

Entendemos por acceso directo como la consulta directa del paciente o usuario al fisioterapeuta, el cual realiza un examen de clasificación y selección en base a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Es este un proceso diagnóstico de competencia para muchos de los fisioterapeutas del mundo y que en España se desarrolla en la práctica de muchos profesionales pero que no se ha asumido en la formación de los mismos.

Es este un asunto de calado y supone el reconocimiento hacia la figura del fisioterapeuta en base a su formación. Tal formación propiciaría el que cualquier persona que piense que pueda ser susceptible de atención fisioterápica para solucionar algún problema de salud, para recibir algún programa de prevención o promoción de salud, o simplemente para recibir consejo, lo podría hacer sin intermediación de otro profesional sanitario.

La atención directa de fisioterapia existe *de facto* en nuestro país. Suponemos que los fisioterapeutas que atienden así a los pacientes habrán de tener la preparación suficiente para discriminar si procede o no la fisioterapia, si es necesario una exploración complementaria o si deben derivar al paciente a otro profesional, generalmente un médico, ante sospecha o certeza de la necesidad de su intervención, bien para elaborar un diagnóstico de otra naturaleza, para descartar patologías o para iniciar un tratamiento ajeno al de la competencia del fisioterapeuta.

Esta situación no debe admitir especulación. Para dirigirnos a la atención directa se debe aceptar la exigencia en la formación, que debe posibilitar lo que apuntamos en el párrafo anterior. Cualquier pretensión de que el acceso directo exista *de derecho* debe basarse en el reconocimiento de esta premisa. La formación en **diagnóstico diferencial** mediante pruebas físicas, la interpretación de pruebas complementarias o el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, tienen que asumirse como elementos indispensables de la formación de cualquier fisioterapeuta, pero aún más ante la asunción de un mayor grado de responsabilidad sobre nuestros pacientes.

Los fisioterapeutas hemos sido formados tradicionalmente, al menos en España, para, a partir de un diagnóstico médico, trazar un plan de tratamiento en el mejor de los casos, cuando no se ha inculcado la cultura de la dependencia de otros profesionales para seguir sus indicaciones terapéuticas. Esto ha supuesto en muchos casos un **desarme terapéutico, diagnóstico y pronóstico** que ha complicado la atención en consulta privada y en entornos donde no se ponen trabas a la labor autónoma del fisioterapeuta (Atención Primaria, sociedades y equipos deportivos, centros educativos, etc.). Siguiendo a Meadows (1), el fisioterapeuta debe fundamentar su actuación en el diagnóstico diferencial, independientemente de la normas sobre la capacidad y el

derecho a hacer tal diagnóstico, si lo que pretendemos es tratar adecuadamente a nuestros pacientes. Porque de otra manera no sería posible "tratar a un paciente de forma eficaz, efectiva e incluso ética".

El marco surgido del Proceso de Bolonia, con la expansión del contenido curricular, ha de suponer una mayor y mejor preparación del fisioterapeuta, adaptado a las necesidades sociales. Con ese antecedente se posibilitará la adopción de nuevas competencias y la mejora de otras. Más allá de los deseos, las universidades y demás centros de formación, los colegios profesionales y sociedades científicas y los propios fisioterapeutas habrán de implicarse en ese camino para conseguir una mejora en la fisioterapia que se ofrece a la sociedad.

Bibliografía

1. Meadows JT(2000). Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Introducción, pag. xxi. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.