

## Competencias y regulación para prescripción suplementaria en Kinesiología: revisión de alcance y contraste internacional

### Competencies and Regulation for Supplementary Prescribing in Physical Therapy in Chile: A Scoping Review and International Comparison

**Fecha de recepción:**  
13 de octubre de 2025

**Fecha de aprobación:**  
30 de enero de 2026



<https://arks.org/ark:32153/rmfsn22v526a8>

#### Marco Antonio Morales Osorio

Chile  
Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

[marco.morales@uss.cl](mailto:marco.morales@uss.cl)

<https://orcid.org/0000-0001-5227-7755>

#### Natalia Andrea Jeria López

Chile  
Escuela de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

[njerial@correo.uss.cl](mailto:njerial@correo.uss.cl)

<https://orcid.org/0009-0002-7968-4590>

#### Consthanza Alondra Corante Rebolledo

Chile  
Escuela de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida, Universidad San Sebastián,

[ccoranter@correo.uss.cl](mailto:ccoranter@correo.uss.cl)

<https://orcid.org/0009-0008-3974-6535>

#### Guillermo Andrés Astudillo Figueroa

Chile  
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

[gastudillof1@correo.uss.cl](mailto:gastudillof1@correo.uss.cl)

<https://orcid.org/0009-0005-0571-6416>

#### Ivonne Brevis Urrutia

Chile  
Medicina. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

[ivonne.Brevis@uss.cl](mailto:ivonne.Brevis@uss.cl)

<https://orcid.org/0009-0009-8908-280X>

#### Marcela Pezanni Valenzuela

Chile  
Escuela de Química y Farmacia. Facultad de Ciencias. Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

[marcela.pezzani@uss.cl](mailto:marcela.pezzani@uss.cl)

<https://orcid.org/0000-0001-8667-9517>

#### Marcela Andrea Antúnez Riveros

Chile  
Presidenta, Colegio de Kinesiólogos de Chile.

[marcela.antunez@uchile.cl](mailto:marcela.antunez@uchile.cl)

<https://orcid.org/0000-0002-2822-4378>

#### Pierinna Gallardo Inostroza

Chile  
Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile

[pierinna.gallardo@minsal.cl](mailto:pierinna.gallardo@minsal.cl)

<https://orcid.org/0009-0003-4728-2869>

## Resumen

**Resumen— Introducción:** La prescripción suplementaria (PS) por profesionales no médicos es una estrategia global para mejorar la accesibilidad y continuidad asistencial, aunque su implementación varía según marcos regulatorios locales.

**Objetivo:** Identificar y describir las competencias y condiciones habilitantes para la prescripción suplementaria en Kinesiología en Chile, y compararlas con los marcos regulatorios y formativos internacionales reportados entre 2000 y 2025. **Métodos:** Revisión de alcance (PRISMA-ScR) en PubMed, Scopus, Web of Science, ERIC, SciELO y Google Scholar (2000–2025), incluyendo literatura gris. Se analizaron documentos sobre competencias, regulación y seguridad en español, inglés y portugués. **Resultados:** Se incluyeron 46 documentos (27 de Chile, 19 internacionales). Mientras los modelos de Reino Unido, Australia, Canadá y Brasil convergen en formación posgradual acreditada, regulación explícita y sistemas de farmacovigilancia, en Chile la normativa vigente no habilita la PS. Los programas formativos chilenos mostraron cobertura limitada en dominios críticos como gestión clínica del medicamento (37,0 %) y legislación sanitaria (0,0 %). **Conclusiones:** Existe una brecha significativa entre la formación de pregrado en Chile y los estándares internacionales para la PS. La implementación segura requiere desarrollar marcos regulatorios específicos y programas de capacitación avanzada.

**Palabras clave—** *Prescripción suplementaria, fisioterapia, prescripción no médica, competencias, regulación profesional, farmacovigilancia, Chile, revisión de alcance, PRISMA-ScR.*

## Abstract

**Abstract— Introduction:** Supplementary prescribing (SP) by non-medical professionals is a global strategy aimed at improving accessibility and continuity of care, although its implementation varies according to local regulatory frameworks. **Objective:** To identify and describe the competencies and enabling conditions required for supplementary prescribing in Physical Therapy in Chile, and to compare them with international regulatory and educational frameworks reported between 2000 and 2025. **Methods:** A scoping review (PRISMA-ScR) was conducted in PubMed, Scopus, Web of Science, ERIC, SciELO, and Google Scholar (2000–2025), including grey literature. Documents addressing competencies, regulation, and safety were analyzed in Spanish, English, and Portuguese. **Results:** Forty-six documents were included (27 from Chile, 19 international). While regulatory models in the United Kingdom, Australia, Canada, and Brazil converge on accredited postgraduate training, explicit regulation, and pharmacovigilance systems, current Chilean legislation does not authorize SP. Chilean educational programs demonstrated limited coverage in critical domains such as clinical medication management (37.0%) and health legislation (0.0%). **Conclusions:** A substantial gap exists between undergraduate training in Chile and international standards for SP. Safe implementation requires the development of specific regulatory frameworks and advanced training programs.

**Keywords—** *Supplementary prescribing, physiotherapy, non-medical prescribing, competencies, professional regulation, pharmacovigilance, Chile, scoping review, PRISMA-ScR.*

## 1. - INTRODUCCIÓN

Organismos internacionales como la OMS y la OCDE recomiendan expandir las competencias avanzadas en Atención Primaria para enfrentar la escasez de médicos generalistas y la creciente carga de cronicidad.<sup>1-9</sup> En este contexto, la prescripción por profesionales no médicos, en sus modalidades independiente y suplementaria, se ha implementado en diversos sistemas sanitarios para mejorar el acceso, la continuidad asistencial y la eficiencia del uso de recursos.<sup>1-3</sup> Específicamente, la prescripción

suplementaria se ejerce dentro de un plan terapéutico acordado con un prescriptor independiente, bajo protocolos de manejo clínico, con un vademécum acotado y sistemas de documentación compartida.<sup>6-12</sup>

Diversas naciones han consolidado marcos regulatorios que respaldan estas atribuciones. Países como Reino Unido y Australia poseen modelos maduros con formación acreditada y estricta gobernanza.<sup>11-13</sup> En América Latina, la reciente Resolución COFFITO N° 735/2024 habilitó la prescripción por fisioterapeutas en Brasil, condicionada a especialización y práctica supervisada.<sup>10</sup> En contraste, en Chile, la Kinesiología no cuenta con atribuciones prescriptivas explícitas en la normativa sanitaria vigente (al 14 de junio de 2025). A pesar de que los profesionales ejercen funciones clínicas avanzadas, la falta de un marco legal específico genera incertidumbre sobre la seguridad jurídica y la calidad de la atención.

La implementación segura de la prescripción suplementaria requiere dominios críticos (farmacología clínica, legislación sanitaria y trazabilidad) que suelen exceder los objetivos de la formación de pregrado. En Chile no se dispone de una síntesis sistemática que integre, simultáneamente, (i) la cobertura curricular pública de estos dominios en programas de Kinesiología y (ii) los requisitos regulatorios y formativos reportados internacionalmente para habilitar la prescripción suplementaria con dispositivos de seguridad del paciente.

En consecuencia, este estudio mapea la evidencia regulatoria y formativa internacional y cuantifica la cobertura curricular nacional, con el fin de aportar insumos verificables para la discusión educativa y sanitaria. El objetivo fue identificar y describir las competencias y condiciones habilitantes para la prescripción suplementaria en Kinesiología en Chile, y compararlas con los marcos regulatorios y formativos internacionales reportados entre 2000 y 2025.

## 2. – OBJETIVOS Y PREGUNTAS

**Objetivo general:** Identificar y describir las competencias y condiciones habilitantes para la prescripción suplementaria en Kinesiología en Chile, y compararlas con los marcos regulatorios y formativos internacionales reportados entre 2000 y 2025.

### **Preguntas de revisión:**

1.- ¿Qué competencias clínicas y formativas se exigen para la PS?<sup>6-13</sup>

2.- ¿Qué requisitos regulatorios (registro y recertificación, límites de alcance, listas positivas) la habilitan?<sup>4-10</sup>

3.- ¿Qué mecanismos de seguridad y gobernanza (documentación, auditoría, farmacovigilancia) se implementan?<sup>11-14</sup>

4.- ¿En qué medida los programas chilenos cubren estos dominios?

### **3. - MÉTODOS**

La revisión siguió PRISMA-ScR y el JBI Manual for Evidence Synthesis.<sup>15,16</sup> No se registró protocolo prospectivo. Los materiales de apoyo (formulario de extracción, estrategias de búsqueda y matriz de datos) están disponibles para solicitud al autor de correspondencia.

#### **3.1. Marco conceptual**

La definición operativa de PS se alineó con marcos británico y australiano: prescripción por profesional no médico dentro de un plan acordado con prescriptor/a independiente, con protocolos, vademécum delimitado, documentación compartida y revisión periódica.<sup>4-</sup>

<sup>12</sup> Esta definición guió elegibilidad, extracción y síntesis.

#### **3.2. Estrategia de búsqueda**

Las búsquedas se realizaron entre el 10 y el 14 de junio de 2025 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, ERIC, SciELO y Google Scholar. El periodo de cobertura fue 2000–2025, incluyendo documentos en español, inglés y portugués. Se combinaron términos MeSH/DeCS y palabras clave según la sintaxis de cada base (ver Material Suplementario S1). ("Physical Therapists"[Mesh] OR physiotherap\* OR kinesiolog\*) AND ("Drug Prescriptions"[Mesh] OR prescrib\* OR "non-medical prescribing" OR "supplementary prescribing") AND (competenc\* OR education OR curriculum OR regulation OR "scope of practice"). Las cadenas completas por base y los parámetros se presentan en el Material suplementario S1.

La literatura gris incluyó HCPC, RPS, CSP, COFFITO, Physiotherapy Board of Australia/AHPRA, HPCSA, ministerios de salud y repositorios universitarios. Se efectuó búsqueda por citación hacia atrás y hacia adelante. La deduplicación se realizó en Zotero 6.0 por DOI/PMID y coincidencia título-autor-año. El cribado se efectuó en Rayyan en

modo ciego. Se introdujo una actualización menor preespecificada al incorporar España tras detectar normativa relevante en la búsqueda por citación y se ajustó la sintaxis de Scopus el 14-jun-2025.

### **3.3. Criterios de elegibilidad**

Se incluyeron documentos públicos 2000–2025 en es/en/pt que abordaran competencias y formación, regulación y alcance profesional o seguridad y trazabilidad para prescripción suplementaria en fisioterapia/kinesiología, además de planes curriculares chilenos. Se excluyeron duplicados, editoriales u opiniones sin base conceptual o empírica y fuentes con información insuficiente.

Definiciones operativas: Farmacología clínica aplicada: resultados de aprendizaje sobre farmacodinámica y farmacocinética, interacciones, ajuste posológico y monitorización por al menos 16 horas. Gestión del medicamento y trazabilidad: procesos de prescribir, dispensar, administrar, documentar y monitorear con protocolos explícitos. Ética prescriptiva: prescripción responsable, consentimiento informado y conflictos de interés. Legislación sanitaria aplicada: normativa de medicamentos, responsabilidad profesional y receta electrónica por al menos 8 horas.

Reglas para programas: Cuando existieron múltiples sedes por universidad se consideró un plan vigente; si coexistieron planes transitorios y vigentes se priorizó el vigente a la fecha de descarga entre marzo y junio de 2025. Se excluyeron sílabos no oficiales o sin trazabilidad.

### **3.4. Selección y extracción**

Dos revisores evaluaron de forma independiente títulos y resúmenes y luego texto completo. La concordancia fue kappa 0.74 y 0.81. El 8% de desacuerdos se resolvió por tercer revisor. Los motivos de exclusión a texto completo se presentan en el Material suplementario S1 (Tabla S1). La extracción utilizó un formulario estandarizado con país, año, tipo de fuente, dominio temático y elementos clave de formación, supervisión, evaluación por desempeño, límites de alcance, registro y recertificación, farmacovigilancia y documentación. El formulario se pilotó en 8 documentos y se refinó. La concordancia global entre extractores fue 88% en variables categóricas.

### **3.5. Síntesis**

Se aplicó síntesis numérica descriptiva y síntesis temática inductivo-deductiva según Braun

y Clarke, con apoyo de NVivo 14. Se realizó doble codificación en 20% del corpus con kappa 0.77. No se efectuó evaluación crítica del riesgo de sesgo, consistente con el propósito de una revisión de alcance. La consulta a actores, etapa opcional en JBI, no se realizó y se declara como futura línea de trabajo.

#### **4. – RESULTADOS**

Se identificaron 1.404 registros. Tras la deduplicación (n=1.078), se cribaron títulos y resúmenes (n=1.078), se evaluaron 168 textos completos y se incluyeron 46 documentos. El flujo completo se presenta en la Figura 1 (PRISMA-ScR 2020).<sup>15,16</sup> El conjunto final integró 27 fuentes nacionales (programas de Kinesiología) y 19 fuentes internacionales procedentes de Reino Unido, Australia, Brasil, Canadá, Sudáfrica, Estados Unidos, Nueva Zelanda y España. El conjunto final integró 27 fuentes nacionales (programas de Kinesiología) y 19 fuentes internacionales procedentes de Reino Unido, Australia, Brasil, Canadá, Sudáfrica, Estados Unidos, Nueva Zelanda y España. La Tabla 1 enumera las universidades chilenas incluidas (n=27). Las características generales del corpus internacional se describen en el apartado 4.1.

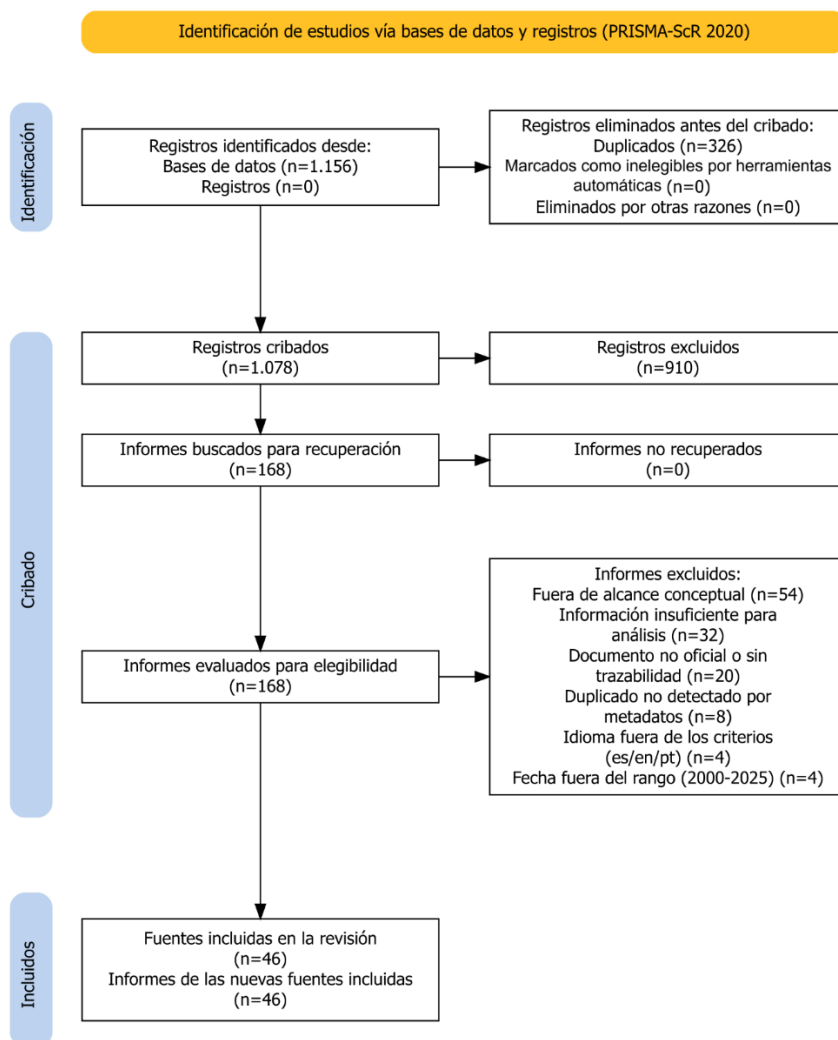


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR 2020

Nº	Universidad	Tipo de institución	Acreditación institucional (años)	Sitio web
1	Pontificia Universidad Católica de Chile (UC)	Privada (tradicional)	7 años (2018–2025)	uc.cl
2	Universidad de Santiago de Chile (USACH)	Pública (estatal)	7 años (2021–2028)	usach.cl
3	Universidad Autónoma de Chile (UA)	Privada	5 años (2019–2024)	uautonoma.cl
4	Universidad Viña del Mar (UVM)	Privada	4 años (2023–2027)	uvm.cl
5	Universidad Bernardo O'Higgins (UBO)	Privada	5 años (2022–2027)	ubo.cl
6	Universidad Católica del Norte (UCN)	Privada (tradicional)	6 años (2022–2028)	ucn.cl
7	Universidad Austral de Chile (UACH)	Privada (tradicional)	6 años (2022–2028)	uach.cl
8	Universidad Central de Chile (UCEN)	Privada	Última acreditación: 4 años (2017–2021) (En 2025, en proceso de nueva	ucentral.cl

			acreditación)	
9	Universidad de Concepción (UdeC)	Privada (tradicional)	7 años (2023–2030)	udec.cl
10	Universidad de La Frontera (UFRO)	Pública (estatal)	6 años (2018–2024)	ufro.cl
11	Universidad de Chile	Pública (estatal)	7 años (2018–2025)	uchile.cl
12	Universidad de los Andes (UANDES)	Privada (católica)	6 años (2022–2028)	uandes.cl
13	Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV)	Privada (tradicional)	7 años (2022–2029)	pucv.cl
14	Universidad del Alba (UDALBA) ( <i>ex Pedro de Valdivia</i> )	Privada	3 años (2023–2026)	udalba.cl
15	Universidad de Las Américas (UDLA)	Privada	5 años (2023–2028)	udla.cl
16	Universidad San Sebastián (USS)	Privada (católica)	5 años (2021–2026)	uss.cl
17	Universidad Santo Tomás (UST)	Privada (católica)	4 años (Nivel Avanzado, hasta 2025)	santotomas.cl
18	Universidad Católica de la Santísima Concepción (UCSC)	Privada (tradicional)	5 años (2021–2026)	ucsc.cl
19	Universidad Mayor	Privada	5 años (2021–2026)	umayor.cl
20	Universidad de Playa Ancha (UPLA)	Pública (estatal)	5 años (2022–2027)	upla.cl
21	IPChile (Instituto Profesional de Chile)	Privada (instituto profesional)	4 años (Nivel Avanzado) (acreditado por CNA)	ipchile.cl
22	Universidad de Los Lagos (ULagos)	Pública (estatal)	5 años (2021–2026)	ulagos.cl
23	Universidad de La Serena (ULS)	Pública (estatal)	5 años (2021–2026)	userena.cl
24	Universidad Diego Portales (UDP)	Privada	6 años (2023–2029)	udp.cl
25	Universidad Andrés Bello (UNAB)	Privada	6 años (2022–2028)	unab.cl
26	Universidad del Desarrollo (UDD)	Privada	6 años (2021–2027)	udd.cl
27	Universidad Finis Terrae	Privada (católica)	5 años (2024–2029)	uft.cl

**Tabla 1.** Universidades chilenas con programas de Kinesiología incluidos en el análisis curricular

(2025). **Fuente:** Elaboración propia a partir de datos públicos de la Comisión Nacional de Acreditación (CNA-Chile), sitios web institucionales y registros del Servicio de Información de Educación Superior (SIES). Información actualizada al segundo semestre de 2025.

#### 4.1. Características de las fuentes

Entre las 19 fuentes internacionales predominaron normativas y guías de Reino Unido y Australia, con contribuciones recientes de Brasil. La mediana del año de publicación fue 2019 (RIC 2016–2022).

#### 4.2. Cobertura curricular nacional

Con N = 27 y según las definiciones operativas, la presencia fue: farmacología 44,4 % (12/27; IC95 % 27,6–62,7), gestión clínica y administración sanitaria 37,0 % (10/27; 21,5–55,8), ética profesional 51,9 % (14/27; 34,0–69,3) y legislación sanitaria y regulación en

salud 0,0 % (0/27; 0,0–12,5). La Tabla 2 resume frecuencias e intervalos de confianza (Wilson), mostrando subcobertura en dominios críticos para prescripción suplementaria. No se identificaron asignaturas específicas de prescripción, prácticas supervisadas orientadas al uso seguro de medicamentos ni rutas posgraduales acreditadas (corte: 14-jun-2025). En un análisis de sensibilidad que redujo el umbral de horas para farmacología a 8, la cobertura aumentó a 55,6 %, sin alterar la conclusión de subcobertura.

Asignatura	n/N	%	IC95% (Wilson)
Anatomía y Morfología	27/27	100	87,5–100,0
Fisiología	25/27	92,6	76,6–97,9
Salud Pública	24/27	88,9	71,9–96,1
Fisiopatología	21/27	77,8	59,2–89,4
Bioquímica	18/27	66,7	47,8–81,4
Química General y Orgánica	17/27	63	44,2–78,5
<b>Farmacología</b>	12/27	44,4	27,6–62,7
Ética Profesional	14/27	51,9	34,0–69,3
Gestión Clínica y Administración Sanitaria	10/27	37	21,5–55,8
<b>Legislación Sanitaria y Regulación en Salud</b>	0/27	0	0,0–12,5

**Tabla 2.** Frecuencia de asignaturas relacionadas con competencias para prescripción suplementaria (n=27). Nota. N=27 programas elegibles; n= número de programas que incluyen la asignatura. El porcentaje se calcula como  $n/N \times 100$ . IC95% estimado con el método de Wilson ( $z=1,96$ ). Los porcentajes son independientes por fila y no suman 100. Cuando la información de una asignatura no estuvo disponible para alguna universidad, se reporta el denominador específico entre paréntesis. Fuente: elaboración propia a partir de mallas curriculares públicas consultadas.

### 4.3. Marcos regulatorios y formativos internacionales

Ocho países exigen formación adicional para la prescripción no médica, con mayor especificidad en Reino Unido y Australia.<sup>4-6,12</sup> La Tabla 3 compara estado regulatorio, nivel formativo, componentes curriculares, requisitos de habilitación y alcance para Reino Unido, Australia, Brasil, Canadá, Sudáfrica, Estados Unidos, Nueva Zelanda y España. Cuatro jurisdicciones incluyen procesos de recertificación; las restantes exigen registro único o credenciales heterogéneas según la normativa aplicable.<sup>4,6,10,12,13</sup> Todas delimitan el alcance profesional; cinco operan con listas positivas o acuerdos de manejo clínico.<sup>4,6,12,13</sup> Seis integran farmacovigilancia y documentación estandarizada, con variabilidad

subnacional en Estados Unidos y España al corte de búsqueda.<sup>5-7,11,13</sup> En conjunto, los referentes convergen en tres pilares: (i) posgrado acreditado con práctica supervisada y evaluación por desempeño, (ii) regulación explícita del alcance con registro y, cuando corresponde, recertificación, y (iii) gobernanza de seguridad con protocolos, documentación, auditoría clínica y trazabilidad.<sup>4-6,10-13</sup>

País	Prescripción no médica (estado)	Nivel formativo y modalidad	Componentes curriculares clave	Requisitos y habilitación	Alcance y limitaciones
Estados Unidos	No habilitada de forma general para fisioterapeutas	DPT con farmacología obligatoria; clases, simulación, ABP y práctica supervisada	Farmacología para PT; fisiopatología clínica; toma de decisiones basada en evidencia	Sin credencial legal de prescriptor; competencia orientada a gestión clínica y seguridad	Ajuste de intervención física según fármacos; reconocimiento de reacciones adversas; trabajo interdisciplinario
Brasil	Habilitada (COFFITO Res. 735/2024) bajo protocolos	Posgrado o certificación específica avalada por COFFITO/CREFITOs	Farmacología clínica aplicada; interacción fármaco-ejercicio; prescripción segura y bioética	Título, especialización y certificación periódica; práctica supervisada	Prescripción protocolizada en contextos definidos; fiscalización por COFFITO/CREFITOs
Reino Unido	Habilitada (independiente y suplementaria, desde 2013)	Posgrado acreditado con práctica supervisada	Legislación sanitaria; terapéutica en MSK, respiratorio, neuro y dolor; documentación clínica	Grado reconocido, certificación en prescripción y registro como "Independent & Supplementary Prescriber" (HCPC)	Autonomía con responsabilidad legal; estándares HCPC/CSP; auditoría continua
España	No habilitada para fármacos sujetos a receta; sí para no sujetos y productos sanitarios	Grado con formación básica en farmacología aplicada	Productos sanitarios; analgesia tópica; fisioterapia respiratoria	Título y colegiatura; marco LOPS 44/2003 y RDL 1/2015; anteproyecto de ley en trámite (mayo 2025)	Indicación limitada y protocolizada; el anteproyecto aún no está vigente
Nueva Zelanda	En evaluación o desarrollo regulatorio, sin habilitación plena	Posgrado en Advanced Health Practice con farmacología clínica; simulación y casos	Farmacocinética y farmacodinamia; farmacovigilancia; seguridad terapéutica	Supervisión del Physiotherapy Board of NZ; sin credencial plena al corte	Gestión farmacológica colaborativa dentro de protocolos; sin prescripción independiente

Australia	Habilitada en esquemas de alcance ampliado y contextos específicos	Pregrado con integración temprana y posgrado acreditado (AHPRA/Physio Board)	Farmacología del dolor y MSK; interacción ejercicio-fármaco; prescripción segura	Programa posgradual acreditado; competencia demostrada; recertificación cuando corresponde	Prescripción circunscrita a protocolos y servicios; regulación AHPRA/Physio Board
Sudáfrica	No habilitada de forma general	Pregrado con módulos de farmacología aplicada; casos y simulación	Analgésicos y AINE; medicamentos en rehabilitación; seguridad	Alineamiento progresivo a recomendaciones de HPCSA	Enfoque en detección de RAM e interacciones; práctica colaborativa
Canadá	Variable por provincia, sin habilitación general para fisioterapeutas	Posgrado y formación continua en farmacología aplicada y seguridad del paciente	Farmacología clínica; toma de decisiones interprofesional; documentación y trazabilidad	Registro provincial; certificaciones complementarias donde existan	Alcance colaborativo con protocolos y documentación estandarizada; heterogeneidad subnacional

**Tabla 3.** Panorama Internacional de formación y prescripción suplementaria en fisioterapia/kinesiología. Nota. "Habilitada" = existe base legal vigente que autoriza prescripción por fisioterapeutas o kinesiólogos (independiente, suplementaria o en alcance ampliado) bajo criterios o protocolos. "Limitada" = circunscrita a productos sanitarios o actos específicos. "No habilitada" = sin autorización legal general al corte. Estados Unidos y España presentan variabilidad subnacional; interpretar con cautela. Abreviaturas: DPT = Doctor of Physical Therapy; HCPC = Health and Care Professions Council; CSP = Chartered Society of Physiotherapy; NHS = National Health Service; COFFITO = Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; CREFITOs = Conselhos Regionais; AHPRA = Australian Health Practitioner Regulation Agency; Physiotherapy Board of Australia/NZ = reguladores nacionales; HPCSA = Health Professions Council of South Africa. Tabla descriptiva; no implica equivalencia regulatoria entre países. Fuente: elaboración propia.

Por su parte, los marcos formativos priorizan resultados de aprendizaje en farmacología clínica, farmacocinética, ética del medicamento, toma de decisiones interprofesional y gestión del riesgo, sustentados en práctica supervisada y evaluación por desempeño observable según la pirámide de Miller (sabe, sabe cómo, demuestra cómo, lo hace).<sup>5,6,12,13</sup> Las regulaciones delimitan el alcance, establecen registro y recertificación y contemplan régimen sancionatorio.<sup>4,10,12</sup> En Reino Unido, es obligatorio anotar el estatus de prescriptor ante el HCPC y mantener competencias;<sup>4,6</sup> en Brasil, la Resolución COFFITO 735/2024 habilita la prescripción condicionada a especialización y protocolos.<sup>10</sup> La gobernanza clínica enfatiza documentación del acto prescriptivo, consentimiento informado, revisión clínica, protocolos, auditoría y farmacovigilancia, con integración de Farmacia Clínica particularmente visible en Reino Unido y Canadá.<sup>5-7,11,13</sup> El Material suplementario S1 (Tabla

S2) presenta una matriz curricular y evaluativa alineada con marcos internacionales, que integra competencias, resultados observables, contenidos, métodos de evaluación anclados en Miller y criterios de logro auditables.

## 5. – DISCUSIÓN

La consistencia de hallazgos sugiere que la prescripción suplementaria en profesionales no médicos puede mejorar accesibilidad, continuidad del cuidado y coordinación interprofesional cuando la implementación se apoya en formación acreditada, regulación explícita y dispositivos de seguridad.<sup>4-6,12,13</sup> En Reino Unido y Australia, evaluaciones de implementación y estudios comparativos reportan aumentos de resolutivez, reducciones en tiempos de espera y mejor integración del equipo.<sup>17-19</sup> Dado que la mayoría de estas fuentes no son ensayos, sus resultados deben interpretarse como señales de factibilidad y aceptabilidad, más que como estimaciones causales de efecto.<sup>15,16,19</sup> Este enfoque prudente es congruente con PRISMA-ScR y con las orientaciones de reguladores y sociedades profesionales que priorizan seguridad del paciente, estandarización y gobernanza.<sup>4-6,12,13</sup>

En rehabilitación respiratoria, la participación de fisioterapeutas con atribuciones prescriptoras se asoció con mejoras operativas en la dosificación de oxígeno durante ejercicio, sin incremento observado de eventos adversos en los entornos evaluados.<sup>17</sup> En dolor musculoesquelético en Atención Primaria, la prescripción independiente mostró factibilidad y aceptabilidad, aunque con mayor consumo de recursos y consultas más extensas, lo que obliga a considerar la costo-efectividad antes de escalar.<sup>21,22</sup> Encuestas nacionales en Australia sugieren alta aceptabilidad entre profesionales y estudiantes, con disposición a formación adicional cuando existen itinerarios acreditados y supervisión evaluable.<sup>18,20</sup> Una síntesis tipo Delphi identificó facilitadores frecuentes, como respaldo médico, beneficio percibido para pacientes y sinergias de equipo, junto con barreras contextuales, como vacíos regulatorios, resistencias organizacionales y brechas de formación.<sup>23</sup>

Al trasladar estos hallazgos al contexto de Chile, las brechas curriculares y regulatorias justifican la implementación de pilotos en Atención Primaria con vademécum acotado, práctica supervisada y alertas electrónicas.<sup>4-6,10-13</sup> Se propone un modelo lógico que vincula insumos, procesos, productos, resultados e impacto. Resultados a 6–12 meses: (i) seguridad: eventos adversos y errores de medicación por 1.000 prescripciones; (ii) efectividad clínica: métricas específicas por línea de cuidado; (iii) accesibilidad: tiempo de

espera hasta resolución; (iv) aceptabilidad: PREMs estandarizados; (v) uso de recursos: tiempo profesional, derivaciones y estudios.<sup>15-16</sup> Impacto  $\geq$  12 meses: capacidad resolutive del servicio, sostenibilidad con recertificación y adherencia a protocolos.<sup>4-6,12,13,17-23</sup>

Los riesgos previsible incluyen sobrepasar el alcance profesional, interacciones farmacológicas, errores de medicación, variabilidad en la práctica, documentación incompleta, tensiones de rol y costos iniciales de formación y TI. Las mitigaciones incluyen delimitar indicaciones y medicamentos, registrar el estatus de prescriptor y recertificar periódicamente,<sup>4-6,12,13</sup> implementar prescripción electrónica con alertas y revisión por Farmacia Clínica en fases tempranas<sup>5,6,11-13</sup> y estandarizar protocolos y plantillas de registro con ciclos de auditoría y retroalimentación.

En esta revisión no se realizó una evaluación crítica del riesgo de sesgo, lo cual es coherente con el objetivo de caracterizar la amplitud del tema. La restricción a idiomas español, inglés y portugués podría introducir sesgo de idioma, y la información curricular pública puede subestimar contenidos.

Futuros trabajos debieran incorporar consulta a actores, diseños cuasiexperimentales pragmáticos, medición estandarizada de seguridad, efectividad, aceptabilidad y costos, estudios de proceso sobre fidelidad a protocolos y desarrollo de instrumentos de competencia prescriptora alineados con marcos internacionales.<sup>15,16,17-23</sup>

## **6. – CONCLUSIONES**

La prescripción suplementaria por kinesiólogos(as) es potencialmente viable para fortalecer capacidad resolutive, mejorar acceso y optimizar la coordinación interdisciplinaria, siempre que se implemente con: (i) formación posgradual acreditada con práctica supervisada y evaluación por desempeño, (ii) marco regulatorio explícito con registro y recertificación, y (iii) gobernanza clínica que asegure trazabilidad, receta electrónica, auditoría y farmacovigilancia.<sup>4-6,10-13</sup> Se recomiendan pilotos en Atención Primaria en rehabilitación respiratoria y dolor musculoesquelético, con vademécum acotado y evaluación estandarizada de seguridad, efectividad, aceptabilidad y uso de recursos, incluyendo análisis de costo-efectividad.<sup>17-23</sup>

## **7. - FINANCIAMIENTO**

Este estudio fue financiado por la Universidad San Sebastián a través del 7° Concurso de

Investigación en Políticas Públicas USS, iniciativa gestionada por el Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) y la Vicerrectoría de Vinculación con el Medio. El financiador no tuvo rol en el diseño del estudio, la recolección/análisis de datos, la decisión de publicar ni la preparación del manuscrito.

## 8. – CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## 9. - REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131> (acceso 15 oct 2025).
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health workforce policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places. Paris: OECD Publishing; 2016. Disponible en: [https://www.oecd.org/en/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries\\_9789264239517-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries_9789264239517-en.html) (acceso 15 oct 2025).
3. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers No. 54. Paris: OECD Publishing; 2010. Disponible en: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2010/07/nurses-in-advanced-roles\\_g17a1e81/5kmbrcfms5g7-en.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2010/07/nurses-in-advanced-roles_g17a1e81/5kmbrcfms5g7-en.pdf) (acceso 15 oct 2025).
4. Health and Care Professions Council (HCPC). Standards for prescribing. London: HCPC; 2016 (actualizado 2019). Disponible en: <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/standards/standards-for-prescribing.pdf> (acceso 15 oct 2025).
5. Royal Pharmaceutical Society. A Competency Framework for All Prescribers. London: RPS; 2021. Disponible en: <https://www.rpharms.com/resources/frameworks/prescribing-competency-framework/competency-framework> (acceso 15 oct 2025). PDF: <https://www.rpharms.com/portals/0/rps%20document%20library/open%20access/professional%20standards/prescribing%20competency%20framework/prescribing-competency-framework.pdf>
6. Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Practice guidance for physiotherapist supplementary and/or independent prescribers: safe use of medicines. 4th ed. London: CSP; 2021. Disponible en: <https://www.csp.org.uk/publications/practice-guidance-physiotherapist-supplementary-and-or-independent-prescribers-safe-use> (acceso 15 oct 2025).

7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> (acceso 15 oct 2025).
8. World Health Organization. Health system capacity for noncommunicable diseases: a global assessment. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/ncds/web-60609-oms-ncd-healthsystemcapacity-20200817.pdf> (acceso 15 oct 2025).
9. OECD; European Commission. Health at a Glance: Europe 2022. Paris: OECD Publishing; 2022. Disponible en: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022\\_healthatglance\\_rep\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf) (acceso 15 oct 2025).
10. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Acórdão COFFITO nº 735/2024: Prescrição, administração e aquisição de medicamentos e insumos por fisioterapeutas. Brasília: COFFITO; 2024. Disponible en: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=29673> (acceso 15 oct 2025).
11. NHS England. Physiotherapist independent prescribing: full public consultation report. London: NHS England; 2020. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/10/physiotherapy-full-consultation.pdf> (acceso 15 oct 2025).
12. Physiotherapy Board of Australia (Ahpra). Registration standard: Endorsement for scheduled medicines (Physiotherapy). Melbourne: Ahpra; 2021. Disponible en: <https://www.physiotherapyboard.gov.au/Codes-Guidelines.aspx> (sección Standards; acceso 15 oct 2025).
13. Health Professions Council of South Africa (HPCSA). Guidelines for extended professional roles (Physiotherapy, Podiatry and Biokinetics). Pretoria: HPCSA; 2022. Disponible en: <https://www.hpcsa.co.za/board/physiotherapy/guidelines> (acceso 15 oct 2025).
14. Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS), Universidad San Sebastián. Segundo informe: competencias para prescripción suplementaria por kinesiólogos/as en Chile. Santiago de Chile: IPSUSS; 2025. Disponible en: <https://ipsuss.cl/> (acceso 15 oct 2025).
15. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL> (acceso 15 oct 2025).
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–473. doi:10.7326/M18-0850.

17. Riegler TF, Marcin T, Brun P. Implementation of an advanced practice role for oxygen prescription by physiotherapists in pulmonary rehabilitation: an explanatory sequential mixed-method quality evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1585. doi:10.1186/s12913-024-12041-5.
18. Noblet TD, Marriott JF, Jones T, Dean C, Rushton AB. Perceptions about the implementation of physiotherapist prescribing in Australia: a national survey. *BMJ Open.* 2019;9(5):e024991. doi:10.1136/bmjopen-2018-024991.
19. Carey N, Edwards J, Otter S, et al. A comparative case study of prescribing and non-prescribing physiotherapists and podiatrists. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:1074. doi:10.1186/s12913-020-05918-8.
20. Noblet TD, Marriott JF, Jones T, Dean C, Rushton AB. Perceptions of Australian physiotherapy students about the potential implementation of physiotherapist prescribing: a national survey. *BMJ Open.* 2019;9(5):e026327. doi:10.1136/bmjopen-2018-026327.
21. Noblet T, Marriott J, Hensman-Crook A, et al. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: a feasibility trial. *PLoS One.* 2020;15(3):e0229792. doi:10.1371/journal.pone.0229792.
22. Noblet TD, Marriott JF, Rushton AB. Independent prescribing by advanced physiotherapists for patients with low back pain in primary care: protocol. *BMJ Open.* 2019;9(4):e027745. doi:10.1136/bmjopen-2018-027745.
23. Graham-Clarke E, Rushton A, Marriott J. A Delphi study on barriers and facilitators in non-medical prescribing. *PLoS One.* 2021;16(2):e0246273. doi:10.1371/journal.pone.0246273.