



Competencias Fisioterapia versus Medicina Física

Bases legales/jurídicas de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación

En España, para ejercer nuestra profesión, existe el título oficial de Médico Especialista en Rehabilitación publicado en el BOE de 19 de julio de 1969. Esta especialidad fue ratificada por el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades Médicas.

Después de la Ley de Reforma Universitaria, con el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. El Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, actualiza la regulación de la formación médica especializada.

A posteriori, de acuerdo con las normativas europeas e internacionales, la especialidad pasa a denominarse *“Medicina Física y Rehabilitación”*.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios que determina al especialista en Medicina Física y Rehabilitación como responsable de cualquier centro destinado a la Rehabilitación.

Recientemente, la Orden SCO/1261/2007, de 13 de abril, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación (BOE de 8 de mayo de 2007).

Sobre la Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta.

1.- Convendría diferenciar lo que debería ser un “espíritu de la OM” concreto y fácilmente identificable en un texto articulado, único y claro con una finalidad en sí, de la *“laxitud”* excesiva, imprecisa y expansiva con la que se desarrolla el texto presente, lo que facilitarían interpretaciones que podrían tener una inminente y muy diversa trascendencia en el medio asistencial para todos los profesionales implicados (a los que no se ha consultado sobre esta redacción).

2.- De entrada, el desarrollo de la OM parece correcto pero una lectura detallada permite detectar ciertas “disfunciones” que contrarían específicamente lo establecido en el punto 1 del apartado 1 del Anexo de la OM en el que se señala que la denominación del Grado *“en ningún caso, podrá conducir a error de confusión sobre sus efectos profesionales”*. Esto es, se



establece este principio como base legal para luego hacer un desarrollo que conduce indefectiblemente a error y confusión en el rol de los diversos profesionales de la discapacidad.

3.- Son positivas las referencias al equipo multidisciplinar/interdisciplinar y a la atención integral. Sin embargo, la uniprofesionalidad referida en el ámbito de la discapacidad parece una expresión desafortunada en el contexto sanitario, socio-sanitario y social actual.

4.- A este respecto, es necesario recordar que en el marco legal vigente, son funciones específicas del facultativo: la exploración, el diagnóstico, la prescripción de tratamiento y la valoración de su eficacia y pronóstico, así como el alta. Existiría jurisprudencia al respecto, en concreto sentencias del Tribunal Supremo, que un adecuado asesoramiento jurídico podría aseverar. Ciertamente, en la OM se establece un proceso similar referido, se entiende que exclusivamente, a cuidados específicos de la profesión (objetivos, diseño, dirección, ejecución, evaluación de la evolución y alta,...la profesión referenciada) del que derivarán de forma inminente no pocos interrogantes en el funcionamiento de los equipos multiprofesionales en el entorno asistencial hospitalario y extrahospitalario.

5.- Teniendo en consideración estas funciones específicas del médico y que la OM especifica que el título de Grado no podrá conducir a error o confusión sobre sus efectos profesionales, existen numerosas referencias en el texto que vulneran por un lado lo escrito en la propia OM y fomentan la “legalización” de un profesional con un rol similar al del especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Se señalan algunas a modo de ejemplo:

5.1.- Las referencias “valoración diagnóstica” (punto 6 del Apartado 3 del Anexo de la OM) y “diagnóstico de cuidados” (competencias que al alumno debe adquirir en especialidades clínicas) no deberían figurar en la OM, pues señalan una competencia específica del médico.

5.2.- Por igual motivo, la decisión del alta le corresponde al médico prescriptor, quien debe elaborar un Informe de Alta, que es único, y al que pueden ser añadidos apartados relativos a “otros cuidados de otros profesionales”,...etc. bajo un epígrafe específico, pero que legalmente debe firmar el médico responsable de dicho informe. Cualquier otra fórmula no se ajustaría a la legalidad vigente.

5.3.- El término identificar (según la RAE “Reconocer si una persona o cosa es la misma que se supone o se busca.”) es confuso, pues permitiría la interpretación por alusión de una validación de un diagnóstico o pauta de tratamiento que ha sido elaborada o prescrita por otro (siempre médico).



5.4.- Otros términos como diseñar, dirigir o coordinar son funciones específicas del facultativo, por lo que la mención de estas actividades en la profesión específica sólo puede crear situaciones de confusión.

5.5.- Evaluar (según la R.A.E.: “Estimar, apreciar, calcular el valor de algo”) la evolución de los resultados, conceptualmente es menos “invasivo” y fácilmente asimilable a la práctica habitual...(ej.: una enfermera puede evaluar la supuesta eficacia de un tratamiento antibiótico por la ausencia de fiebre sin antitérmicos, pero la confirmación de dicha eficacia es propia del médico utilizando los medios que considere oportunos)

5.6.- Respecto al tema manipulativo, osteópata y quiropráctico, resulta más difícil posicionarse desde el punto de vista médico-legal. En primer lugar, debe especificarse si es una técnica validada (AVALIA-T, Axencia de Valoración de Tecnoloxías Sanitarias no se ha pronunciado de forma favorable al respecto en Galicia). Asumiendo que se trate de una técnica validada, y utilizando la referencia de países donde existe legislación al respecto y son titulaciones específicas (p.ej., en USA y Australia), se coincide con varios profesores médicos rehabilitadores en que es indiscutible la necesidad de una especialización.

6.- La inclusión de la valoración funcional, psicológica y social, así como las menciones de las dimensiones familiar y social son más apropiadas para un planteamiento de equipo multiprofesional y de Rehabilitación médica que como competencias uniprofesionales, debiendo ser desarrolladas por los profesionales específicos.

7.- No parece procedente incluir el concepto de procedimientos en.....y Rehabilitación Física en un texto legal específico, expresión sobre la que se intentará justificar adquirir competencias de ecografía, rehabilitación cardio-respiratoria y con una expresión abierta a cualquier procedimiento que les pueda ser de interés. Con esta apertura legal, todo es posible cuando sea menester.

8.- Respecto al tema de la violencia de género, el tratamiento fisioterápico de los traumatismos derivados de este delito no difieren de aquellos traumatismo generados por otras etiologías, y los aspectos psicológicos deberían ser reservados a otros profesionales con conocimientos y competencias específicas a este respecto, léase Psicólogos, Trabajadores Sociales y/o Terapeutas Ocupacionales. Entendemos que se ha incluido con intención de proyección mediática y en respuesta argumentada a la inclusión de derechos fundamentales del ser humano reconocidos en el RD 1393/2007, sobre ordenación de enseñanzas universitarias oficiales. También se incluye el conocimiento de los fundamentos de la Ergoterapia (sinónimo de Terapia Ocupacional) y de otras terapias afines, si bien estos temas no afectan directamente a la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.



9.- El electrodiagnóstico (integrado en la electrofisiología) es una competencia del neurofisiólogo clínico.

10.- En la OM quedan manifiestas las intenciones de aplicar "lo legal" en el mundo asistencial, "en un contexto social cambiante" y reiteran la necesidad de establecer estas "competencias en la profesión", algo que con la OM en la mano es un hecho presente y real que se ha hecho sólo con la colaboración de las Sociedades relacionadas directamente con el texto legal (Conferencia Nacional de Centros Universitarios, Consejo General de Colegios) y al margen de otros implicados, entre otros, la SERMEF.

11.- Otros aspectos de menor entidad.

Sería interesante que el colectivo de Medicina Física y Rehabilitación fuera asesorado convenientemente desde el punto de vista médico-legal y que la respuesta de la OMC de España y de los colegios de médicos autonómicos y provinciales fuera adecuada, así como de las Sociedades Científicas (SERMEF y FACME).

Considerandos que requieren solución concreta por Autoridades del Estado

1.- Debatir y clarificar donde debe acabar el rol profesional competencial de la Fisioterapia y donde debe comenzar el de Medicina Física (Fisiatría), a efectos de garantizar un equilibrio del equipo interdisciplinar en la organización asistencial y una adecuada atención a la persona con discapacidad/dependencia tanto en la Atención Primaria como en la Atención Hospitalaria. La Fisioterapia no es una especialidad médica, no es sinónimo de Fisiatría y no debe asumir con su formación toda la atención del paciente crónico, al menos no en lo que concierne a los aspectos diagnóstico-terapéuticos propios de la Medicina. La Medicina Física y Rehabilitación es una especialidad médica consolidada en Europa y el mundo que, a título de ejemplo, desarrolla sus competencias en 21 de 25 países europeos.

2.- Debatir y clarificar la formación competencial universitaria de los Grados en Fisioterapia, derivada de la aplicación de la OM de Fisioterapia. En el proceso de la Convergencia Europea universitaria se han realizado unos magníficos y argumentados Libros Blancos. Sin embargo, las competencias no han sido consensuadas entre las diversas Conferencias Nacionales de Decanos y Directores de Escuelas Universitarias del ámbito de salud, ni con otras Sociedades Universitarias, Científicas y Profesionales (Colegios) de alguna forma implicadas, ya que el trabajo multi/interdisciplinar es la base de la atención de la persona



con discapacidad/dependencia. En cualquier caso, esta propuesta no pretende limitar la progresión y convergencia de las competencias del Grado en Fisioterapia en parámetros europeos, sino clarificar a todos los niveles el contenido conceptual de la Fisioterapia versus la Medicina Física (Fisiatría), así como las implicaciones profesionales y universitarias derivadas de la falta de matización y desajuste de un proceso universitario convergente posiblemente precipitado y escasamente consensuado.

3.- Proponer establecer diferentes niveles de exigencia competencial, tal y como se expresa en el Marco Europeo de Cualificaciones para titulaciones universitarias y profesiones, aún no implementado en España.

4.- Otras posibilidades a añadir por cualquier socio de nuestro grupo de interés.

Para ello, se solicita que la OM sea adecuadamente matizada en el ámbito jurídico y en el contexto expresado y la creación de marcos de consenso en los que participen todos los Colegios y las Sociedades Científicas y Profesionales del ámbito de Salud, auspiciados desde los Ministerios, así como el establecimiento de una coordinación equilibrada por las autoridades sanitarias y universitarias que respeten las perspectivas de futuro y los roles profesionales de todos los miembros del equipo multi/interdisciplinar de atención a las personas con discapacidad/dependencia.

Seguimos trabajando para construir un modelo interdisciplinar más adecuado desde la vertiente docente, investigadora y gestora de la universidad, empleando argumentos, desde el respeto y la ética constructiva, e intentando modular y reeditar una nueva *“autoritas”* en la proyección universitaria y, por extensión, profesional del especialista en Medicina Física y Rehabilitación.