratamiento y planificación del retorno al entrenamiento.
 - Actividad física y deportiva, lesiones del cartílago en crecimiento y sobrecarga epifisaria en el niño.
 - Actividad física y deportiva en el adulto de media y 3ª edad, lesiones y programas de Medicina Física y Rehabilitación de los resultados obtenidos con los programas de rehabilitación, mediante escalas validadas.
 - Valoración del deporte y actividad física en los minusválidos y programas de reintegración por el deporte.
- e) Formación del R-4 en **Tratamiento del Dolor** (1 mes), que incluye:
- 1.- Aspectos básicos.
 - Vías anatómicas y fisiopatología del dolor. Sistemas de neuromodulación.
 - Dolor agudo y crónico. Diferente problemática. Diferente manejo.
 - Conocimiento de la nomenclatura en dolor (alodinia, hiperalgesia, etc..).
 - Escalas de evaluación del paciente con dolor crónico.
 - Familiarizarse con la problemática global del dolor como enfermedad.
 - 2.- Aspectos clínicos.
 - Diagnóstico clínico de los principales síndromes de dolor crónico:
 - Raquialgias crónicas. El síndrome postlaminectomía.
 - El paciente con dolor neuropático crónico, periférico y central.
 - Los síndromes de dolor regional complejo. Distrofia y Causalgia.
 - Síndrome de dolor miofascial y la fibromialgia.
 - Conocimiento del abordaje multidisciplinar.
 - 3.- Conocimiento del manejo farmacológico y sus combinaciones.
 - La escalera analgésica de la OMS.
 - Farmacodinámica e indicaciones de los fármacos más utilizados.
 - AINE.
 - Opiáceos menores.
 - Opiáceos mayores. Vías de administración. Problemática en dolor no maligno.
 - Anticonvulsivantes.
 - Antidepresivos y otros coadyuvantes.
 - Tipos de anestésicos locales y farmacocinética.
 - Indicación de las técnicas de perfusión intravenosa y subcutánea.
 - 4.- Tratamiento fisioterápico del dolor. Tipos e indicaciones.
 - 5.- Técnicas de infiltración y bloqueo nervioso.
 - Infiltraciones de los puntos gatillo miofasciales.
 - Infiltraciones periarticulares e intraarticulares a nivel periférico.
 - Infiltración de zigoapofisarias de raquis lumbar y de sacroiliacas.
 - Bloqueo de los nervios supraescapular y femorocutáneo.
 - Bloqueo epidural por vía caudal.
 - 6.- Técnicas espinales. Indicaciones.
 - Perfusión epidural para bloqueo simpático continuo.



- Bombas de infusión intratecal de baclofen para la espasticidad.
- Perfusión intratecal de morfina y otros fármacos.
- Técnicas de neuroestimulación epidural.

f) Formación del R-4 **Geriatría y Sociosanitario** (2 meses), que incluye:

- Conocimiento y habilidades en patología y aspectos biopsicosociales de la vejez, con las intervenciones adecuadas de Medicina Física & Rehabilitación, actividades, técnicas de animación, mantenimiento e integración de la gente mayor.
- Habilidades en participación como especialista o coordinación de programas de asistencia hospitalaria, ambulatoria o domiciliaria geriátrica, en convalecencia sociosanitaria, en residencias geriátricas, o en programas de atención a la dependencia.

g) Formación del R-4 en **Rehabilitación Traumatológica** (2 meses), que incluye:

- Conocer las lesiones musculoesqueléticas y del aparato locomotor, de las lesiones tendinosas, musculares y nervios periféricos, así como las mediadas de tratamiento ortopédico o quirúrgico y el tratamiento rehabilitador.
- Adquirir habilidades en el manejo, valoración, establecimiento de protocolos y guías clínicas de MFR tanto en la patología ortopédica como traumática, del niño y del adulto.
- Conocimiento los procedimientos diagnósticos y terapéuticos comunes de la patología del aparato locomotor, así como las técnicas quirúrgicas e instrumentalización más utilizadas. Adquirir habilidades en el manejo del paciente intervenido en fase hospitalaria y ambulatoria, valorando su evolución y estableciendo el tratamiento rehabilitador.

h) Formación del R-4 en **Rehabilitación Reumatológica** (2 meses), que incluye:

- Conocer la patología reumática y el método exploratorio. Familiarizarse con las pruebas diagnósticas y complementarias habituales, marcadores biológicos y de diagnóstico por imagen.
- Conocer el manejo farmacológico general o local, las técnicas de la Medicina Física y Terapia Ocupacional empleadas en Medicina Física & Rehabilitación y valorar la disfunción o discapacidad derivada de las enfermedades reumáticas.
- Adquirir habilidades en la infiltración del sistema músculo-esquelético y osteo-articular.

ATENCION CONTINUADA/GUARDIAS DURANTE EL PERIODO FORMATIVO

En R-1 se distribuye en seis meses en Medicina Interna y cinco meses en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

En R-2 la guardia se realiza en COT.

En R-3 y R4 se realizarán guardias específicas de Medicina Física & Rehabilitación, tanto en asistencia continuada en Medicina Física & Rehabilitación, en el servicio de urgencias o en asistencia hospitalaria.

Se recomienda la realización de entre 4-6 guardias mensuales.



ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS A TRAVÉS DE ACTIVIDADES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS

Las actividades teóricas y prácticas tienen como objeto consolidar la experiencia clínica del residente mediante la participación en la línea formativa de la unidad y la reacreditación a través de la formación continuada, cuyo contenido se tipifica en:

- **Sesiones básicas**, sobre los temas de la especialidad con revisión de los fundamentos de las disciplinas relacionadas con ella.
- **Sesiones clínicas**: estudio y discusión de casos con el fin de establecer el diagnóstico y la conducta terapéutica.
- **Sesiones conjuntas con otros departamentos** relacionados con la especialidad, o de formación continuada general
- **Sesiones de indicaciones quirúrgicas** para conocer los criterios del tratamiento quirúrgico tipo de intervención.
- **Sesiones bibliográficas** para conocer y comentar los temas documentales de mayor interés.
- **El estudio personal**, orientado y seguido por los tutores, sobre una bibliografía básica para cada especialidad.
- **La asistencia a las lecciones ordinarias**, seminarios de la Facultad de Medicina y la participación en la docencia práctica.

La participación en los programas debe ser del propio residente, como parte esencial de su plan formativo, con la supervisión de los médicos consultores, especialistas y colaboradores clínicos, que debe estar coordinada por el **Tutor de Residentes**.

INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y PROGRAMAS DE MAYOR ESPECIALIZACIÓN

Las **Actividades de Investigación** tienen su objetivo en que el residente adquiera conocimientos en los principios de investigación y los incorpore a un proyecto de investigación.

La investigación puede efectuarse sobre aspectos relacionados con la fisiología, economía, biomecánica, cinesiología, medios diagnósticos y terapéuticos, estudios sobre combinaciones, alternativas de métodos y programas terapéuticos.

El residente debe obtener conocimientos básicos sobre medidas de investigación clínica y aplicada, incluyendo formación de hipótesis, diseño, metodología, análisis estadístico de los datos, discusión y conclusión, basándose en la valoración de la literatura profesional.

Se debe estimular a los médicos residentes para que realicen los Cursos monográficos de Doctorado, alcancen el Diploma de Estudios Avanzados y elaboren la Tesis Doctoral.



Anotación: “A punto de superar en la actualidad el marco clásico universitario mencionado en la frase previa, conviene conocer que a partir de ahora los médicos residentes y otros profesionales de Medicina Física & Rehabilitación sólo podrán y deberán iniciar y/o integrarse, en la medida de sus posibilidades profesionales y personales, en algún Postgrado Oficial Universitario adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). El Postgrado Oficial que ha desarrollado la convergencia universitaria europea está integrado por dos niveles de estudios universitarios: a.- el Máster y b.- el Doctorado –información detallada a la que se puede acceder en las facultades y escuelas universitarias de Medicina/Ciencias de la Salud de cada Universidad-”).

Los médicos residentes colaborarán en la publicación de trabajos de investigación en revistas científicas especializadas.

En lo que se refiere a la **Docencia** los médicos residentes pueden colaborar en la docencia impartida en las titulaciones de Medicina y de otras Ciencias de la Salud, tales como Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, entre otras, sea en facultades o en escuelas universitarias, o en el área de formación específica del hospital de referencia. Es recomendable que los médicos residentes participen en la docencia de los Postgrados (títulos propios) y Máster clásicos, así como de los Postgrados Oficiales adaptados al EEES y en programas de Formación Continuada.

Existen **Programas de Mayor Especialización**, de corta duración, en áreas generalmente relacionadas con la especialidad, que permiten que el médico que lo desee pueda supraespecializarse en un aspecto concreto, adquirir mayores conocimientos en áreas científicas afines, o aprender una técnica especializada.

METAS DEL PROGRAMA FORMATIVO

Con la finalización del Programa de Residencia se alcanzan los siguientes objetivos:

A) Conocimiento:

Diagnóstico, patogénesis, tratamiento, prevención y rehabilitación de procesos neuro-músculo-esqueléticos, cardiovasculares, pulmonares y sistémicos, vistos de forma común en la especialidad en pacientes de ambos sexos y todas las edades:

- Síndromes de dolor músculo-esquelético agudo, incluyendo accidentes deportivos y laborales.
- Tratamiento del dolor crónico.
- Miopatías congénitas y adquiridas, neuropatías periféricas, enfermedades de la motoneurona y del sistema motor.
- Rehabilitación de traumatismo cráneo-encefálico.
- Procesos del sistema nervioso central, hereditarios, del desarrollo, adquiridos, incluyendo parálisis cerebral, accidente vascular cerebral, mielomeningocele y esclerosis múltiple.



- Rehabilitación de enfermedades y traumatismos de la medula espinal, incluyendo el tratamiento de disfunciones de vejiga e intestino, de la disfunción sexual y la prevención y tratamiento de úlceras de decúbito.
- Rehabilitación de amputaciones por procesos congénitos o adquiridos.
- Medicina Física y cuidados de rehabilitación después de fracturas y artroplastias.
- Procesos médicos en minusválidos, incluyendo enfermedades cardíacas, pulmonares, oncológicas y trasplantes de órganos o tejidos.
- Enfermedades, minusvalías y limitaciones funcionales en la población geriátrica y asistencia primaria.
- Procesos reumáticos que requieran intervención terapéutica de Medicina Física & Rehabilitación.
- Procesos que afectan a tejidos blandos como quemaduras, úlceras y cuidado de heridas.
- Procesos médicos o complicaciones vistos de forma común en el paciente de rehabilitación.

b) Habilidades demostradas en:

- Historia y exploración física pertinente de medicina física y rehabilitación, habilidad de modificar la historia y preguntas de forma que incluya información vital para reconocer habilidades funcionales y minusvalías físicas y psicosociales que pueden crear discapacidades funcionales.
- Examen de los aparatos neurológico, músculo-esquelético, cardiovascular y pulmonar.
- Determinar minusvalía, discapacidad y daño corporal.
- Recogida de datos e interpretación de factores psico-sociales y vocacionales.
- Habilidad para evaluar datos de laboratorio, biopsias, radiografías, y otros estudios de imagen.
- Realizar pruebas funcionales de la marcha, el equilibrio, la fuerza el movimiento y la respuesta neuromuscular.
- Terapéutica física, terapia manual y técnicas de infiltración.
- Prescripción y conocimiento básico de ajuste y fabricación de aparatos ortopédicos, prótesis, sillas de ruedas, aparatos para ayudar a caminar, camas especiales y otro tipo de ayudas técnicas.
- Prescripción escrita en detalle sobre el uso de modalidades terapéuticas, ejercicios terapéuticos y técnicas para su realización por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, y entender y coordinar las pruebas e intervención de psicólogos y asistentes sociales.
- Estar familiarizado con la seguridad, mantenimiento y utilización de equipos médicos del laboratorio de pruebas funcionales y de terapia, incluyendo, diatermia, ultrasonido, fuentes de calor radiante y conductivo, láser, magnetoterapia, y en general equipos de electroterapia y electrodiagnóstico.
- Habilidad para diseñar estrategias de rehabilitación que minimicen y prevengan minusvalías y maximicen independencia funcional con el retorno del paciente a la familia y la comunidad.
- Experiencia en planes de terapéuticos educacionales en educación sanitaria, logopedia, ergonomía y ergoterapia.



- Experiencia en la evaluación y aplicación de rehabilitación cardiaca, pulmonar, en procesos oncológicos, grandes quemados o en transplantes con respecto a las responsabilidades del médico rehabilitador.
- Medicina Física & Rehabilitación pediátrica.
- Habilidad para la asistencia de urgencias en aspectos propios o afines a los procesos comunes de la especialidad.
- Experiencia en diseñar estrategias de prevención de la discapacidad orientadas a las áreas de medicina primaria.
- Prevención de accidentes, enfermedades y discapacidad.
- Rehabilitación sociosanitaria y asistencia a la dependencia.
- Experiencia en sistemas de trabajo multidisciplinar y rehabilitación de enlace con otras especialidades.
- Colaborar con otros profesionales médicos y miembros sanitarios del equipo multi-interdisciplinario, incluyendo técnicas compatibles con el papel del residente como líder del equipo y el papel del médico rehabilitador como director del programa de tratamiento.
- Habilidad para coordinar de forma eficaz y eficiente un equipo multi-interdisciplinario de profesionales de rehabilitación para el máximo beneficio del paciente; entender el papel de cada uno de los profesionales de la rehabilitación, habilidad para escribir adecuadamente prescripciones detalladas basadas en objetivos terapéuticos.
- Habilidad para usar los recursos disponibles en autoestudio y ser consciente de la importancia de la educación médica continuada para el desarrollo profesional.
- Demostrar habilidad comunicativa, de forma oral y escrita para la práctica eficiente de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación.
- Conocimientos sobre principios de estudio científico e investigación y habilidad para hacer valoraciones de la literatura profesional.
- Capacidad para participar en programas docentes de la especialidad y mantener competencia clínica a través de la formación médica continuada.
- Conocimientos sobre gestión asistencial y sobre factores socioeconómicos que afectan la asistencia sanitaria.
- Concienciarse de estar al servicio de la persona con diversidad funcional (discapacidad/dependencia) y educar a la opinión pública sobre las necesidades de la persona con discapacidad y la prevención de accidentes.
- Ejercitar con profesionalidad la práctica de la Medicina Física & Rehabilitación y practicarla desde la Ética Médica, incluyendo la habilidad para emplear razonamientos válidos para la toma de decisiones.



COMPETENCIAS PROFESIONALES DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN

Del Libro Blanco de Medicina Física & Rehabilitación en Europa publicado por la Unión Europea de Médicos Especialistas, en su sección de Medicina Física y Rehabilitación en 2006, de la Orden SCO/1261/2007 de 13 de abril por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Medicina Física & Rehabilitación y del Manual realizado por la Junta de Andalucía para los médicos rehabilitadores (además de las comunes a cualquier médico, derivada de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias LOPS) pueden extraerse la mayoría de las competencias profesionales de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación (ANEXO V), que se exponen a continuación.

1. Orientación al ciudadano (satisfacción, participación y derechos)

Intención de la macrocompetencia

El profesional promueve la toma de decisiones del ciudadano con respecto a su proceso asistencial, ofreciendo la información oportuna que le permita participar y elegir con conocimiento, y propiciando el cumplimiento de sus derechos.

Hace que sus actuaciones den una respuesta individualizada a las necesidades y expectativas de cada paciente, tomando en cuenta su opinión.

Garantiza la confidencialidad de la información a la que tiene acceso, y el respeto a la intimidad y privacidad del paciente durante su asistencia.

Y favorece con sus actuaciones la accesibilidad de los ciudadanos y contribuye a resolver la demanda asistencial en un tiempo adecuado.

a.- Orientación al ciudadano, respeto de los derechos de los pacientes

- información: consentimiento informado y registro de las alternativas terapéuticas.
- ejercicio de los derechos de los pacientes: segunda opinión.
- confidencialidad e intimidad.
- Cuida satisfacer sus necesidades y expectativas.
- Contribuye en lo posible a mejorar la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos.

b. Ética Asistencial

- Aplicar los principios éticos en la atención a los ciudadanos: derecho a la autonomía, a la segunda opinión, uso de técnicas validadas por la evidencia científica

c. Oferta de servicios y conocimiento organizativo

Orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios del Sistema Sanitario Público y privado para facilitar el conocimiento y acercamiento de los ciudadanos a las prestaciones en materia de Medicina Física & Rehabilitación, mediante la información adecuada de recursos o servicios ante situaciones clínicas especiales, que precisen respuesta en su área o fuera de esta, y derivación con documentación completa y adecuada



2. Prevención, Promoción de la Salud y Atención Comunitaria

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación desarrolla las actuaciones preventivas y de promoción específicas para mejorar la salud de los individuos, de los cuidadores, de la comunidad, y de las poblaciones en riesgo.

Se asocia con las competencias del mapa de Rehabilitación:

- Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida y medidas de prevención
- Medidas de ámbito comunitario

a. Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida y medidas de prevención

- Desarrolla actividades de carácter preventivo relacionadas con su labor asistencial para Identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes atendidos y adoptar las medidas necesarias para minimizar este riesgo, emitiendo recomendaciones higiénico posturales, hábitos de vida, etc.

b. Medidas de ámbito comunitario

- Desarrolla actividades de carácter comunitario adaptadas a las necesidades de su población. Aplica estrategias de promoción de la salud basada en intervenciones educativas dirigidas a grupos de la población que comparten algunos determinantes sociales de la salud así como experiencias y aprendizajes comunes.

Participa en actividades de educación para la salud dirigidas a

- trabajadores
- grupos de pacientes
- grupos de riesgo y grupos de pacientes

3. Atención al Individuo y a la Familia

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación garantiza la mejor atención posible con carácter longitudinal y busca reforzar la continuidad de la asistencia entre los distintos profesionales, servicios y centros que intervienen.

Se asocia con las competencias del mapa de Rehabilitación:

- Entrevista clínica
- Capacidad para la toma de decisiones clínicas de diagnóstico y tratamiento y Visión continuada e integral de los procesos
- Continuidad asistencial
- Soporte Vital Avanzado
- Medidas de ámbito familiar



a. Entrevista clínica

- Conduce entrevistas con sus pacientes usando las habilidades de comunicación adecuadas para establecer una comunicación adecuada que posibilite establecer, mantener y concluir una relación asistencial con resultados aceptables para el paciente y para el profesional.

b. Capacidad para la toma de decisiones clínicas de diagnóstico y tratamiento.

b.1.- El profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos en la asistencia de los pacientes, incrementando en lo posible la seguridad de la asistencia prestada a sus pacientes. Valora el riesgo de las técnicas empleadas.

b.2.- Tiene habilidades clínicas y de manejo para prestar a los pacientes una atención clínica de calidad y acorde con los criterios de los procesos, proporcionando una asistencia basada en el conocimiento científico actualizado:

Como ejemplos, usa herramientas de evaluación del estado afectivo y conductual en pacientes con discapacidad grave (ej. Pfeifer, Minimental), del estado neuromadurativo en niños con trastornos del desarrollo. Evalúa la capacidad funcional en pacientes discapacitados (ej. escala Barthel, escala modificada de fuerza muscular (Medical Research Council) y evaluación del rango de movimiento articular) al menos en la primera visita y a lo largo del proceso hasta la última valoración al alta. Realiza evaluación de caderas en niños menores de 1 año derivados a rehabilitación por procesos asociados a mayor riesgo de displasia o luxación de cadera (torticosis congénita, síndromes neurológicos y deformidades ortopédicas), en la primera visita, Evaluación de la capacidad comunicativa (lenguaje comprensivo y expresivo) en pacientes con enfermedad neurológica tanto en la primera visita como al alta

Asimismo realiza:

- Reentrenamiento al esfuerzo en los pacientes cardiacos valorado mediante test de marcha pre y postratamiento
- Reentrenamiento al esfuerzo en los pacientes con patología respiratoria crónica (EPOC)
- Valoración de lesionados medulares con la escala de ASIA
- Evaluación de la afasia mediante la escala de severidad de Boston
- Evaluación del linfedema con medición pre y postratamiento de los perímetros
- Solicitud de valoración a trabajadora social del medio sociofamiliar en niños con problemas de desarrollo psicomotor
- Valoración del entorno social y afectivo de los pacientes
- Evaluación de la capacidad funcional y grado de autonomía en el momento del alta del tratamiento rehabilitador,
- Valoración de las necesidades ayudas técnicas, ayuda a domicilio y apoyo sociofamiliar en el momento del alta del tratamiento rehabilitador de los pacientes al menos una vez al año durante el seguimiento de pacientes con gran discapacidad



- Valoraciones funcionales y uso de escalas de calidad de vida específicas (WOMAC en artrosis de cadera, Brunnströmm en accidente cerebrovascular Asworth en pacientes con espasticidad, valoración del miembro sano (trofismo, etc) en personas con amputación de origen vascular.
- Valoración del entorno social y afectivo, grado previo de independencia y patología asociada en los pacientes con daño cerebral adquirido

Introduce innovaciones en la metodología diagnóstica y/o terapéutica en su Servicio en los últimos 5 años, a través de la modificación o creación de protocolos ó manuales de procedimientos normalizados.

b.3.- El/la Rehabilitador/a tiene habilidades técnicas de uso frecuente en su especialidad para utilizar la tecnología diagnóstica y terapéutica, así como los procedimientos quirúrgicos de uso más frecuente en su especialidad, de la forma más eficaz posible para resolver los problemas de salud prevalentes.

Como ejemplos;

-Infiltraciones con toxina botulínica en los pacientes con espasticidad en los que con esta técnica hay expectativas de mejoría funcional y/o del dolor, y/o facilitación de los cuidados,

-la realización de infiltración con corticoides en pacientes con capsulitis adhesiva,

-la exploración de laringoscopia indirecta,

-el uso de cuestionario de calidad de vida en pacientes cardiacos,

-la evaluación de la resistencia muscular pre y postratamiento en pacientes respiratorios,

-las reducciones ortopédicas en deformaciones de columna en mesa de Cotrel o similar,

-la prescripción de corsés, etc.

c. Continuidad asistencial

c.1.- El/la Rehabilitador/a potencia la continuidad a la atención que presta a sus pacientes apoyándose en el registro en la historia de salud, con el propósito de conocer los problemas del paciente y el contexto en el que ocurren, a través de un sistema de información que constituya una referencia estable a lo largo del tiempo para la atención que prestan todos los profesionales

Para ello establece un Registro de datos de anamnesis, exploración, pruebas complementarias, juicio clínico e indicaciones terapéuticas oportunas en la historia clínica de los pacientes atendidos

c.2.- El/la Rehabilitador/a potencia la continuidad asistencial utilizando de forma correcta la consulta con otros profesionales cumplimentando correctamente los informes de derivación, de consultas y de alta, con el propósito de proporcionar una atención continuada a las personas atendidas por distintos profesionales, garantizando la información necesaria donde vaya el paciente.

Para ello realiza la cumplimentación correcta de interconsultas (identificación del Centro, Servicio y Rehabilitador/a responsable de la atención, exploración, valoración funcional y planificación del tratamiento), de los informes de alta del servicio de rehabilitación



(Filiación, identificación del Centro, Servicio y Rehabilitador/a responsable de la atención, antecedentes personales y familiares, anamnesis y motivo de ingreso, exploración y pruebas complementarias, juicio diagnóstico, evolución, tratamiento rehabilitador y seguimiento)

Asimismo realiza el registro de indicaciones al fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/logopeda/técnico ortopédico sobre el tratamiento de los pacientes atendidos.

d. Soporte Vital Avanzado

El/la Rehabilitador/a aplica los conocimientos necesarios para enfrentar una emergencia vital con el propósito de garantizar una asistencia rápida y eficaz a las personas que lo precisen. Para ello realizan una formación sobre soporte vital avanzado, con criterios del Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar (RCP).

e. Medidas de ámbito familiar

El/la Rehabilitador/a usa las herramientas existentes para conocer y aplicar un enfoque familiar cuando el problema de sus pacientes lo requiera con el propósito de incorporar a la familia de los pacientes en la asistencia prestada desde los servicios de salud, contemplando las características del grupo familiar como agente potencial de problemas y riesgos para de salud, y como recurso para abordar su solución.

Para ello procede a la identificación de la cuidadora principal en pacientes tratados de procesos graves (Grandes inmobilizados, lesiones medulares, fractura de cadera y ACV, parálisis cerebral, Miopatía) y aporta información oral y escrita de los cuidados necesarios en el domicilio.

Realiza un análisis de las circunstancias familiares y de las necesidades de cuidados formales e informales en el domicilio de los pacientes en Grandes inmobilizados, lesiones medulares, fractura de cadera y ACV, parálisis cerebral, Miopatías, etc.

4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación interviene en la implantación, desarrollo y mejora de los procesos asistenciales integrados de su área de actuación, conforme a los criterios definidos.

Se asocia con la competencia del mapa de Rehabilitación:

- Visión continuada e integral de los procesos

4.1.- Cooperar en la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales y de soporte en su Centro con el propósito de impulsar la participación de los profesionales en todas las etapas del desarrollo, implantación y seguimiento de los procesos asistenciales integrados y procesos de soporte. Para ello coordina la implantación local de los procesos en el Centro o en el equipo de trabajo perteneciente a un grupo de mejora interniveles.



5. Trabajo en equipo y relaciones interprofesionales

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación se orienta a la consecución de los objetivos comunes, estableciendo fórmulas de colaboración y compartiendo información.

Se asocia con la competencia del mapa de Rehabilitación:

- Trabajo en equipo

5.1.- colabora con las personas del equipo para el cuidado de los pacientes con el propósito de lograr la óptima cooperación entre todos los profesionales implicados en el cuidado de los usuarios atendidos, de forma que se alcancen los objetivos asistenciales comunes a todo el equipo. Para ello realiza trabajo compartido con los fisioterapeutas y/o terapeutas ocupacionales, con las enfermeras, médicos del equipo, logopedas, trabajadora social, técnicos ortopédicos y otros profesionales. Asimismo trabaja de forma transversal con médicos de otras especialidades en aquellos procesos que les son comunes, prolongando la colaboración a aquellos que trabajan en diferentes niveles asistenciales.

5.2.- El/la Rehabilitador/a participa en la mejora clínica de los pacientes atendidos en su Centro con el propósito de lograr una colaboración con profesionales de otras especialidades y/o categorías para la mejora global del Centro. Para ello asiste a las sesiones clínicas programadas con otras unidades o servicios del Área Hospitalaria. Asimismo, trabaja de forma transversal con médicos de otras especialidades en aquellos procesos que les son comunes, prolongando la colaboración a aquellos que trabajan en diferentes niveles asistenciales.

6. Actitud de progreso y desarrollo profesional

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación mantiene, a lo largo del tiempo, un desempeño adecuadamente actualizado en todas sus competencias, y reflexiona y decide sobre las oportunidades de mejora de su práctica profesional.

Se asocia con las siguientes competencias del mapa del Rehabilitación

- Actitud de aprendizaje y mejora continua
- Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad

6.1. Actitud de aprendizaje y mejora continuada:

El/la Rehabilitador/a mantiene la reflexión activa sobre su trabajo y actúa de manera consecuente con el propósito de mantener la actualización de conocimientos y habilidades a través de la educación continuada así como la capacidad para hacer un análisis de la propia práctica que permita identificar oportunidades de mejora.



Para ello congloba en la presentación de sesiones de formación continuada interna y asiste a las sesiones clínicas del Servicio (sesiones bibliográficas, clínicas, radiológicas, anatomopatológicas, etc). Realiza estancias programadas en otras unidades/centros sanitarios para adquirir nueva capacitación en áreas específicas.

El/la profesional participa en la mejora de su especialidad y del Sistema Sanitario Público. Con el propósito de fomentar la participación en las Sociedades Científicas para conseguir una mejora de su especialidad en su conjunto y la colaboración en actividades del Sistema Sanitario que posibiliten una mejor asistencia a los ciudadanos. Para ello participa en Grupos de trabajo de Sociedades Científicas, de Organismos oficiales del Sistema Sanitario Público (Consejería de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros), otros Organismos Internacionales, mediante la participación activa en comisiones clínicas de asesoramiento del Centro etc.

6.2. Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad

El/la Rehabilitador/a aplica las bases de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y la epidemiología clínica a la práctica diaria con el propósito de aplicar los instrumentos conceptuales y metodológicos que proporciona la medicina basada en la evidencia para reducir la incertidumbre en la toma de decisiones clínicas y mejorar la práctica asistencial. Para ello, se entrena en el conocimiento de los niveles de evidencia científica y grados de recomendación, contextualizado a cada caso, en la interpretación y aplicabilidad de las herramientas de la MBE, la lectura crítica de artículos sobre diagnóstico o tratamiento (RR, RRR, RRA, NNT y NND) y la capacidad de evaluar una Guía de Práctica Clínica.

7. Compromiso con la docencia

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación desarrolla actividades docentes adaptándose preferentemente a las líneas marco definidas por la organización. Se asocia con la competencia del mapa de Rehabilitación:

- Capacidad docente:

El médico rehabilitador está comprometido con la función docente de su trabajo con el fin de Transferir el conocimiento y las habilidades, adquiridas por la experiencia y la educación continuada, a otros profesionales en activo o en formación. Para ello realiza formación continuada acreditada.

8. Compromiso con la investigación

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación desarrolla actividades de investigación en relación con las líneas marco definidas por la organización.

Se asocia con la siguiente competencia del mapa de Rehabilitación:

- Aplicación de técnicas básicas de investigación

El médico rehabilitador está comprometido con la función investigadora de su trabajo en el centro en el que desarrolla su actividad profesional con el fin de contribuir a la mejora y a la



aportación de conocimientos que sean útiles para la salud de los ciudadanos y para el funcionamiento del sistema sanitario, y estén enmarcados en las Líneas de Investigación Prioritarias de la especialidad.

Para ello presenta publicaciones mediante artículos originales en revistas indexadas de la especialidad, es miembro de equipos de investigación en proyectos financiados por agencias externas nacional/internacional o investigador/a principal en proyectos de investigación financiados s

9. Uso eficiente de los recursos

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación optimiza el uso de los recursos puestos a disposición para llevar a cabo su actividad, y desarrolla modos de trabajo eficientes.

Se asocia con la competencia del mapa de Rehabilitador/a:

- Adecuada utilización de los recursos disponibles

El/la Rehabilitador/a competente se observan las siguientes buenas prácticas:

- Optimiza el uso de su tiempo para asignarlo de la forma mas eficiente durante el desempeño de su actividad con el propósito de Rediseñar los componentes organizativos dependientes del profesional y de la demanda de manera que se optimice la utilización del tiempo para la atención prestada a los pacientes
- Hace uso adecuado de los recursos diagnósticos disponibles con el propósito de ajustar en lo posible la solicitud de pruebas diagnósticas a las necesidades reales de las mismas, evitando hacer un uso inadecuado de estos recursos.
- Cuenta con la capacidad resolutoria adecuada a su nivel Asistencial para conseguir la resolución del mayor número posible de problemas y demandas que se presentan en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta las competencias de los profesionales que trabajan en el mismo y la disponibilidad de recursos
- Utiliza los recursos terapéuticos, incluidos los medicamentos, de la forma más eficaz y eficiente según las necesidades clínicas de los pacientes para adecuar la cantidad y la calidad de los fármacos que se prescriben a los pacientes a criterios de adecuación y coste. Por ejemplo, realiza prescripción por principio activo cuando es posible, realiza la prescripción de fármacos de Valor Intrínseco No Elevado (VINES) por debajo del valor vigente fijado en el Contrato Programa del centro. Asimismo evita la prescripción de técnicas de terapia física sin valor (por ej. ultrasonidos en artrosis de rodilla, tracciones lumbares en lumbalgia, cinesiterapia con fines correctores en la escoliosis, ultrasonidos en tendinitis no calcificada de hombro, laser en osteoartrosis de rodilla), etc.

11. Orientación a resultados en el desempeño profesional

Intención de la macrocompetencia

El médico especialista en Medicina Física & Rehabilitación conoce los principales resultados asistenciales y económicos derivados de su actividad, y periódicamente los revisa y compara para seguir mejorándolos.



Se asocia con las competencias del mapa de Rehabilitación:

- Metodología de calidad
- Orientación a resultados

11.1. Metodología de calidad

Realiza actividades de mejora continua en relación con la evaluación de sus resultados con el propósito de obtener información pertinente para identificar, analizar y desarrollar oportunidades de mejora de la práctica profesional de forma que se produzca una mejora continua de la calidad asistencial. Para ello realiza el análisis de oportunidades de mejora de la práctica profesional para aspectos concretos, realiza informes de reflexión siguiendo el ciclo completo de garantía de calidad incluyendo medidas correctoras adoptadas para mejorar aspectos relevantes de la práctica clínica. Analiza globalmente las oportunidades de mejora de la práctica profesional

11.2. Orientación a resultados en el desempeño profesional

El/la Rehabilitador/a orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de sus pacientes con el fin de obtener y objetivar resultados intermedios de salud gracias a la atención que se presta en su nivel de atención.

Para ello, registra los resultados y los compara s esperados (por ej: pacientes con amputación unilateral incluidos en programa de rehabilitación camina con la prótesis en el momento del alta de rehabilitación, pacientes con escoliosis idiopática que se dan de alta con una curva inferior a 30°, niños con mielomeningocele por debajo de L4 que alcanzan una marcha funcional, pacientes con prótesis de rodilla, con fractura de cadera o con hombro doloroso presentan mejoría del dolor medido con Escala Visual Analógica o con otros test, pacientes con amputación unilateral incluidos en programa de rehabilitación camina con la prótesis en el momento del alta de rehabilitación, Escolarización de niños con mielomeningocele, entre otros ejemplos.

Por lo tanto, las **competencias profesionales más relevantes del especialista en Medicina Física & Rehabilitación** incluyen, entre otras explicitadas suficientemente en este documento, las siguientes:

- Fundamentar la aplicación de la especialidad desde un modelo profesional que sea definitorio, un modelo médico diagnóstico-terapéutico de función, autonomía personal y calidad de vida en respuesta a la diversidad funcional desde la aplicación práctica de un modelo organicista mio-tendinoso.
- Proporcionar la información necesaria para promover la toma de decisiones, compartida con los pacientes cuando corresponda.
- Facilitar el ejercicio de los derechos de los pacientes.
- Proteger la confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes, y preserva su intimidad.
- Cuidar la relación con los pacientes procurando satisfacer sus necesidades y expectativas.
- Contribuir en lo posible a mejorar la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos.



- Aplicar los principios éticos en la atención a los ciudadanos.
- Orientar al ciudadano sobre la oferta de servicios del Sistema Sanitario Público en su Área de Salud.
- Desarrollar actividades de carácter preventivo relacionadas con su labor asistencial.
- Desarrollar actividades de carácter comunitario adaptadas a las necesidades de su población.
- Conducir entrevistas con sus pacientes usando las habilidades de comunicación adecuadas.
- Llevar a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos en la asistencia a los pacientes.
- Prestar a los pacientes una atención clínica de calidad con la máxima expresión de sus habilidades de forma acorde a los criterios de los procesos desarrollados para la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación.
- Realizar el diagnóstico médico de la enfermedad y la discapacidad, la prescripción del tratamiento, las valoraciones mediante pruebas de capacidad funcional pertinentes, las evaluaciones médicas de las constantes biológicas y funcionales y la toma de decisión del alta del paciente y todas las labores de atención a la discapacidad derivadas de la praxis médica.
- Conocer y realizar pruebas diagnósticas de electromiografía y ecografía.
- Coordinar la labor del equipo multi/interdisciplinar.
- Colaborar con los profesionales del equipo en la atención integral de los pacientes, así como con la familia.
- Hacer uso adecuado de los recursos diagnósticos disponibles.
- Contar con la capacidad resolutoria adecuada en el nivel asistencial.
- Utilizar los recursos terapéuticos, incluidos los medicamentos, de la forma más eficaz y eficiente según las necesidades clínicas de los pacientes.
- Practicar las habilidades técnicas de uso frecuente en la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación.
- Aplicar los conocimientos necesarios para enfrentar una emergencia vital, fundamentalmente en las unidades de rehabilitación cardíaca y de personas con lesión medular.
- Participar en la mejora clínica de los pacientes atendidos en el centro sanitario.
- Usar las herramientas existentes para conocer y aplicar un enfoque familiar cuando el problema de sus pacientes lo requiera. Asesorar, informar y atender a la familia como un elemento más del equipo multi/interdisciplinar.
- Potenciar la continuidad a la atención asistencial que presta a sus pacientes apoyándose en la emisión correcta de informes.
- Potenciar la continuidad asistencial utilizando de forma correcta la consulta con otros profesionales cumplimentando correctamente los informes de derivación, de consultas y de alta.
- Cooperar en la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales y de soporte en el centro sanitario sea público o privado.
- Mantener la reflexión activa sobre su trabajo y actuar de manera consecuente.
- Aplicar las bases de la medicina basada en la evidencia (MBE) y la epidemiología clínica a la práctica diaria



- Comprometerse con la función docente de su trabajo tanto en el ámbito asistencial como en el universitario.
- Comprometerse con la función investigadora de su trabajo tanto en el ámbito asistencial como en el universitario.
- Comprometerse con la función gestora de su trabajo tanto en el ámbito asistencial como en el universitario.
- Optimizar el uso de su tiempo para asignarlo de la forma más eficiente durante el desempeño de su actividad.
- Realizar actividades de mejora continua en relación con la evaluación de los resultados.
- Orientar su trabajo para alcanzar unos resultados que mantengan o incrementen la capacidad funcional, promuevan la autonomía personal y mejoren la salud y la calidad de vida de los pacientes con discapacidad.
- Por último, se establecen como líneas prioritarias de Medicina Física & Rehabilitación para el siglo XXI las establecidas en el próximo capítulo de este documento.

Si bien es cierto que estas competencias genéricas de la Medicina Física & Rehabilitación, realizadas por la Junta de Andalucía, han de ser completadas y precisadas con más estudios realizados desde otras comunidades o, específicamente, desde nuestras sociedades nacional (SERMEF), autonómicas y filiales, mediante la creación de grupos de trabajo conformados por médicos rehabilitadores. Una invitación para la participación constructiva que permita perfilar aún mejor las competencias y el cuerpo doctrinal de Medicina Física & Rehabilitación que se realiza, desde esta página y sin fecha de caducidad, a todos los médicos rehabilitadores.



- **CONSIDERACIONES FINALES:**

LÍNEAS GENERALES DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN PARA EL SIGLO XXI

- Fundamentar la aplicación de la especialidad desde un modelo profesional que sea definitorio, un modelo médico organicista mio-tendinoso y diagnóstico-terapéutico de función, autonomía personal, adaptación funcional al entorno y calidad de vida en respuesta a la diversidad funcional.
- Incrementar la participación activa en las tareas de asistencia, docencia, investigación y gestión.
- Crear un área de conocimiento específica a efectos de favorecer el desarrollo adecuado universitario y su traducción a la mejora de la calidad docente, investigadora y asistencial.
- Definir materias específicas en el Plan de Estudios de Grado de Medicina.
- Participar en las materias troncales y obligatorias afines de los Graduados de Ciencias de la Salud: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Enfermería, Podología y otras titulaciones de la Salud, a la vez que se desarrollan materias optativas y de libre elección.
- Favorecer la integración en todas las titulaciones de la Salud, a la par que se promociona el perfil adecuado de cada profesor en cada materia.
- Participar en los Postgrados clásicos (títulos propios) y Master clásicos.
- Prioritariamente, estimular la consolidación y participar en Postgrados Oficiales (Master y Doctorados).
- Fomentar la investigación básica y aplicada.
- Expresar el conocimiento científico en revistas de impacto, a la vez que se continúan apoyando la transformación de la revista Rehabilitación en una revista con estas características.
- Promover la integración en la legislación específica de la figura del especialista en Medicina Física & Rehabilitación, p.e. en la legislación que define los recursos humanos de la atención domiciliaria o en la aplicación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, entre otras.
- Favorecer el desarrollo de la especialidad en el ámbito extra-hospitalario: atención en el domicilio, tele-asistencia, atención primaria, centros de especialidades, residencias de ancianos, centros de día, mutuas, fundaciones, asociaciones de familiares, etc.
- Establecer, desde la Comisión Nacional de la Especialidad y Asociaciones profesionales, un Observatorio Ocupacional de Medicina Física & Rehabilitación de ámbito nacional
- Continuar potenciando las relaciones institucionales con organismos e instituciones en España, Europa, Latinoamérica y resto del mundo.
- Estimular el empleo de un código de ética en todas las intervenciones.
- Implementar políticas adecuadas de marketing que nos acerquen a la Sociedad.
- Defender la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación contra el intrusismo en competencias propias del quehacer médico, tanto a nivel europeo, nacional y autonómico como en todas las instancias.
- Promocionar la Medicina Física & Rehabilitación en España y desde España.



El futuro ya es presente. La convergencia europea es un hecho real que cambia el sistema universitario español y la realidad social. Sea útil todo ello a título de sugerencia, reflexión y continua participación activa y constructiva de todos los médicos rehabilitadores, de nuestros colegas médicos de Radiología y de otras especialidades médicas, así como de todos aquellos profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar con vocación de realizar una atención holística, integral, armónica y coordinada.

Confiamos que, entre todos, se tomen las iniciativas y medidas oportunas para integrar determinados conocimientos médicos de nuestra especialidad en el nuevo Grado de Medicina a efectos de fomentar la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, a la par que se continúa favoreciendo la presencia de profesionales de Medicina Física & Rehabilitación en las titulaciones universitarias de Grado y Postgrado Oficiales, relacionadas con nuestro modelo profesional de función, autonomía personal, salud y calidad de vida. Para ello, consideramos oportuno continuar defendiendo con argumentos la creación de un área específica de conocimiento que garantice una adecuada implementación del Paradigma Social de Salud en los medios hospitalario y extrahospitalario y la atención integral e interdisciplinar equilibrada de la persona con diversidad funcional.



CONCLUSIONES APROBADAS POR UNANIMIDAD EN LA REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE PROFESORES UNIVERSITARIOS DE RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA (APURF) CELEBRADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE GALICIA (LA CORUÑA) EL 29 Y 30 DE JUNIO DE 2007.

COMPETENCIAS DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACION

CONCEPTO DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACION (MF&R)

Según la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) la MF&R es una especialidad médica independiente que concierne a la promoción del funcionamiento físico y cognitivo, de las actividades (incluyendo la conducta), la participación (incluyendo la calidad de vida) y la modificación de los factores personales y del entorno. Es responsable de la prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo rehabilitador de las personas con condiciones médicas discapacitantes y comorbilidad a lo largo de todas las edades.

La MF&R tienen una aproximación holística a las personas con condiciones agudas y crónicas ejemplo de las cuales son las amputaciones, las alteraciones neurológicas, musculoesqueléticas, alteración de órganos pélvicos, insuficiencia cardiorrespiratoria y la discapacidad debida, entre otros muchos, a cáncer y dolor, entre otros.

La MF&R trabaja en varios niveles asistenciales, desde las unidades de atención aguda, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Utiliza herramientas de valoración diagnóstica específicas y lleva a cabo tratamientos que incluyen intervenciones farmacológicas, físicas, técnicas, educativas y vocacionales.

Para la UEMS, la formación integral del especialista en MF&R lo convierte en el profesional idóneo para responsabilizarse del equipo multi-interdisciplinar a efectos de conseguir los resultados óptimos.

La dinámica de este paradigma, que lo diferencia de otras especialidades, evoluciona desde la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1980 acerca del Déficit, Discapacidad y Minusvalía (CIDDDM) y



confluye en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) de 2001 sobre Discapacidad, Actividad y Participación.

LA MF&R EN LA UNIVERSIDAD ESPAÑOLA

Los 142 profesores que forman parte de la Asociación de Profesores Universitarios de Medicina Física y Rehabilitación (APUMEFYR) están repartidos en 30 universidades españolas y distribuidos en 6 áreas de conocimiento (Radiología y Medicina Física, Medicina, Fisioterapia, Educación Física y Deportiva, Ciencias Morfológicas, Enfermería), impartiendo materias que le son propias en las titulaciones universitarias de Medicina, Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y otras titulaciones de Ciencias de la Salud (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Odontología, Podología, entre otras).

Menos del 30% de estos profesores están adscritos al área de Radiología y Medicina Física.

APUMEFYR nació con el objetivo de homogeneizar y desarrollar la proyección y contenidos de la MF&R en la Universidad Española, asimilándolos progresivamente a las directrices emanadas por la OMS, la ONU, y la UEMS, en su sección de Medicina Física y Rehabilitación, en relación con la necesidad de transmitir los conocimientos básicos de la MF&R a todos los sectores con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la equidad del sistema sanitario.

Considerando que en la reunión de la Asociación de Profesores de Radiología y Medicina Física (APURF) celebrada en el El Paular en marzo de 1987, se especificaba que *“la enseñanza de la MF&R está absolutamente separada estructuralmente y docentemente de la radiología”* y se acordaba que *“la Rehabilitación y Medicina Física debería ser tratada independientemente como materias troncales”*, hay que señalar que la situación persiste en muchas universidades veinte años después, por lo que la APURF:

- 1.- Ratifica que la Rehabilitación y Medicina Física debe de tener la consideración de materia troncal independiente en la titulación de Medicina.
- 2.- Para ello solicitamos la creación de dos Sub-bloques diferentes en el Libro Blanco de la titulación de Medicina: uno de Radiología y otro de Medicina Física y Rehabilitación.



3.- Se debe modificar y actualizar el contenido docente de MF&R sobre la base de la política establecida por la OMS, por el Consejo de Europa y basándose en la evidencia científica disponible en la actualidad.

4.- La terminología utilizada en el descriptor de las materias de MF&R del Libro Blanco de la titulación de Medicina deben adaptarse a la normativa de la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF 2001) por lo que se solicita el cambio por el siguiente descriptor de MF&R : *“Conocer los Fundamentos de la Rehabilitación, de la promoción de la autonomía personal y de la adaptación funcional del/ al entorno en la diversidad funcional y de los procedimientos de la Medicina Física en la morbilidad, para la mejora de la calidad de vida del ciudadano”.*

5.- Considerando que los Profesores Universitarios de MF&R se comprometen a homogeneizar los contenidos y competencias de forma constructiva desde las diversas áreas de conocimiento en las que están integrados, la APURF apoya la creación de un área de conocimiento de Medicina Física y Rehabilitación.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LA MF&R PARA EL GRADO DE MEDICINA

Se proponen las siguientes líneas generales como competencias específicas para el **Sub-bloque de Medicina Física & Rehabilitación del Grado de Medicina:**

SABER (Conocimientos):

1.-Reconocer, Diagnosticar y Orientar el manejo de la Diversidad Funcional (Discapacidad y/o Dependencia):

- Reconocer los niveles de discapacidad/dependencia en el marco de los diferentes procesos patológicos y en todas las edades de la vida.
- Conocer los métodos de valoración de la discapacidad y del daño corporal
- Conocer las bases del funcionamiento general del equipo multi-interdisciplinar
- Orientar el manejo de las técnicas básicas utilizadas en la valoración, prevención y rehabilitación de la persona con diversidad funcional basándose en la metodología investigadora y en la evidencia científica.



- Utilizar el movimiento, la actividad física y ocupacional como prevención y tratamiento en diferentes fases de los procesos patológicos, así como herramientas de promoción de la salud, en el contexto interdisciplinar de la atención integral del ciudadano.
- Diagnosticar los trastornos de la posición, movilidad, sensibilidad y dolor, marcha y equilibrio de diferentes etiologías y orientar su manejo desde la atención primaria.
- Conocer las bases de la accesibilidad ambiental para personas con discapacidad física.

2.- Sólo conocer y comprender:

- Conocer y comprender el uso terapéutico de los agentes físicos no ionizantes a lo largo de las diferentes fases de los procesos patológicos (cinesiterapia, termoterapia, electroterapia, vibroterapia, laserterapia, entre otras).
- Conocer y comprender la indicación de ayudas técnicas básicas para la marcha, así como de los dispositivos especiales para las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales.
- Conocer y comprender la indicación de las principales ortesis de tronco y extremidades, sistemas de sedestación y bipedestación.
- Conocer y comprender la indicación y manejo de prótesis en personas amputadas.
- Conocer cómo se redacta una orden de tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación.

SABER HACER (Habilidades):

1.- Rutinariamente y sin supervisión

- Utilizar escalas de valoración funcional básicas en los diferentes procesos patológicos, que permitan al médico, desde cualquier nivel de salud, detectar precozmente la disfunción, la alteración de la actividad y de la participación social, advirtiendo la necesidad de aplicar medidas que eviten la discapacidad secundaria.
- Aplicar dispositivos de marcha básicos (bastón, bastones ingleses, muletas canadienses, etc.)
- Asesorar en la generalidad a los pacientes, familiares y cuidadores en los siguientes procesos: dolor vertebral de origen mecánico, hombro



doloroso de diversas etiologías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y síndrome de inmovilización prolongada.

2.- Practicar bajo supervisión de un tutor docente médico rehabilitador:

- Ejercitar la prescripción de indicaciones clínicas de técnicas rehabilitadoras básicas utilizadas en la prevención primaria o secundaria de la discapacidad en Atención Primaria de Salud.

3.- Presenciar la práctica clínica del médico rehabilitador:

- Asistir a la práctica de técnicas específicas de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación para el abordaje íntegro y multidisciplinar de pacientes con discapacidad que requieren continuación de cuidados en el nivel primario de salud (personas con lesión medular, con amputaciones, con daño cerebral adquirido, niños con parálisis cerebral infantil, alteraciones: del suelo pélvico, de la columna vertebral y de los miembros, traumatismos craneoencefálicos, malformaciones congénitas, secuelas neuroquirúrgicas y oncológicas, etc.).

HACER (Aptitudes):

1.- Implementar el Paradigma Social de Salud y conocer el tradicional Paradigma Clásico de Salud.

2.- Aplicar el Modelo profesional médico diagnóstico-terapéutico de función y calidad de vida en respuesta a las necesidades derivadas de la diversidad funcional del individuo en sociedad y en un modelo de atención integral e interdisciplinar del ciudadano con discapacidad y dependencia.

CONSIDERACIONES FINALES EN TORNO AL LIBRO BLANCO DE GRADO DE FISIOTERAPIA

El libro Blanco de Grado de Fisioterapia de la ANECA integra competencias exclusivamente médicas tales como el diagnóstico, la prescripción terapéutica, la valoración de constantes biológicas, la realización de pruebas de capacidad funcional, capacidad vital y electrofisiológicas y el alta del paciente, entre otras múltiples consideraciones de rango menor.



Si se aplicara esta doctrina, se afectará muy seriamente el normal funcionamiento y desarrollo de los sistemas sanitarios públicos y privados perjudicando notablemente los procesos médicos y la atención integral e interdisciplinar del paciente. En nuestra opinión, se alterará el desarrollo habitual y jurídicamente legal de especialidades médicas tales como Neumología, Cardiología, Otorrinolaringología y, sobretodo, Medicina de Familia, Neurofisiología y todas las especialidades médicas de Aparato Neurolocomotor: Traumatología y Cirugía Ortopédica, Reumatología, Neurología y Medicina Física & Rehabilitación, en especial de aquellas especialidades que asumen las competencias médicas propias de la atención a la diversidad funcional (discapacidad y/o dependencia) en la atención primaria y especializada de salud.

Sería adecuado que se retiraran todas las competencias médicas del Libro Blanco de Fisioterapia de la ANECA y que no se tengan en consideración las de cualquier otro documento que supongan intrusión en la profesión médica, documento ajeno a los colegios de médicos o que no sea fruto de amplios consensos con los responsables e implicados del ámbito profesional adscrito funcionalmente al Ministerio de Sanidad. La Fisioterapia es una profesión sanitaria con un rol perfectamente establecido y definido en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y en el Estatuto de Personal no funcionario, entre otros, con competencias que giran en torno "*al uso terapéutico de agentes y medios físicos*". No es una especialidad médica, ni una profesión médica, por lo que no debería asumir competencias ajenas en beneficio fundamentalmente del paciente, nuestro último referente de actuación.

En este contexto, el Ministerio de Educación y Ciencias y la ANECA deberían retirar la consideración de referencia de aquellos libros blancos –como el de Fisioterapia- u otros informes, ajenos a la realidad socio-sanitaria vigente, en el futuro e inminente Real Decreto por el que se establecerá la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales.

LÍNEAS GENERALES DE MEDICINA FÍSICA & REHABILITACIÓN PARA EL SIGLO XXI

- o Fundamentar la aplicación de la especialidad desde un modelo profesional que sea definitorio, un modelo médico orgánicista miotendinoso diagnóstico-terapéutico de función, autonomía personal, adaptación al entorno y calidad de vida en respuesta a la diversidad funcional.



- Incrementar la participación activa en las tareas de asistencia, docencia, investigación y gestión.
- Crear un área de conocimiento específica a efectos de favorecer el desarrollo adecuado universitario y su traducción a la mejora de la calidad docente, investigadora y asistencial.
- Definir materias específicas en el Plan de Estudios de Grado de Medicina.
- Participar en las materias troncales y obligatorias afines de los Graduados de Ciencias de la Salud: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia, Enfermería, Podología y otras titulaciones de la Salud, a la vez que se desarrollan materias optativas y de libre elección.
- Favorecer la integración en todas las titulaciones de la Salud, a la par que se promociona el perfil adecuado de cada profesor en cada materia.
- Participar en los Postgrados clásicos (títulos propios) y Master clásicos.
- Prioritariamente, estimular la consolidación y participar en Postgrados Oficiales (Master y Doctorados).
- Fomentar la investigación básica y aplicada.
- Expresar el conocimiento científico en revistas de impacto, a la vez que se continúan apoyando la transformación de la revista Rehabilitación en una revista con estas características.
- Promover la integración en la legislación específica de la figura del especialista en Medicina Física & Rehabilitación, p.e. en la legislación que define los recursos humanos de la atención domiciliaria o en la aplicación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, entre otras.
- Favorecer el desarrollo de la especialidad en el ámbito extra-hospitalario: atención en el domicilio, tele-asistencia, atención primaria, centros de especialidades, residencias de ancianos, centros de día, mutuas, fundaciones, asociaciones de familiares, etc.
- Establecer, desde la Comisión Nacional de la Especialidad y Asociaciones profesionales, un Observatorio Ocupacional de Medicina Física & Rehabilitación de ámbito nacional
- Continuar potenciando las relaciones institucionales con organismos e instituciones en España, Europa, Latinoamérica y resto del mundo.
- Estimular el empleo de un código de ética en todas las intervenciones.
- Implementar políticas adecuadas de marketing que nos acerquen a la Sociedad.
- Defender la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación contra el intrusismo en competencias propias del quehacer médico, tanto a nivel europeo, nacional y autonómico como en todas las instancias.
- Promocionar la Medicina Física & Rehabilitación en España y desde España.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Salinas Sánchez I. Los Departamentos de Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2007; 41(2): 51-2
- 2.- Santandreu Jiménez ME. Los Profesores de Rehabilitación y Medicina Física. *Rehabilitación (Madr)* 2006: 40(1): 3-5
- 3.- Santos del Riego S. Espacio Europeo de Educación Superior y Medicina Física y Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* (ISSN 0048-7120), 2005; 39(3):141
- 4.- Rodríguez Rodríguez LP. Docencia en Medicina Física y Rehabilitación en Pregrado y Postgrado. *Rehabilitación (Madr)* 2003; 37(1):39-70.
- 5.- Conferencia Nacional de Decanos de Medicina Libro Blanco de Grado de Medicina. Madrid: Agencia Nacional de la Calidad y la Acreditación (ANECA); 2004.
- 6.- Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Fisioterapia Libro Blanco de Grado de Fisioterapia. Madrid: Agencia Nacional de la Calidad y la Acreditación (ANECA); 2003.
- 7.- Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional Libro Blanco de Grado de Terapia Ocupacional. Madrid: Agencia Nacional de la Calidad y la Acreditación (ANECA); 2005.
- 8.- Libro Blanco de Terapia Ocupacional de la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional (CNDEUTO). Zaragoza: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza; 2004.
- 9.- Libros Blancos de Grado: Logopedia, Enfermería. ANECA.
- 10.- Orden SCO/1261/2007 de 13 de abril por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Medicina Física & Rehabilitación. BOE 110 del 8 Mayo 2007 (19873-19880).
- 11.- Libro Blanco de Medicina Física & Rehabilitación en Europa (versión en inglés). Publicado por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), sección de Medicina Física & Rehabilitación. *EUROPA MEDICOPHYSICA. Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, Vol 42 N° 4 Dec 2006.
- 12.- Manual de Competencias de la especialidad de Medicina Física & Rehabilitación, Servicio Andaluz de Salud, 2006.
- 13.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- 14.- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- 15.- Climent Barberá, J.M..Cambio de siglo, cambio de paradigma: hacia la medicina musculoesquelética [Editorial]. *Rehabilitación* 2002; 36(5):253-255.
- 16.- Climent Barberá, J.M. Rehabilitación y división del trabajo [Editorial]. *Rehabilitación* 1997; 31(5): 335-337