



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“AUTONOMÍA PROFESIONAL DEL FISIOTERAPEUTA RELACIONADO A
LA RESPONSABILIDAD TOTAL EN SUS DECISIONES DE COMPETENCIA
EN UN POLICLÍNICO PRIVADO, JESÚS MARÍA, LIMA – PERÚ 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN GESTIÓN Y CONDUCCIÓN EN SALUD**

AUTOR:

ZAMBRANO RAMÍREZ LUZ MARÍA

ASESOR:

DR. LOZANO ZANELLY GLENN ALBERTO

JURADO:

DR. BARRETO MONTALVO JUAN FRANCISCO

DR. CORDERO PINEDO FÉLIX MAURO

DR. GUARDIA SALAS JESÚS GUILLERMO

LIMA-PERÚ

2018

Dedicatoria

A mis padres, por haberme brindado una educación tan valiosa para mi desarrollo personal y profesional.

A mis hermanos, por la fortaleza que siempre han mostrado incluso en momentos difíciles.

A mis sobrinos que, estoy segura, serán grandes seres humanos.

Y a mi querida profesión, la fisioterapia, que en la actualidad se perfila como la ciencia y tecnología de avanzada en el Sector Salud del Perú y del Mundo.

Agradecimiento

A mi asesor y profesor, el Dr. Glenn Lozano Zanelly, quien me brindó su valiosa orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A los docentes de la Maestría “Gestión y Conducción en Salud” de esta digna Universidad, por los invaluable conocimientos que obtuve en estos años de formación académica.

Y a mis colegas fisioterapeutas, del Policlínico donde laboro, por su desinteresado apoyo en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| DEDICATORIA | 01 |
| AGRADECIMIENTO | 02 |
| ÍNDICE | 03 |
| RESUMEN | 05 |
| ABSTRACT | 06 |
| INTRODUCCIÓN | 07 |
| | |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 1. Antecedentes | 10 |
| 2. Planteamiento del problema | 22 |
| 2.1. Formulación del problema | 30 |
| 3. Objetivos | 31 |
| 4. Justificación | 31 |
| 5. Alcances y limitaciones | 35 |
| 6. Definición de Variables | 36 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 37 |
| 1. Teorías generales relacionadas con el tema | 37 |
| 2. Bases teóricas especializadas sobre el tema | 47 |
| 3. Marco conceptual | 52 |
| 4. Marco legal | 54 |
| 5. Hipótesis | 55 |
| | |
| CAPÍTULO III: MÉTODO | 57 |
| 1. Tipo de investigación | 57 |
| 2. Diseño de investigación | 57 |
| 3. Estrategias de prueba de hipótesis | 57 |
| 4. Variables e indicadores | 58 |
| 5. Población | 62 |
| 6. Muestra | 62 |
| 7. Técnicas de investigación | 63 |
| 7.1. Instrumentos de recolección de datos | 63 |
| 7.2. Procesamiento y análisis de datos | 63 |
| | |
| CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | 66 |
| Análisis e interpretación | 66 |
| Contrastación de Hipótesis | 81 |

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN | 83 |
| Discusión | 83 |
| Conclusiones | 86 |
| Recomendaciones | 87 |
| Referencias bibliográficas | 89 |
| | |
| ANEXOS | 92 |
| Anexo N°1: Matriz de consistencia | 93 |
| Anexo N 2: Ficha técnica de los instrumentos a utilizar | 94 |
| Anexo N°3: Guía de validez para el experto | 96 |
| Anexo N°4: Consentimiento informado | 97 |
| Anexo N°5: Definición de términos | 99 |

RESUMEN

La presente tesis, tuvo como objetivo determinar la relación entre la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016. Se realizó un estudio descriptivo, explicativo, cualitativo, retrospectivo, transversal y correlacional. Para el estudio se tomó en cuenta como población a los 19 fisioterapeutas que laboran en el policlínico, la muestra estuvo constituida por el 100% de la población; se planteó como hipótesis principal que existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia. Se utilizó una ficha de recolección de datos y la modificación realizada ha sido validada por juicio de expertos. Las principales conclusiones fueron que existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en el Policlínico Privado del estudio, en el ámbito asistencial en un 79%, en gestión en 5% y en docencia e investigación en 16%. Los componentes considerados para la autonomía profesional calificados como de mucha importancia fueron fomentar las especialidades en fisioterapia, mejorar la información a la población sobre el perfil profesional y mejorar la comunicación con otros colectivos profesionales. Se recomienda valorar la experiencia del fisioterapeuta en el ámbito de la asistencia, docencia e investigación para el logro de su autonomía profesional; así como la mejora continua de su especialidad a través de diplomados o de una segunda especialización, así como estudios de postgrado y participación en proyectos de investigación.

Palabras claves: Autonomía profesional, decisiones de competencia, fisioterapeuta

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to determine the relationship between the Professional Autonomy of the Physical Therapist and the Total Responsibility of their Competence Decisions in a Private Polyclinic of Jesús María, Lima - Perú 2016. The study was descriptive, explanatory, qualitative, retrospective, transversal and correlational. Nineteen physiotherapists, who work in this polyclinic, participated as study population and the sample was consisted of 100% of the population. The main hypothesis was that there is a direct relationship between the Physiotherapist's Professional Autonomy and the Total Responsibility of their Competence Decisions. For this, was used one data collection card and the modification made has been validated by expert judgment. The main conclusions were that there is a direct relationship between the Professional Autonomy of the Physiotherapist and the Total Responsibility of their Competence Decisions in the Private Polyclinic of the study, in the welfare area in 79%, in management in 5% and in teaching and research in 16 %. The components considered for professional autonomy classified as very important were to promote the specialties in physiotherapy, to improve the information to the population on the professional profile and to improve the communication with other professional groups. It is advisable to evaluate the experience of the physiotherapist in the field of assistance, teaching and research to achieve their professional autonomy; as well as the continuous improvement of its specialty through diplomas or a second specialization, postgraduate studies and participation in research projects.

Key words: Professional autonomy, competence decisions, physiotherapist.

INTRODUCCIÓN

La autonomía profesional se ha definido como la capacidad de un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios o leyes, al que el profesional se atiene. Freidson (1970) ha definido la autonomía como la cualidad de ser independiente, libre y auto-gobernante. Robbins ha definido el término autonomía profesional como: la libertad, independencia y discreción en la toma de decisiones; la organización de las actividades del trabajo; y la determinación de los procedimientos a utilizar para llevar a cabo dichas actividades. Estas definiciones tienen en común los componentes de auto-dirección y la habilidad de controlar los componentes y términos de la práctica profesional.

La Asociación Americana de Terapia Física (APTA por sus siglas en inglés) ha definido la práctica autónoma del fisioterapeuta como una que se caracteriza por independencia y auto-determinación en su juicio y acción profesional. A esta definición se le han añadido aquellos atributos necesarios para mantener una práctica autónoma, con el objetivo de que los fisioterapeutas se ganen el reconocimiento y respeto como el profesional de predilección en esta área de atención, y ganen reconocimiento y respeto por su educación, experiencia y peritaje en su práctica profesional. Estos atributos son:

1. Acceso directo a los servicios de fisioterapia sin restricciones legales, reglamentarias o de reembolso por intermediarios.
2. Discernimiento profesional para referir a otros profesionales y/o proveedores de salud a aquellos pacientes/clientes cuyo cuidado vaya más allá del alcance de la práctica de la fisioterapia.

3. Habilidad profesional para llevar a cabo evaluaciones físico – funcionales, sensorio – motrices, evaluaciones de rangos articulares, de fuerza muscular, etc., porque son evaluaciones necesarias para hacer el seguimiento al paciente.

Dentro del concepto de autonomía, Ballou (1998) también ha identificado varios atributos necesarios para llevar a cabo una práctica autónoma. Estos atributos son la auto-gobernación dentro de un sistema de principios, la competencia en la base de conocimiento profesional, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la libertad y el ejercicio de la profesión con auto-control. Basándonos en estas definiciones, un profesional autónomo debe ser capaz de actuar y tomar decisiones basadas en la reflexión y el razonamiento crítico. Estas decisiones deben ser guiadas por un sistema de estándares, principios y no de creencias. A su vez, el profesional autónomo debe dominar el conocimiento científico de su área profesional y, finalmente, tomar decisiones exentas de controles externos.

Los factores asociados con la autonomía profesional han sido explorados por varios investigadores. Atkinson et al. (2007), hace hincapié en la autonomía de la profesión de fisioterapia, la cual se evidencia por los conocimientos propios de la Fisioterapia (especialmente en el campo del movimiento y sus alteraciones) y que no sólo son aplicables en el tratamiento de las discapacidades, sino que pueden utilizarse para prevenir, promover y mantener la salud.

Souto (2013), manifiesta que el alcance de la autonomía profesional como meta está influido por multiplicidad de factores, como son la educación, el desarrollo de una mayor evidencia para la práctica, la propia autonomía del paciente, la relación con otras profesiones del ámbito sanitario, el marco legislativo y regulador de la profesión, los modelos de gestión y organización sanitaria, y las actitudes de los propios profesionales.

Además, destaca, la relevancia del liderazgo profesional ejercido por las organizaciones profesionales, a nivel nacional e internacional; y por último el ejercer con autonomía implica madurez y la asunción de un mayor número de responsabilidades y obligaciones profesionales hacia los usuarios de los servicios y en última instancia hacia la sociedad.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, se realiza los antecedentes del problema, la descripción de la realidad problemática lo que permite formular la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico, se realiza el marco teórico y conceptual, se describe las variables de investigación lo que permite dar sustento al trabajo de investigación

Capítulo III: Método, se describe el tipo y diseño de investigación, se distinguen las variables, se determina la población y muestra; así como las técnicas de investigación.

Capítulo IV: Presentación de resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación.

Capítulo V: Discusión, se presenta la discusión, en la cual se compara los resultados con otras investigaciones lo que ha permitido realizar las conclusiones y recomendaciones como aporte del trabajo de investigación, finalmente se presenta las referencias bibliográficas, se enumeran las fuentes de información, que han sido de utilidad para el desarrollo de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes.

Mollinedo, Fabiana E; (2009); presenta un “Diseño Curricular del Programa Académico de Licenciatura en Fisioterapia”, en la Universidad Autónoma de Zacatecas; México.

Los materiales y métodos para la estructuración de este diseño curricular se procesaron información de diferentes fuentes como son: Situación de salud de México, 2007. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Plan Nacional de Salud 2007-2012, Asociaciones Internacionales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Confederación Mundial de Terapia Física, Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, Asociación Americana de Terapia Física, Asociación Mexicana de Fisioterapia, Legislación Nacional, Estatal e Institucional, que respalda la formación profesional en esta área del conocimiento.

Las conclusiones del presente documento fue producto de la reflexión y análisis en torno a los principales elementos que van a contribuir a la elaboración del diseño curricular de la Licenciatura en fisioterapia y kinesiología, cuyo objetivo como profesión de la salud es identificar, brindar tratamiento y maximizar el movimiento corporal humano de personas sanas o con discapacidad física, dentro de los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, siendo así el profesional capacitado para intervenir activamente en la salud y la calidad de vida activa y funcional de la población. Dentro del proceso de diagnóstico se recopiló información de planes y programas de estudio de las principales universidades de México donde se imparte la formación de Licenciados en Fisioterapia y Rehabilitación, además de revisión de programas a nivel internacional de

Colombia, Uruguay, Venezuela, Bolivia, Argentina, España. En sus recomendaciones, encuentran a la educación como un planteamiento inter y transdisciplinario de problemas, y en consecuencia, los egresados puedan ofrecer un mejor servicio a la sociedad en la que viven.

Cerpa, Jovanna; (2010), realizó un trabajo sobre " El Análisis de las Acciones del Fisioterapeuta en la Ejecución de la Política de Salud Pública en el Hospital de Suda", Bogotá, Colombia.

Los materiales y métodos de la investigación descriptiva plantearon el análisis de hechos relacionados con el quehacer del fisioterapeuta en el campo de la salud pública, los intereses laborales, su articulación a procesos de acuerdo a la dinámica actual del sector salud, el aporte del profesional a metas y objetivos de la política pública, la descripción de acciones que potencian su campo de acción.

La metodología propuesta planteó enfocarse en la población relacionada con el campo de la salud pública y fisioterapia, se plantea una continua interlocución con actores institucionales pertenecientes a centros de formación, instituciones prestadoras de salud, instituciones rectoras de salud y agremiaciones de profesionales.

Al analizar el rol del fisioterapeuta en la Política Distrital de Salud Pública en el Hospital de Suba II Nivel ESE se concluyó que su labor es diversificada en cuanto lleva a cabo proyectos no solo asistenciales interactuado con los demás profesionales de la institución, para llevar a la comunidad programas que propenden por el mejoramiento de la calidad en salud de la población.

Los profesionales de fisioterapia deben ser “gestores sociales” en los procesos de salud pública teniendo en cuenta una formación transdisciplinar que debe estar incluida en las diferentes asignaturas dadas desde el pregrado.

El fisioterapeuta actual debe estar preparado para abordar temas y situaciones de diferentes características encaminados a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades mediante el desarrollo de proyectos enfocados colectivamente y que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Cruz, V. Isabel, (2010), realizó un trabajo titulado “Fisioterapia: El Reto de Desarrollar la Mejor Evidencia Científica de su Praxis”, Revista Ciencias de la Salud, Universidad de Rosario, Colombia.

Iniciada la segunda década del siglo XXI, la ciencia, la tecnología y la innovación reafirman más que nunca su papel como determinantes de la participación de los pueblos en el desarrollo de la sociedad global de la información y el conocimiento.

La consolidación de una cultura académico-científica en torno al conocimiento, a la tecnología y a la innovación es evidente en todos los campos del saber, pero cobra especial valor en el campo de las ciencias de la salud, por cuanto son éstas a quienes socialmente se les ha reconocido su responsabilidad ética de estudiar, comprender e intervenir el complejo proceso vital de la salud – enfermedad en los diferentes colectivos humanos. La autora, además, considera que los profesionales fisioterapeutas deben continuar desarrollando modelos de tratamiento con base científica sobre el movimiento del cuerpo humano para proporcionar salud y bienestar de la persona. La profesión define y fundamenta entonces su cuerpo de saber a partir de sólidas bases gnoseológicas y epistemológicas derivadas de las ciencias naturales, clínicas y social-humanísticas, a partir

de las cuales busca desarrollar la mejor evidencia científica de su praxis, y desde allí aportar a los equipos inter y transdisciplinarios encargados de generar el conocimiento pertinente sobre el proceso salud-enfermedad. Esto obliga al desarrollo de una formación profesional universitaria orientada a hacer explícito el conocimiento tácito, a través de una rigurosa metodología centrada en la observación, evaluación, registro, análisis empírico y debate científico del quehacer profesional.

Los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, políticos, sociales y tecnológicos evidentes en Latinoamérica, como en otros lugares del mundo, exigen a los gobernantes la toma de decisiones políticas en salud con base en la mejor evidencia disponible sobre la eficacia de los procedimientos terapéuticos y, como consecuencia, demostrar que las acciones profesionales influyen positiva y significativamente sobre la calidad, los costos y los resultados sociales en salud se presenta como reto para las nuevas generaciones de fisioterapeutas.

Ramirez-Velez, R., (2011), en su trabajo titulado “Análisis Crítico de la Educación de la Fisioterapia en Colombia”, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Realizó un estudio descriptivo con investigación de segundo orden durante los años 2009 y 2010. Para conocer la oferta educativa (planes de estudios) se realizó una búsqueda en la base de datos del Sistema Nacional de Información para la Educación Superior.**www.mineducacion.gov.co**

Los estándares de admisión y su relación con la deserción y titulación profesional fueron extraídos de la base de datos del Sistema de Prevención y Análisis de la Deserción en las Instituciones de Educación Superior.**www.mineducacion.gov.co**

La calidad de la educación se analizó a partir de los resultados nacionales del Examen de Calidad de la Educación Superior 2009, consignadas en el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES). www.icfesinteractivo.gov.co

Para estudiar el recurso humano y su impacto en la comunidad académica se tomaron como indicadores la capacidad científica de los profesionales en Fisioterapia mediante el análisis individual de su producción científica, disponible en la página web: currículos vitae de Latinoamérica y El Caribe (CVLAC), registrados en el Instituto Colombiano para el Desarrollo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) (www.colciencias.gov.com), inscritos en el área de conocimiento «Ciencias de la Salud», categoría «Fisioterapia y Terapia Ocupacional».

Las conclusiones a que se llegó fue que la fisioterapia ha venido variando significativamente de acuerdo con las condiciones históricas y las características sociales de cada país en el que se desarrolla. Esa circunstancia, unida al interés constante de la región de Latinoamérica por la calidad de la formación en Fisioterapia, condujo a que, en 1997, por iniciativa de la CLADEFK (Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología) se propendiera al establecimiento de un diagnóstico concerniente a la formación académica en la Región, el cual se materializó a partir de 1999 a través del proyecto regional denominado “Nivelación y Globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina”. El objetivo de este trabajo fue analizar de manera crítica la educación y formación de los pregrados en Fisioterapia en el territorio colombiano mediante la oferta, el recurso humano, la calidad educativa y la capacidad científica.

Agencia de calidad de Andalucía, (2011); elaboró un “Manual de Competencias del Fisioterapeuta”; Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía; España.

El Manual de Competencias del/de la Fisioterapeuta incluye su **Mapa de Competencias** y la definición de las **Buenas Prácticas**, asociadas a cada competencia que va a ser objeto de observación y reconocimiento, a los efectos de la Acreditación.

En consonancia con el resto de programas del Modelo de Acreditación Andaluz, el Manual de Competencias Profesionales del/de la Fisioterapeuta está estructurado en cinco bloques, cinco dimensiones a las que alude el término calidad, y que están identificados con un código de colores:

| | |
|------------|--------------------------------|
| Bloque I | El Ciudadano |
| Bloque II | La Atención Sanitaria Integral |
| Bloque III | El/la Profesional |
| Bloque IV | La Eficiencia |
| Bloque V | Los Resultados |

Cada bloque incluyó los criterios relacionados con la dimensión de la calidad que engloba el bloque, constituyendo hasta un total de 10 los criterios contenidos en el Manual, cuya descripción es la siguiente:

CRITERIOS DE CADA BLOQUE

| | | |
|------------|--------------------------------|--|
| Bloque I | El Ciudadano | 1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos) |
| Bloque II | La Atención Sanitaria Integral | 2. Promoción de la Salud, Prevención y Atención Comunitaria 3. Atención al Individuo y a la Familia 4. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados |
| Bloque III | El/la Profesional | 5. Trabajo en Equipo y Relaciones Interprofesionales 6. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional 7. Compromiso con la Docencia 8. Compromiso con la Investigación |
| Bloque IV | La Eficiencia | 9. Uso Eficiente de los Recursos |
| Bloque V | Los Resultados | 10. Orientación a Resultados en el Desempeño Profesional |

En cada criterio del Block III (El /la profesional) encontramos las siguientes competencias:

| | |
|--|---|
| 5. Trabajo en Equipo y Relaciones Interprofesionales | TRABAJO EN EQUIPO. |
| 6. Actitud de Progreso y Desarrollo Profesional | ACTITUD DE APRENDIZAJE Y MEJORA CONTÍNUA. |
| 7. Compromiso con la Docencia | CAPACIDAD DOCENTE. |
| 8. Compromiso con la Investigación | APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN. |

Resultados: Una vez realizada la evaluación y en función de los porcentajes, se evidenciaron 3 grupos: I, II y III, y el resultado fue:

- **Acreditación Avanzado**

Nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación profesional que progresa hacia la madurez.

- **Acreditación Experto**

Nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación profesional madura y consolidada.

- **Acreditación Excelente**

Evidencias que convierten al profesional en referente para el resto de los profesionales del Sistema.

La Acreditación es un proceso dinámico, que plantea una evaluación periódica cada cinco años, para verificar la presencia o adquisición de nuevas competencias y su grado de desarrollo (**certificación y re-certificación**).

MAPA DE COMPETENCIAS DEL / DE LA FISIOTERAPEUTA

| | | GRADO DE DESARROLLO | | |
|--------|--|---------------------|---------|-----------|
| CÓDIGO | COMPETENCIA | AVANZADO | EXPERTO | EXCELENTE |
| A-0001 | Actitud de aprendizaje y mejora continua | | | |
| A-0027 | Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos | | | |
| A-0074 | Trabajo en equipo | | | |
| C-0184 | Educación para la salud, consejo sanitario y medidas de prevención | | | |
| H-0019 | Adecuada utilización de los recursos disponibles | | | |
| H-0032 | Comunicación y/o Entrevista Clínica | | | |
| H-0055 | Capacidad docente | | | |
| H-0080 | Aplicación de técnicas de investigación | | | |
| H-0089 | Personalización de los cuidados | | | |
| H-0094 | Visión continuada e integral de los procesos | | | |
| H-0331 | Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador | | | |
| H-0428 | Continuidad asistencial | | | |
| H-0669 | Soporte Vital | | | |
| C-0161 | Oferta de servicios y conocimiento organizativo | | | |
| A-0040 | Orientación a resultados | | | |
| C-0173 | Metodología de Calidad | | | |

FUENTE: “Manual de Competencias del Fisioterapeuta”; Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía; España, 2011.

Souto Camba Sonia, (2012), "Autonomía Profesional y Acceso Directo en Fisioterapia", XIV Congreso Nacional de Fisioterapia. Madrid, España.

La Región Europea de la World Confederation for Physical Therapy (ER - WCPT) es una organización de carácter no gubernamental, sin ánimo de lucro, constituida por las organizaciones profesionales de 37 países que a su vez deben pertenecer a la World Confederation for Physical Therapy (WCPT), entre las que se encuentra la Asociación Española de Fisioterapeutas. La ER – WCPT, de carácter independiente, se financia a través de las cuotas de suscripción de las organizaciones que la integran. Representa a más de 160 mil fisioterapeutas en Europa, constituyéndose, así como el organismo más representativo de los intereses de la profesión ante las autoridades europeas y de la comisión europea. Tiene su sede y secretaría general en Bruselas.

En el caso de Europa, una encuesta realizada en el año 2011 desde la WCPT indicó que en el 50% de las organizaciones pertenecientes a la Región europea existe el acceso directo, si bien las características del mismo pueden variar en función de si se trata del sistema público o del privado (con un porcentaje del 18% y del 76% respectivamente); o en el modelo de financiación aplicado al mismo (por ejemplo, en qué medida las aseguradoras reintegran el costo de la consulta de fisioterapia al usuario).

En el caso de Estados Unidos, la legislación que regula la práctica de la Fisioterapia permite a los fisioterapeutas, en 46 de sus 50 estados, evaluar y tratar pacientes a nivel ambulatorio sin la derivación de un médico (APTA, 2011). De éstos, 17 permiten el acceso directo sin ningún tipo de restricción, mientras que otros, imponen algún tipo de restricción.

Se requiere de un abordaje multifactorial y de acciones estratégicas coordinadas, que impliquen aspectos relacionados con la legislación en cada país (analizar qué

modificaciones legislativas se han de producir), los sistemas de salud (el modelo de atención sanitaria dominante), los modelos de financiación (posibilidad de reembolso, parcial o total) y aspectos educativos relacionados con el nivel de formación del profesional (nivel de acceso a la práctica profesional, la formación continuada a lo largo de la vida).

Es probable que resulte en una reducción de los servicios sanitarios al requerir menos consultas médicas y que la calidad de la atención mejore. Esta evidencia debe ser utilizada para informar a los gestores y responsables de las decisiones políticas de cara a alcanzar la autonomía profesional. Los retos varían entre los diferentes países. Es necesario incrementar la evidencia sobre este tema tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Constituye una oportunidad para la profesión a nivel global.

Chillón-Martínez, R.; (2013); “Descripción de la Práctica Profesional de la Fisioterapia en España en Función de Criterios Generacionales”, Revista Universitaria de Información e Investigación en Fisioterapia, Universidad de Sevilla, España.

Se trató de un estudio descriptivo de perfil histórico-comparativo y carácter cualitativo. Se ha utilizado un doble procedimiento de muestreo, teórico y «en bola de nieve» para seleccionar los sujetos orales. La muestra la configuran 45 fisioterapeutas que hemos categorizado por edad, sexo y perfil profesional. Las variables estudiadas son «tipo y frecuencia de: funciones en Fisioterapia, procedimientos, campos disciplinares, elementos tecnológicos y concepciones asociadas a la Fisioterapia», que, a su vez, se subdividen en un total de 44 dimensiones identificadas para el análisis. Como instrumentos para la obtención de datos se diseñó e implementó una entrevista semiestructurada con 5 ítems

sobre la práctica profesional en Fisioterapia. Las variables consideradas, puesto que son extraídas de los discursos aportados por la muestra y se contextualizan en el primer objetivo de esta investigación, forman parte de la primera fase de los resultados.

En cuanto al análisis de datos, en una primera fase se abordó el análisis de los discursos obtenidos tras la transcripción de las entrevistas, codificando las dimensiones vinculadas a la práctica profesional a través del método comparativo constante basado en la Grounded Theory o Teoría Fundamentada con el paquete estadístico Atlas ti 5.0. En una segunda fase, se realizó un análisis descriptivo de las dimensiones identificadas anteriormente con el paquete estadístico SPSS 17. Finalmente, en una tercera fase, se llevó a cabo un análisis de correspondencias múltiples entre las dimensiones identificadas más representativas para vincular los distintos grupos de edad de la muestra con dichas dimensiones; este último análisis se ha realizado con el programa estadístico SPAD N.

Se concluyó que las dimensiones con las que se puede estandarizar el análisis de la práctica profesional en Fisioterapia desde el enfoque «Ciencia, Tecnología y Sociedad» suman un total de 44, entre funciones, concepciones procedimientos, campos disciplinares y tecnologías aplicadas. Las dimensiones más relevantes son la función asistencial, la necesidad de cualificación profesional, la terapia manual como procedimiento más utilizado, el campo disciplinar de la Electroterapia y el uso de la electricidad como tecnología aplicada; vinculando de forma especial la identidad profesional con los fisioterapeutas de más de 55 años, la necesidad de implantación del método fisioterapéutico en la praxis con los fisioterapeutas de entre 41 y 55 años y la búsqueda de la cualificación profesional en el grupo de edad de 21 a 40 años.

2. Planteamiento del problema

La fisioterapia constituye una profesión autónoma y con identidad propia dentro del Sistema de Salud, ya que ninguna otra profesión desarrolla o actúa en los procesos ni procedimientos que involucran a un fisioterapeuta.

Según la Confederación Mundial de Terapia Física, los fisioterapeutas proporcionan servicios, en el ámbito asistencial, que desarrollan, mantienen y restauran el máximo movimiento y la capacidad funcional de las personas. Ellos realizan sus intervenciones en cualquier etapa de la vida, cuando el movimiento y la función se ven amenazados por el envejecimiento, lesiones, enfermedades, trastornos, condiciones o factores ambientales. Los fisioterapeutas maximizan la calidad de vida de los pacientes, mirando el bienestar físico, psicológico, emocional y social. Laboran en las diferentes esferas de la salud: de la promoción, prevención, tratamiento / intervención, habilitación y rehabilitación de las personas y de la comunidad.

Los fisioterapeutas están calificados profesionalmente para:

- Realizar un examen / evaluación integral del paciente / cliente o necesidades de un grupo de clientes;
- Evaluar los resultados del examen / evaluación de hacer juicios clínicos con respecto a los pacientes / clientes;
- Formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento;
- Proporcionar consultas dentro de su experiencia y determinar cuándo los pacientes / clientes deben ser referidos a otro profesional de la salud;

- Implementar un programa de intervención fisioterapéutica;
- Determinar los resultados de las intervenciones / tratamientos;
- Hacer recomendaciones para la autogestión.

Estas funciones se desempeñan en instituciones sanitarias estatales y privadas, centros docentes, instituciones deportivas, consultorios de fisioterapia, centro de rehabilitación y domicilio de los usuarios.

El alcance de la práctica de la terapia física no se limita a la atención al paciente / cliente, sino también incluye:

- Estrategias de salud pública.
- Peritaje en este campo de la salud.
- Supervisar funciones a los asistentes de terapia física.
- Líder.
- Gestión.
- Enseñanza.
- Investigación.
- Desarrollo e implementación de la política de salud, a nivel local, nacional e internacional.

El Código de Ética y Deontología del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, al cual pertenecen los fisioterapeutas en el Perú, establece los principios generales y normas de carácter moral que aseguren un ejercicio profesional honesto y una conducta honorable.

El fisioterapeuta forma parte del sistema de salud al que aporta, desde la autonomía de sus conocimientos, su propio criterio profesional dentro de la responsabilidad en sus decisiones de competencia que le corresponden. Debe mantener una estrecha colaboración con el profesional que deriva al paciente y con los otros profesionales que integren el equipo multidisciplinario.

La Fisioterapia en el Perú.

La creación de la Terapia Física en el Perú, se dio el día 1 de septiembre de 1943, cuando fue expedido el Decreto Supremo No. 2396 en el gobierno de Don Manuel Prado Ugarteche. En ese decreto se estableció la enseñanza de la Kinesiología (Terapia Física/Fisioterapia) en la modalidad de Post Grado para educadores físicos, médicos y enfermeras en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

En 1955, se formó la Asociación de Kinesiólogos en el Perú, actualmente Asociación Peruana de Terapistas Físicos, la cual se encuentra adscrita a la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK) y a la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT); una de las fundadoras, de esta Asociación en el Perú fue María Barrantes Sánchez, pionera de la Terapia Física en el Perú.

Como en casi todas las profesiones, la fisioterapia tuvo también su origen técnico, siendo el Hospital Obrero de la Seguridad Social, la institución pionera en formar a los

primeros fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales en el Perú a partir de 1961 en donde se forman los primeros técnicos en estas especialidades que fueron preparadas para cubrir la demanda que tenía el Seguro Social a nivel nacional. Anteriormente, estas labores las realizaban personal de enfermería y sus técnicos quienes eran capacitados para estos menesteres.

En 1966 nace, como escuela universitaria de la facultad de Medicina, la carrera de Tecnología Médica en la Universidad Mayor de San Marcos y, dentro de ella, el área de Terapia Física. Un año después ocurre lo mismo en la Universidad Federico Villarreal convirtiéndose, en el año 1985, en la Facultad de Tecnología Médica en donde una de sus especialidades es la terapia física o también llamada fisioterapia. La fisioterapia fue agrupada con varias otras carreras profesionales por cuestiones de estudio, pero con competencias profesionales diferentes entre ellas, situación que perdura hasta el presente; siendo el Perú el único país del mundo donde esto sucede.

Por otro lado, por el lado del MINSA, tenemos al Instituto Nacional de Rehabilitación, fundado en 1962, en donde se brindan servicios de terapia física, terapia ocupacional, adiestramiento en talleres de carpintería, radiotécnica y costura. Posteriormente se ampliaron sus servicios a Foniatría y Psiquiatría. Existen, además, Servicios de Fisioterapia y Rehabilitación en todos los niveles de atención de las diferentes instituciones asistenciales del MINSA en todo nuestro país.

En el Perú, el Colegio de Tecnólogos Médicos fue creado en el año 1985, mediante decreto ley 2429, siendo requisito indispensable la colegiatura para el ejercicio profesional, y dentro de ello se encuentran los fisioterapeutas. Este Colegio Profesional define al fisioterapeuta como un profesional independiente que actúa directamente con pacientes, realizando la evaluación, diagnóstico físico – funcional, programación y

tratamiento para la promoción y prevención, mantenimiento y / o restablecimiento funcional, en problemas de salud relacionadas con deficiencias, discapacidades y minusvalías buscando optimizar las capacidades fisiológicas y psico – neuro – sensorio motrices de los pacientes.

La Fisioterapia en el Mundo.

La Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT - fundada en 1951), y la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK - fundada en 1967), a las cual está adscrito el Perú, por medio de la Asociación Peruana de Terapia Física, son las voces internacionales para la terapia física, lo que representa más de 350,000 fisioterapeutas en todo el mundo a través de sus 111 organizaciones miembros.

La confederación ha consolidado su posición internacional por obtener el estatus consultivo ante las Naciones Unidas y las relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud. También forjó vínculos con los organismos internacionales de carácter voluntario como la Rehabilitación Internacional, la Asociación Médica Mundial y organismos de las Naciones Unidas, como UNICEF. La WCPT ha celebrado 17 congresos mundiales desde su creación, que se celebra cada cuatro años (el último se llevó a cabo en el mes de mayo del 2015 en Singapur, y el próximo se realizará en Julio del 2017 en Ciudad del Cabo, Sudáfrica).

Por su parte, la CLAFK propugna la cohesión y la cooperación permanente entre los países de América Latina. Fueron sus suscritos, en sus primeros años, las Asociaciones Profesionales de Chile, Argentina, Uruguay y Perú; actualmente está integrada por once

organizaciones, además de las ya mencionadas, la de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela.

En Estados Unidos la práctica de la fisioterapia ha evolucionado, adaptándose a la nueva realidad socio – sanitaria y convirtiéndose en un grupo reconocido de proveedores de salud, generándose, en la década de los setenta, un mandato en el ámbito nacional para desarrollar un cuerpo de conocimiento propio de la fisioterapia, lo que resultó en un aumento significativo de artículos de investigación publicados desde entonces hasta el presente. Además, en los EE.UU., los fisioterapeutas con el nivel de Doctor en Fisioterapia (Doctorate of Physical Therapy) y muchos de ellos con acreditación en especialidades y con experiencia adquirida en programas de residencias, pueden razonablemente esperar en un futuro inmediato, alcanzar el derecho a prescribir determinados fármacos, análisis de sangre y orina, exámenes por imágenes y otros procedimientos que le ayudarán en el diagnóstico de la enfermedad.

La ER-WCPT (Confederación Mundial de Terapia Física - Región Europea) se constituye como una red de recursos, un observatorio y la voz de la fisioterapia a nivel europeo; y con el objetivo de incrementar el prestigio y reconocimiento de la fisioterapia en el ámbito de las ciencias de la salud. El alcance de la Autonomía Profesional y el Acceso Directo se constituyen como objetivos centrales desde una perspectiva europea.

Entre los principales objetivos de la ER-WCPT se encuentran:

- Promover altos estándares de investigación, educación y práctica profesional de la fisioterapia.
- Apoyar el intercambio de información entre las regiones de la WCPT y las diferentes organizaciones que la forman.

- Colaborar con otras organizaciones de carácter nacional o internacional.
- Influenciar las políticas comunitarias y defender los intereses de la fisioterapia a nivel de la Unión Europea.

Si otra profesión controla o domina el acceso a los servicios de fisioterapia se limita o debilita dicha autonomía. Sin embargo, el alcance de la misma varía dentro y entre los diferentes sistemas a nivel internacional.

En el Reino Unido, la fisioterapia alcanza el status de profesión autónoma en el año 1977, lo que los convirtió en profesionales de primer contacto, es decir, el cambio de paradigma de la atención secundaria a la primaria. En 1976 la Asociación Australiana de Fisioterapia revocó su primer principio ético que establecía que “los fisioterapeutas tratarían sólo pacientes derivados por un médico registrado”. Desde mediados de los noventa, la WCPT (World Confederation for Physical Therapy) establece que los fisioterapeutas pueden actuar como profesionales de primer contacto, y los pacientes / clientes / usuarios pueden solicitar sus servicios de manera directa, sin necesidad de ser derivados por otro profesional de salud.

La Autonomía Profesional se define como la capacidad de un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, en base a principios al que el profesional se atiene.

Se describen varios tipos de autonomía profesional en el área de la salud; así tenemos, por ejemplo, la autonomía de práctica refiriéndose al autocontrol del propio trabajo, en donde el fisioterapeuta desarrolla independientemente su trabajo clínico, es decir, la evaluación y tratamiento sin necesidad de la revisión de una autoridad superior. Esta autonomía se refiere a la responsabilidad del fisioterapeuta de tomar decisiones

relacionadas a la administración de su práctica y de su tiempo; por lo tanto, el autocontrol del propio trabajo marca la diferencia entre una profesión independiente y una subordinada o auxiliar. Las acciones de este profesional están bajo su responsabilidad y sus decisiones profesionales, y no deberían ser controladas o comprometidas por terceros, sean éstos gestores o empleadores, miembros de otras profesiones u otros individuos.

Las atenciones del fisioterapeuta se desarrollan desde el primer nivel de atención, llámese en postas y centros de salud, hasta el tercer nivel como los Institutos Nacionales de Salud; y en diversas especialidades como rehabilitación oncológica, la cardiorespiratoria, en neurorehabilitación, rehabilitación traumatológica, deportiva, rehabilitación pediátrica, en la geriátrica, en pacientes quemados y otros para lo cual se vienen promoviendo, a través del Colegio Profesional y las universidades del país, las especializaciones con el fin de alcanzar un alto desarrollo del conocimiento, lo cual hace necesario su periódica revisión para asegurar que la práctica profesional refleje la última evidencia disponible y continua siendo consistente en las necesidades actuales de salud.

El alcance de la práctica profesional (scope of practice) del fisioterapeuta está establecido de manera general y a un nivel internacional por la WCPT, si bien cada país define su propio ámbito competencial en el marco de su legislación y de un contexto regulador determinado. Los marcos competenciales de la fisioterapia han de ser dinámicos y evolutivos acorde a las políticas sanitarias mundiales que mejore la salud de la población y la sociedad no sólo cuantitativamente sino además y especialmente en lo cualitativo.

En los países llamados de Primer Mundo, con mejor desarrollo y resultados en sus Sistemas de Salud, el llamado acceso directo y la auto-derivación de los pacientes al fisioterapeuta se consideran manifestaciones significativas de la AUTONOMÍA PROFESIONAL DEL FISIOTERAPEUTA.

La WCPT reconoce que los fisioterapeutas tienen un importante rol que cumplir ante las demandas epidemiológicas del nuevo milenio y el envejecimiento de la población. Recomienda, por tanto, a sus miembros que gestionen a nivel de legisladores y autoridades de salud respectivas, el diseño de políticas apropiadas que permitan el ejercicio profesional oportuno, autorreferido y expedito de la fisioterapia; así como el establecimiento de sistemas de certificación de los niveles exigibles de entrenamiento, calificación y educación, que garanticen la calidad y seguridad de atención de las personas y poblaciones.

2.1. Formulación del problema

Problema principal.

¿Cómo se relaciona la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado, Jesús María, Lima – Perú 2016?

Problemas específicos.

- ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito asistencial con la autonomía profesional del fisioterapeuta?
- ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de gestión con la autonomía profesional del fisioterapeuta?
- ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de la docencia con la autonomía profesional del fisioterapeuta?
- ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de la investigación con la autonomía profesional del fisioterapeuta?

3. **Objetivos.**

Objetivo general.

Determinar la relación entre la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado, Jesús María, Lima – Perú 2016.

Objetivos específicos.

- Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito asistencial con la autonomía profesional del fisioterapeuta.
- Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de gestión con la autonomía profesional del fisioterapeuta.
- Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de la docencia con la autonomía profesional del fisioterapeuta.
- Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de la investigación con la autonomía profesional del fisioterapeuta.

4. Justificación. El mundo globalizado propugna servicios sanitarios, en donde los pacientes reciban atenciones de salud asequible, eficiente, oportuna y con costes adecuados.

En nuestro país, los pacientes que son transferidos a los servicios de fisioterapia y rehabilitación, provienen de múltiples consultas previas:

1° Consulta con el médico general

2° Consulta con un primer médico especialista (llámese Traumatólogo, Reumatólogo, Neurólogo, Geriatra, etc.).

3° Consulta con el Médico Fisiatra (médico de rehabilitación)

Estas interconsultas por las que transita el paciente, hasta este momento, es el adecuado cuando se trata de un paciente que ingresa al Servicio de Fisioterapia por primera vez. Lo redundante sucede luego, cuando terminada las sesiones de fisioterapia que le indica el Fisiatra (que generalmente son entre 8 a 10 sesiones), el paciente debe, en reiteradas veces, volver a la consulta para evaluaciones que perfectamente las podría realizar el fisioterapeuta (evaluaciones físico – funcionales, sensorio – motrices, evaluaciones de rangos articulares, de fuerza muscular, etc.), porque son evaluaciones necesarias para hacer el seguimiento al paciente; dichos pacientes, en la gran mayoría, van a permanecer en el servicio mucho más tiempo (por ejemplo, aquellos con una tendinitis cálcica permanecerán de dos a tres meses, los pacientes con secuelas de fracturas, de cuatro a más y los pacientes con secuelas de lesiones neurológicas, oncológicas, pacientes amputados, y otros, permanecerán en nuestro servicio muchísimo más tiempo).

Ya, la permanencia de los pacientes de larga data en nuestro servicio, por la atención fisioterapéutica resulta costosa, aunque necesaria, imaginen lo que significa para los pacientes, tener que acudir al consultorio médico para que simplemente se les confirme que van a continuar con la fisioterapia y rehabilitación. Exceptuando, por supuesto, aquellos pacientes que requieran ir a una consulta para ser medicados o si se presentase alguna situación de salud nueva que amerite dicha consulta.

El acceso directo, además tiene acciones de intervención en la Atención Primaria de Salud (APS), ya que reduce los tiempos de espera de aquellas noxas que no requieren atención especializada, permitiendo cumplir las metas clínicas y sanitarias, derivando al especialista sólo aquellos casos que si lo requieren; esto descongestiona los niveles secundarios y terciarios de atención disminuyendo los tiempos de espera de aquellos casos que efectivamente no requieren intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos.

La WCPT, además promueve y declara que los fisioterapeutas deben ejercer su criterio y razonamiento clínico, en especial para ejecutar acciones de promoción de salud, de prevención, de gestión, de intervención de pacientes cuya condición está comprendida dentro de aquellas situaciones que no requieren atención del médico especialista y cuyo manejo requiere del conocimiento y competencias clínicas propias de la fisioterapia.

El pensamiento de autonomía profesional, llamado en Europa acceso directo en fisioterapia, se sustenta, no sólo en el ahorro económico que significa el innecesario pase a repetidas consultas médicas, sino también, en el hecho de que en realidad el tratamiento fisioterapéutico, no es evaluado ni supervisado por un profesional médico, ya que la actividad profesional que nosotros realizamos no pertenece al campo de acción de ningún profesional del área de la salud; y aún más, durante el pregrado nuestro currículo está diferenciada, aplicativamente hablando, del resto de profesionales de la salud. Mal, se podría afirmar, que nuestra labor tenga que ser supervisada por otro profesional, ya que éste no tendría la solvencia metodológica ni técnica de nuestras herramientas para la praxis (podría conocerla en teoría, pero no su aplicabilidad, como si es del dominio de un fisioterapeuta).

Algo importantísimo que remarcar, se refiere a que el abordaje terapéutico del fisioterapeuta es responsabilidad única y exclusiva de éstos, tanto es así que, durante la praxis, cuando se le produce algún daño a un paciente (quemaduras, fracturas o cualquier lesión en tejidos blandos, caídas, etc.), la responsabilidad total de estos recae en el fisioterapeuta y deben ser asumidos tanto a nivel penal, judicial y moral. Ningún otro profesional de la salud (incluyendo el médico que nos transfiere el paciente) asume estos errores y/o daños; por lo tanto, esta responsabilidad total, implica también y con todo derecho, una autonomía absoluta en el ejercicio de nuestra profesión. Sería necesario, entonces, que el Consejo Nacional de Salud, revise lo concerniente a la Autonomía del Fisioterapeuta en el Reglamento de la Ley del Trabajo y Carreras de los Profesionales de la Salud.

La importancia del proyecto radica en demostrar, mediante la descripción, análisis y la correlación de datos, la imparabile e inevitable, quizás en no muy largo tiempo, la autonomía verdadera que propugnamos los fisioterapeutas; y esperemos, en el futuro, que el acceso directo a la fisioterapia, pensamiento que está invadiendo al mundo, alcance a nuestro país. Algo digno de resaltar es que la Asociación Peruana de Terapia Física ha presentado al Parlamento un Proyecto de Ley del Ejercicio Profesional de la Fisioterapia en nuestro país, y de la necesidad de la creación del Colegio de Fisioterapeutas del Perú, los cuales existen en todos los países del mundo; ley que respaldará y protegerá a la población del intrusismo en fisioterapia, además de darle el status, el reconocimiento y mayor desarrollo de la profesión en el Perú.

Por todo lo expuesto anteriormente, este proyecto plantea la necesidad que, en el Perú, se tome, de una vez, las experiencias exitosas que se están sucediendo en países latinoamericanos, países de habla inglesa y de los países europeos, en donde la autonomía

del fisioterapeuta ha beneficiado al paciente/usuario, a las entidades prestadoras de salud, tanto estatales como privadas y al Estado.

5. Alcances y limitaciones. El presente trabajo de investigación se realizó en un Policlínico Privado de Jesús María.

El período de tiempo necesario para el desarrollo de la investigación fue del mes de julio al mes de diciembre del 2016.

La población de estudio estuvo integrada por fisioterapeutas que laboran en el Centro de Rehabilitación del Policlínico Privado en mención: 14 fisioterapeutas que atienden a pacientes adultos y 5 fisioterapeutas que atienden a pacientes niños. Estuvo conformada, en forma sistémica por la relación conceptual de los siguientes elementos teóricos del problema: Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia.

Limitaciones.

Esta tesis se centró principalmente a determinar la relación directa entre la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, no extendiéndose a la evaluación y comparación con otros establecimientos de salud, así como con otros servicios que realizan este tipo de procedimientos. Los resultados obtenidos están limitados de acuerdo a las características demográficas y particulares de los fisioterapeutas del Policlínico Privado de Jesús María.

6. Definición de Variables.

Decisiones.

Determinación, resolución que se toma o se da en una cosa dudosa.

Competencias.

Pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado.

Decisiones de Competencia.

Es la determinación que se toma para intervenir en un asunto utilizando, en este caso, la pericia profesional.

Autonomía Profesional del fisioterapeuta.

La Asociación Americana de Terapia Física (APTA por sus siglas en inglés) ha definido la práctica autónoma del fisioterapeuta como una que se caracteriza por independencia y auto-determinación en su juicio y acción profesional. A esta definición se le han añadido aquellos atributos necesarios para mantener una práctica autónoma, con el objetivo de que los fisioterapeutas se ganen el reconocimiento y respeto por su educación, experiencia y peritaje en su área de práctica profesional.

Policlínico Privado.

Establecimiento sanitario que atiende a pacientes de diversas patologías en régimen ambulatorio y que no es de propiedad pública o estatal, sino que pertenece a particulares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Teorías generales relacionadas con el tema.

1.1. Las competencias del fisioterapeuta en el ámbito asistencial. Por razones de ética profesional, los fisioterapeutas se han sentido con el compromiso de realizar sus atenciones, tomando las mejores decisiones clínicas; éstas deben tener como base, fundamentos científicos usando el modelo de **Fisioterapia Basada en la Evidencia (FBE)**.

La práctica basada en la evidencia es una corriente de pensamiento cuyo objetivo es la utilización de la mejor evidencia científica disponible sobre investigaciones clínicas relevantes. Esta corriente de pensamiento se inicia en los años ochenta en la Universidad Canadiense de Mc Master y ha llegado a convertirse en un movimiento profesional. El término evidencia, en inglés, significa “algo que es comprobado o verificado”, y en el ámbito sanitario se entiende por evidencia a aquella información que ayuda a tomar una decisión.

En tiempo pasado, la práctica clínica de la fisioterapia se ha basado en la experiencia clínica y en menor medida en la investigación clínica; pero para la FBE no es suficiente con lograr la eficacia biológica, mediante los diferentes tratamientos realizados (evidencia indirecta); sino, en estudios que testen, mediante hipótesis, los efectos de estas intervenciones (evidencia directa).

Fue parte de nuestra cultura creer, que las explicaciones a las diversas teorías clínicas eran científicas y no preocuparnos que fuesen evidencias clínicas. Esta necesidad conducirá a reducir en parte la incertidumbre en las que se realizan muchas tomas de decisiones en el ámbito asistencial; estas incertidumbres, por lo contrario, deberían salir a la luz y ser fuentes de nuevas investigaciones.

Esto no significa, dejar de lado la experiencia clínica; sino de unirla a la evidencia disponible. La corriente de la FBE persigue un fin loable y ético: tratar de aportar más ciencia al arte de la fisioterapia; además, tiene gran valor estratégico al constituir una importante herramienta de cambios que se están produciendo en los nuevos modelos de gestión sanitaria.

Por otro lado, con la tecnificación de las ciencias de la salud se ha venido presentando un desmedro de las relaciones humanas entre el personal sanitario y los pacientes. Se describen necesidades básicas requeridas por el paciente con respecto al profesional:

- Comprender sus percepciones y cogniciones
- Tomar en cuenta sus expectativas.
- Brindar un comportamiento afectivo.
- Información de manera comprensible.

Aquí, además, se incluye la confianza y la esperanza como necesidades fundamentales del paciente en relación al fisioterapeuta. Todas estas necesidades básicas típicas de las relaciones humanas fundamentan un aspecto biológico, psicológico y social, llamado **Modelo Biopsicosocial (BPS)**. El paciente percibe a los profesionales como empáticos cuando tiene un comportamiento adecuado y los califican favorablemente. Estas

habilidades sociales deben incluirse en forma precoz desde el pregrado; es decir, integrar la visión biopsicosocial, la empatía y el asertividad dentro de las competencias clínicas. La llamada adherencia terapéutica, entonces, es relevante en la praxis, especialmente con aquellos pacientes con diagnóstico de patologías crónicas proporcionando efectos benéficos sobre la salud en general.

Algunos estudios han demostrado que se puede utilizar la pedagogía como herramienta terapéutica eficaz en fisioterapia. De esa manera, podemos intervenir sobre creencias, conductas y equivocadas expectativas que nos manifiesta el paciente y potenciar con nuestra explicación, eventos físicos, psicológicos y/o sociales que los beneficien.

1.2. Las competencias del fisioterapeuta en el ámbito de gestión. Esta competencia se refiere a las tareas de dirección que implican el proceso de actuación dinámica y continuada de un profesional sobre otros, con el objeto de fortalecer habilidades relacionadas con el liderazgo, diseño y gestión de proyectos que promuevan cambios en la sociedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes, con patologías que deterioren su salud motora, que produzcan discapacidad y que alteren su entorno familiar.

La fisioterapia del siglo XXI es el fruto de complejos procesos de profesionalización; este proceso se ha llevado a cabo en tres etapas: la etapa técnica, la profesional y la científica que, partiendo de los importantes avances ocurridos en el siglo anterior, han permitido la conformación de una sólida y fundamentada rama del saber. En estas condiciones, la fisioterapia debe hacer frente a los nuevos retos que plantea este siglo, basados en la visión global del conocimiento, la gestión eficiente y

sostenible de las instituciones, los nuevos roles sociales y la implementación de las nuevas tecnologías.

Además, la **gestión clínica** se refiere a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.

Es necesaria la implicación de los fisioterapeutas en los órganos de toma de decisiones que afectan directamente a la profesión. Para futuras medidas que incumben de lleno a los fisioterapeutas es necesario contar con sus representantes (asociaciones y colegios profesionales).

Hoy en día los fisioterapeutas en el Perú, que han continuado su formación profesional mediante estudios de posgrado como Maestrías y Doctorados, están obteniendo niveles laborales que enaltecen a la profesión: Direcciones de Escuelas Universitarias de Fisioterapia (anteriormente ocupadas por otros profesionales) en donde gestionan los procesos necesarios para la mejora del nivel profesional de sus egresados, tanto a nivel tecnológico, humanístico y cultural; además están ocupando, en mayor escala, jefaturas de servicios tanto a nivel del sector público como privado.

Por otro lado, es satisfactorio que los fisioterapeutas, estén obteniendo éxito en los tres tipos de gestión sanitaria, por ejemplo: a nivel de macrogestión tenemos la

elección como Presidente de Asociación Latinoamericana de Terapia Física a una profesional peruana; en mesogestión a Directores de Facultades y Escuelas Universitarias de Fisioterapias, Jefaturas de Servicios de Fisioterapias; y en microgestión a los fisioterapeutas empresarios que planifican, organizan, dirigen y controlan sus propios Centros de Terapia física.

El fisioterapeuta es el personal idóneo para efectuar las acciones de **peritaje legal**, público y privado en el campo de su competencia profesional. Es importante agregar, además, que actualmente se desarrolla como asesor consultor, promotor e investigador en entidades productoras, distribuidoras y/o comercializadoras de equipos y aditamentos usados en el desempeño profesional.

1.3. Las competencias del fisioterapeuta en el ámbito de la docencia. El fisioterapeuta participa en las actividades de formación profesional de pre y post-grado como docente, coordinando y organizando las asignaturas de ciencias básicas y aplicadas, durante los años de estudios universitarios y luego en el internado; así como en cursos, seminarios, talleres y otros como cursos de capacitación, actualizaciones, especialización, etc. Promueve el aprendizaje y la formación académica del fisioterapeuta, brindando conocimientos y preparación teórico-práctico con base humanística, científica, tecnológica, de cultura general y en forma constante. En los servicios de salud interviene capacitando y asesorando a los internos de la especialidad; además de capacitar a los asistentes o técnicos de los Servicios de Fisioterapia, al resto del personal de salud, a los pacientes y familiares de éstos.

La dinámica de la globalización, con las transformaciones a nivel nacional e internacional unida a la necesidad de una cultura con calidad y excelencia académica, la

educación superior ha tenido que desarrollarse con una coherencia en su currículo y las necesidades sociales propias de cada país, en especial, y el mundo, en general.

La formación profesional en Fisioterapia está respaldada por el proyecto educativo que cada programa universitario que se establece basado en una estructura curricular que articula las funciones de docencia, investigación y extensión universitaria, propia de la educación superior. Además, es importante reconocer que los perfiles profesionales responden al **contexto social del país**, a las características epidemiológicas, demográficas, económicas y culturales; educando a la población y empoderándola de conocimientos respecto a los factores de riesgo mórbido y de mortalidad (promoción y prevención en fisioterapia).

Es importante que la propuesta en la docencia en fisioterapia, y en salud en general, es trascender el modelo de formación para el trabajo y más bien promover una formación profesional que la utiliza y aplique un nuevo conocimiento basado por la vía científica y no por el camino de la tradición y/o la creencia. **La ciencia, innovación y tecnología** son políticas que, en los últimos años, han remarcado los saberes en los programas de especializaciones, maestrías y doctorados en todas las ciencias de la salud y es el camino en el que debemos, los fisioterapeutas, también abocarnos.

Las características históricas y sociales en Latinoamérica unida al constante interés por la calidad en la formación en fisioterapia condujo en 1997, por iniciativa de la CLADEFK (Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología) se modernizara y profundizara en la formación académica del fisioterapeuta en esta región, el cual se materializó a partir de 1999 a través de un proyecto regional denominado

“Nivelación y Globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina”.

Por su parte, también, la UNESCO, en el “Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior” establece como marco para el desarrollo humano sostenible el tema de la educación y hace un llamado para que ésta sea prioritaria en las agendas de los países (UNESCO, 2005).

Ante un mundo en constante cambio y transformación, el nivel de la gestión para los sistemas de Educación Superior en un país, debe promover las habilidades necesarias que permitan a los egresados interactuar en una sociedad con el permanente desarrollo del saber, es decir transformarnos en **una sociedad del aprendizaje**.

Los estándares de calidad debe ser un compromiso para los docentes en educación superior en Fisioterapia, de esta manera se mejorarán los procesos de evaluación y facilitar la comparabilidad y compatibilidad de los títulos que se obtengan beneficiando la movilidad académica y creación de redes académicas.

Internacionalmente, la evaluación de las condiciones mínimas de calidad de los programas de educación universitaria incluye un número de créditos de 160, para asegurar el mantenimiento, optimización y potenciación de una propuesta curricular.

Los programas y el sistema de créditos académicos deben procurar resultados en:

- Conocimiento y entendimiento terminado el programa académico.
- Habilidades claves de la profesión (comunicación, capacidad numérica, uso de tecnología de la información y capacidad de aprender a aprender).
- Habilidades cognitivas tales como análisis crítico, estudio de metodologías y

técnicas aplicables.

- Creación y fortalecimiento de redes nacionales e internacionales de programa de formación; facilitar la cooperación y movilidad estudiantil.
- La universidad debe proporcionar a los alumnos capacidades y formación científica, tecnológica y humanística.

La educación universitaria en Fisioterapia debe tener otros elementos de desarrollo tales como la innovación, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad (UNESCO, 1995). Para esto es importante que se asuma el análisis de las necesidades sociales desde una perspectiva política, económica y cultural, fundamentando el quehacer de los futuros fisioterapeutas, un pensamiento crítico y una sistematización de las experiencias a través de la investigación.

La actuación del fisioterapeuta en el ámbito de docencia se da a nivel del aula (de nivel universitario y de institutos), donde se preparan no sólo a los profesionales en fisioterapia en las universidades, sino además a los técnicos o asistentes que apoyarán las labores del profesional; su campo docente la desarrolla, también en los colegios dictando clases en cursos de ciencias. Por tanto, debemos considerar que el docente en fisioterapia, cumple un papel fundamental en los procesos educativos que tienen lugar en el aula y fuera de ella.

La educación y la investigación están unidas ineludiblemente en todos los saberes de las ciencias de la salud; por lo tanto, la producción de conocimientos del fisioterapeuta debe contribuir a resolver los grandes problemas en salud de la comunidad, tales como los niveles educativos y culturales, los niveles de calidad de

vida y generen riqueza de los pueblos.

1.4. Las competencias del fisioterapeuta en el ámbito de la investigación. La investigación científica es fundamental para la evolución y profesión de cualquier campo del conocimiento. Esta investigación debe basarse en el **método científico** que trata de la observación de un fenómeno, elaboración de una hipótesis que explica este fenómeno, el diseño y decir un modelo que justifique la hipótesis que se aplica al modelo, un análisis de resultados y se extraen conclusiones que afirman o modifican esa hipótesis.

Los fisioterapeutas sabemos, por la experiencia profesional, que nuestros tratamientos funcionan, que el paciente mejora y está satisfecho; pero para la ciencia esto no es suficiente, ya que estos resultados deben ser medidos y legitimarse con hipótesis dentro de un método científico.

En el actuar de la fisioterapia, no sólo tomamos como base de conocimientos, como el resto de las ciencias de la salud, a la anatomía, histología y citología (estudio de la estructura); la fisiología y la biomecánica (estudio de la función); la patología (estudio de las enfermedades y sus alteraciones); la terapéutica (estudio de los tratamientos y sus aplicaciones), sino también en los signos y síntomas (manifestaciones clínicas) con los que la enfermedad se hace notar. Estos conocimientos básicos, sobre la conceptualización de la enfermedad nos hace capaces de determinar las consecuencias que éste tiene sobre el macro movimiento (aparato locomotor, flujo respiratorio, cardiocirculatorio, etc.) y el micro movimiento (intercambio gaseoso, microcirculación sanguínea, microcirculación linfática, etc.) con la resultante de deficiencias e incapacidades que alteran temporal o permanentemente

capacidades motores en el individuo y muchas veces acompañados de algias que producen todo un complejo trasfondo bio – psico - social.

Con el método científico sistematizamos los conocimientos y va a depender de la existencia de teorías buscando un propósito y dándole sentido a la investigación científica. En Fisioterapia, como en todas las ciencias de la salud, interesa no sólo investigar la causa de la enfermedad, y los signos y síntoma; sino que se añadan aspectos tales como valorar los costes, la calidad, la pertinencia, la viabilidad, la factibilidad entre otros. Esto permite que este nuevo conocimiento permita mayor eficiencia, eficacia y efectividad en la aplicación de la fisioterapia. En Latinoamérica, la investigación tuvo que esperar varias décadas para que se generalizara su institucionalización y se profesionalizara.

Por otro lado, las **técnicas bibliométricas**, contribuyen al estudio de la productividad de los sectores científicos y tecnológicos a partir de las fuentes bibliográficas y patentes para identificar a los autores, sus relaciones y sus tendencias; y unida a la Fisioterapia basada en la Evidencia (FBE) es el resultado de una instalación clínica de alta calidad, convirtiéndose en una estrategia promovedora para esta actividad, cumpliéndose así el desarrollo disciplinar y profesional establecidos por la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT).

Las actividades científicas se llevan a cabo primordialmente en universidades, centros hospitalarios, instituciones públicas y privadas de salud, redes de investigación y por investigadores independientes. Las publicaciones a nivel mundial en el área clínica en Fisioterapia se han incrementado, en forma significativa, entre el 2005 y 2009

sobre todo en el área cardiovascular; seguido de disfunciones pulmonares, musculo esqueléticos, del sistema nervioso y del tejido tegumentario; dichas publicaciones se realizan mediante ensayos clínicos, meta-análisis, revisiones sistematizadas y guías de práctica. Como ejemplo, tenemos que Brasil es el país con el mayor número de artículos indizados, seguido por Chile, Colombia, Venezuela, Argentina, Cuba y Perú.

En general, aún es incipiente la producción científica por fisioterapeutas en Latinoamérica, en comparación con países como Estados Unidos, Canadá, Australia y la Unión Europea.

La fisioterapia se encuentra en un permanente desarrollo, que la convierte en una disciplina con participación interdisciplinaria en diferentes grupos de conocimientos como medicina, enfermería, antropología, psicología, sociología, biología e ingeniería electrónica; por lo tanto, las investigaciones científicas hacen posible el planteamiento de estrategias de desarrollo comunitario, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de todas las personas con discapacidad.

2. Bases teóricas especializadas sobre el tema.

2.1 Acceso directo en fisioterapia. El Acceso Directo en Fisioterapia se refiere a la atención profesional del fisioterapeuta brindado de forma directa al paciente, es decir sin la previa atención de otro profesional. Esta forma de intervención sanitaria, en la actualidad, ya se viene desarrollando en países desarrollados como EE.UU, Canadá y en países de la Unión Europea; está basada en la alta formación académica que se le brinda tanto a nivel de pregrado como en el de posgrado y sumado a esto, el hecho de que en estos países las leyes profesionales que enmarcan a este grupo profesional les atribuye el solicitar exámenes auxiliares como placas radiográficas, perfiles sanguíneos

básicos, de orina y otros e inclusive la prescripción de productos como ortesis, prótesis, bastones etc., para de esta manera brindar la atención en el área de fisioterapia en trastornos de la función corporal (como por ejemplo en las escoliosis, artrosis, algias musculares por contracturas, pies planos, espolones, etc.) y en donde, utilizando recursos propios de la profesión se brinde tratamiento y calidad de vida a nuestros pacientes.

El Acceso Directo requiere no sólo de un alto nivel de conocimiento científico del fisioterapeuta, sino además del desarrollo de capacidades en sus competencias profesionales en donde deberá medirse por sus actuaciones, intervenciones y decisiones en circunstancias que exigirá responsabilidad profesional y personal; de caso contrario, como en toda profesión, debe ser sancionada institucional, legal y socialmente.

Si bien es cierto la realidad educativa y profesional en los países desarrollados es aún distinta a la nuestra, sería relevante iniciar este anhelo: informando a la población peruana sobre el trabajo del fisioterapeuta, también convencer a los gestores sanitarios sobre la conveniente reducción de gastos en salud tanto del paciente como de ellos mismos y por último a los políticos quienes son los encargados de modificar las leyes que involucran a los fisioterapeutas en el ámbito laboral. El acceso directo no es un modelo nuevo en la prestación de servicios de fisioterapia. Éste comenzó en países de habla inglesa, Australia, Canadá y Reino Unido, a principios de los años 70 del pasado siglo, asociado a una cultura emergente de investigación y de conocimiento.

Los defensores del acceso directo argumentan que los fisioterapeutas están capacitados para el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones situadas dentro de su

ámbito competencial, así como para cribar aquellas condiciones de salud que requieren de una valoración médica. Además, el acceso directo mejora la calidad de la atención sanitaria y los resultados clínicos al disminuir los tiempos de espera de paciente y los costes sanitarios. Así mismo, relaja la presión asistencial sobre la atención primaria de salud.

Por otro lado, la llamada dominancia médica, que se refiere al tipo de relación que se establece entre los médicos y otros profesionales de la salud, implica un control de la profesión médica en la división del trabajo y el ejercer autoridad sobre los otros. La protección que proveyó la medicina en forma de paternalismo, se consideró necesaria para el crecimiento de las profesiones aliadas a la salud; éstas al ir avanzando en sus niveles académicos, en todos sus ámbitos de competencia, lograron mayores niveles de autonomía en forma gradual y segura.

2.2. Relaciones interprofesionales. Los profesionales sanitarios son un objeto de estudio fascinante para muchos sociólogos, que defienden que en este ámbito confluyen los principales debates, no sólo de la sociología de las profesiones, en general, sino también de otras áreas de estudio, como organizaciones, management, poder, conflicto, clases sociales e incluso género.

Estos procesos evolutivos empiezan a exigir una nueva definición de las profesiones sanitarias: contrato social, profesionalismo, independencia / autonomía, prestigio social, confianza; éstos han sido términos utilizados, como conceptos especialmente adecuados para la definición de las profesiones tradicionales. En el discurso sociológico de hoy, se admite que las profesiones están viviendo un profundo

proceso de cambio. Los sistemas sanitarios están en curso de colisión con las necesidades de los pacientes y la realidad económica.

En la actualidad, los roles y funciones que hasta hace apenas veinte o treinta años venían siendo desempeñados exclusivamente por médicos, forman ahora parte normalizada de las competencias de enfermera, fisioterapeutas, psicólogos, incluso profesionales transversales como los trabajadores sociales.

Las instituciones sanitarias tienden a verse crecientemente como un “orden negociado”, en el cual las jerarquías profesionales siguen existiendo, pero no pueden legitimarse en base a derecho natural, sino en la legitimidad que conceden las diferentes contribuciones a los resultados en los tratamientos y a la sostenibilidad financiera de las organizaciones y servicios de salud.

Las fronteras profesionales se están haciendo mucho más dinámicas debido a dos procesos:

- Procesos intra-profesionales (diversificación y especialización).
- Procesos inter-profesionales (sustitución vertical y sustitución horizontal).

Las profesiones clásicas han sobrevivido refugiadas del mercado gracias a un modelo de estado neocorporatista que está en proceso de desaparición, incluso en países como Francia, Italia o Alemania.

La delegación de tareas y procedimientos hacia el personal, mal llamado, no médico calificado y cualificado es una de las más importantes innovaciones en salud, que los servicios sanitarios están importando del mundo empresarial; se trata de

“productos o servicios de costos sincerados, más sencillos y más convenientes para cubrir las necesidades de clientes con exigencias menores”. Estos procesos de cambios en los mapas competenciales de las profesiones son lentos. No sólo porque todas las profesiones son reacias a ceder competencias, funciones o tareas, sino también porque la sociedad y los estados tienden a desconfiar ante demandas de colectivos profesionales emergentes y que buscar beneficios a sus élites profesionales y no a la sociedad.

Los profesionales de la salud, con el alto sentido de la responsabilidad y el compromiso humanístico que se derivan de nuestra vocación, sentimos la llamada a una entrega singular en nuestra labor, que a pesar de limitaciones y dificultades debe planificar nuestras vidas. Nuestra actuación profesional, con todo su contenido científico-técnico, debe, además, ser ético y humano, de lo contrario no sería profesional sino mera actuación.

Algunos de los principales valores éticos que fundamentan las relaciones interpersonales son:

- Respeto.
- Asistencia mutua.
- Deferencia.

La colaboración interprofesional conduce a los profesionales de la salud a compartir ideales y propósitos comunes, aportando cada uno su competencia, de manera que, integradas, concluyan en una responsabilidad común: **servir cada vez mejor al paciente.**

Las relaciones interprofesionales significan un enriquecimiento no exento de complicaciones. Para evitarlas debemos tener en cuenta:

- Respeto con tratamiento con cortesía.
- No invadir el área específica de trabajo de cada uno.
- No delegar funciones propias en quien no es competente.
- Intolerancia a comportamientos descuidados y negligentes.
- Reconocer la autoridad vertical.

3. Marco conceptual.

Autonomía profesional. Se entiende como la libertad que tiene el profesional para aplicar el conocimiento especializado de su profesión empleando su criterio y su conocimiento para tomar las decisiones.

Responsabilidad. Es un valor que está en la conciencia de la persona que estudia la Ética en base a la moral. Puesto en práctica, se establece la magnitud de dichas acciones y de cómo afrontarlas de la manera más positiva e integral para ayudar en un futuro. Una persona se caracteriza por su responsabilidad porque tiene la virtud no sólo de tomar una serie de decisiones de manera consciente, sino también de asumir las consecuencias que tengan las citadas decisiones y de responder de las mismas ante quien corresponda en cada momento.

Fisioterapia. La fisioterapia (del griego physis, 'naturaleza', y therapéia, 'tratamiento') es una profesión sanitaria de nivel universitario cuyo objetivo, basado en conocimiento científico, se enfoca en el desarrollo, mantenimiento, restauración,

optimización y potenciación del movimiento del cuerpo humano y su funcionalidad en busca de la salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Sus estrategias van desde la promoción, prevención, tratamiento y restauración de la capacidad física y funcional del individuo, la familia y la comunidad con la finalidad de mejorar la calidad de vida y por ende el desarrollo social.

Motivación del personal profesional. Acción de estimular al personal con el objetivo de que obtengan un mejor rendimiento en el logro de los objetivos del servicio de salud. Por medio de la motivación se obtendrá mejores niveles de desempeño, productividad, eficiencia, creatividad, responsabilidad y compromiso de parte del personal.

Gestión. Gestión es la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye: La preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar. La coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones).

Docencia. Actividad de la persona que se dedica a la enseñanza.

Investigación. La investigación es considerada una actividad orientada a la obtención de nuevos conocimientos y su aplicación para la solución a problemas o interrogantes de carácter científico así mismo la Investigación científica es el nombre general que obtiene el complejo proceso en el cual los avances científicos son el resultado de la aplicación del método científico para resolver problemas o tratar de explicar determinadas observaciones

3. Marco legal.

4.1. Bases legales del ejercicio profesional de la fisioterapia en el Perú.

Ley N° 24291 – Ley de Creación del Colegio Tecnólogo Médico del Perú – agosto 1985. Como se mencionó anteriormente, los fisioterapeutas para el ejercicio de la profesión y estar hábiles para ejercerla, es obligatorio estar colegiado; y para postular en los concursos a plazas asistenciales en MINSA y EsSalud, además, debe haber realizado el SERUM (Servicio Rural Urbano-Marginal en Salud).

Ley N° 28456 – Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico – 2004. En esta ley se describen la naturaleza de la profesión, las competencias y funciones, los derechos y obligaciones, los niveles de la carrera (en el sector público de acuerdo al D.L. N° 276; y en la privada, está regulada por las normas correspondientes al régimen laboral de la actividad privada). En la cuarta disposición de esta ley se menciona, al respecto del trabajo independiente del Tecnólogo Médico, que este podrá ser ejercido en forma independiente en su gabinete de Tecnología Médica.

Reglamento de la Ley de Trabajo y Carreras de Profesionales de la Salud - D.S. N° 0019-83-PCM. Según este reglamento se adjudica al Tecnólogo Médico (con la especialidad de Terapia Física y Rehabilitación), como un profesional de autonomía relativa; es decir, en primer término, a aquel que, actuando independientemente, tiene una acción limitada y circunscrita a determinado campo de acción; y en segundo término, a que en algún momento recurrirá a la intervención de otro

profesional de responsabilidad absoluta. Si bien es cierto que la acción del fisioterapeuta está circunscrita, en el ámbito asistencial, a una determinada línea de actuación, la cual abarca desde evaluaciones, diagnóstico físico – funcional, programación y tratamiento y pronóstico en problemas de salud específicos de la especialidad, éstos no son realizados por otros profesionales de la salud; y el hecho de que los pacientes nos sean transferidos por un médico, no significa que nuestra labor sea complementaria a la de ellos (no concluimos algo que se hubiere empezado), sino más bien es un tratamiento completamente diferente al del resto de profesionales de la salud, e inclusive del que nos transfirió al paciente. Por lo tanto, no requerimos de la intervención, durante el periodo de nuestro tratamiento, de otro profesional de la salud, excepto en aquellos casos, como sucedería en cualquier otra contingencia de salud en donde se requiera la atención de otra especialidad.

5. Hipótesis.

Hipótesis principal.

Existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado, Jesús María, Lima – Perú 2016.

Hipótesis específicas.

- Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial.
- Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de gestión.
- Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la docencia.
- Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la investigación.

CAPÍTULO III

MÉTODO

- 1. Tipo.** Se realizó un estudio descriptivo, explicativo cualitativo, retrospectivo, transversal y correlacional.
- 2. Diseño de la Investigación.** El diseño ex–post-facto o retrospectivo en donde se hizo una revisión de fuentes secundarias, referente a Autonomía profesional, Ámbitos de competencia del Fisioterapeuta (cuatro ámbitos), Perfiles profesionales del Perú y de otros países, Códigos Deontológicos, Relaciones Interprofesionales, experiencias internacionales de acceso directo en Fisioterapia, Normas Legales y la correlación entre éstos.
- 3. Estrategias de pruebas de hipótesis.** Para la contrastación de las hipótesis se realizó un análisis exploratorio y descriptivo de las variables analizadas. Asimismo, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables de interés.

4. Variables e indicadores

- Variable Independiente (VI):

- Responsabilidad total de sus decisiones de competencias del fisioterapeuta

- Ámbito asistencial
- Ámbito gestión
- Ámbito docencia
- Ámbito investigación

- Variable Dependiente (VD):

- Autonomía profesional del fisioterapeuta

- Acceso directo a fisioterapia
- Alto nivel académico
- Liderazgo
- Relaciones interprofesionales

- Variable Interviniente (Vi):

- Policlínico Privado

- Infraestructura
- RRHH
- Recursos tecnológicos.

4.1. Operacionalización de variables

| Variables | Indicadores | Sub indicadores | Índice / Ítems | Escala |
|---|-----------------------|--|----------------|---------|
| VI Decisiones de Competencia | -Ámbito Asistencial | • Fisioterapia Basada en Evidencia (FBE) | SI / NO | Nominal |
| | | • Modelo Bio-psico-social (BPS) | SI / NO | Nominal |
| | -Ámbito Gestión | • En clínica | SI / NO | Nominal |
| | | • Perito legal | SI / NO | Nominal |
| | | • Representante comercial | SI / NO | Nominal |
| | -Ámbito Docencia | • Contexto social del país | SI / NO | Nominal |
| | | • Ciencia, tecnología e innovación | SI / NO | Nominal |
| | -Ámbito Investigación | • Método Científico | SI / NO | Nominal |
| | | • Técnicas bibliométricas | SI / NO | Nominal |
| | | • Círculos de estudio e investigación | SI / NO | Nominal |
| | | | SI / NO | Nominal |

| | | | | |
|---|------------------------|--|---------|---------|
| Vi Policlínico Privado | -Infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> • Acorde a necesidades | SI / NO | Nominal |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Permanente | SI / NO | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • mantenimiento | | Nominal |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación permanente | SI / NO | |
| | -RRHH | <ul style="list-style-type: none"> • Armonía laboral | SI / NO | Nominal |
| | | | | |
| | -Recursos tecnológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Equipos electrobiomédicos de última generación | SI / NO | Nominal |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento bianual | SI / NO | |
| | | | | Nominal |

5. Población. Para el estudio se tomó en cuenta como población a los fisioterapeutas que laboran en el Centro de Rehabilitación del Policlínico Privado en mención:

- 14 fisioterapeutas que atienden a pacientes adultos
- 5 fisioterapeutas que atienden a pacientes niños.

Estos profesionales de salud se someten a observación científica, con el propósito de obtener resultados válidos.

Criterios de inclusión

- Fisioterapeutas que atienden a pacientes adultos y a los que atienden a pacientes niños del Centro de Rehabilitación de un Policlínico Privado en Jesús María, Lima -Perú.

Criterios de exclusión

- Médicos fisiatras, médico acupunturista, demás personales asistenciales como técnicos de terapia, técnicos de enfermería, técnicos masajistas, personal administrativo, de mantenimiento y de seguridad.

- Médicos y fisioterapeutas, que desistan de participar en este estudio.

6. Muestra. La muestra poblacional estuvo constituida por el 100% de la población; es decir de 19 fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación de este Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú.

7. Técnicas de investigación

7.1. Instrumentos de recolección de datos. Los instrumentos que se presentaron en esta tesis son producciones propias de la autora, las cuales fueron validados por metodólogos. Dichos instrumentos que se utilizaron en este estudio constan de fichas de recolección de datos, en donde se reunió información sobre los ámbitos de competencias; años de servicio profesional; otro lugar de trabajo, y otros; cuestionarios sobre el conocimiento del tema de estudio del proyecto; así mismo, un cuestionario sobre los niveles de profesionalización de los participantes y las relaciones interprofesionales que observan en el Centro de Rehabilitación de este Policlínico Privado.

7.2. Procesamiento y análisis de datos

- *Autorización o permiso*, de la dirección del Servicio de Rehabilitación de este Policlínico Privado de Jesús María el año 2016, y de los respectivos Comités de Investigaciones para autorizando efectuar el estudio, así como de los Jefes de los Servicios donde se recogió los datos.

- *Tiempo de recojo*, de acuerdo al Cronograma de actividades a ejecutar en el año 2016.

- *Procesos*, seguidos durante el estudio:
Coordinación para establecer un protocolo común de investigación en el Servicio de Rehabilitación de este Policlínico Privado de Jesús María.

- *Capacitación* del personal profesional y no profesional.
- *Supervisión* del personal, para asegurar el cumplimiento del plan de recolección, y para garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

- *Coordinación externa e interna:*

Con el Policlínico Privado de Jesús María y Comités de Investigación respectivos, y con los jefes de los Servicios implicados con el proceso de recolección de datos; y

Con todo el personal que interviene en el estudio del Policlínico Privado de Jesús María.

7.2.1 *Elaboración de los Datos*

Se consideran las siguientes fases:

- **Revisión de los Datos**, para examinar en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados – control de calidad, a fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- **Codificación de los Datos**, se transformaron los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el Formulario ad hoc, según el dominio de la variable.
- **Clasificación de los datos**, en base a la codificación, escala de medición e indicadores – valoración de cada variable identificada en el estudio.
- **Recuento de los datos**, se utilizó un Programa Informático para obtener las matrices de tabulación o Tablas en blanco necesarias.

- **Presentación de datos**, en base al plan de Tabulación se planteó el número de tablas en blanco, las cuales sirvieron para confeccionar las tablas definitivas y los gráficos respectivos para la presentación de datos del estudio.

7.2.2. Validez y confiabilidad del instrumento

En el presente trabajo, se utilizó una ficha de recolección de datos a través de un formulario AD HOC utilizado en el Servicio de Rehabilitación de este Policlínico Privado de Jesús María, la modificación realizada ha sido validada por juicio de expertos, constituido por profesionales médicos con grados académicos de magister en administración de los servicios de salud (Ver Anexo 03).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

“Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en sus decisiones de competencia en un policlínico privado, Jesús maría, Lima – Perú 2016”.

4.1. AUTONOMIA PROFESIONAL

Tabla N° 1

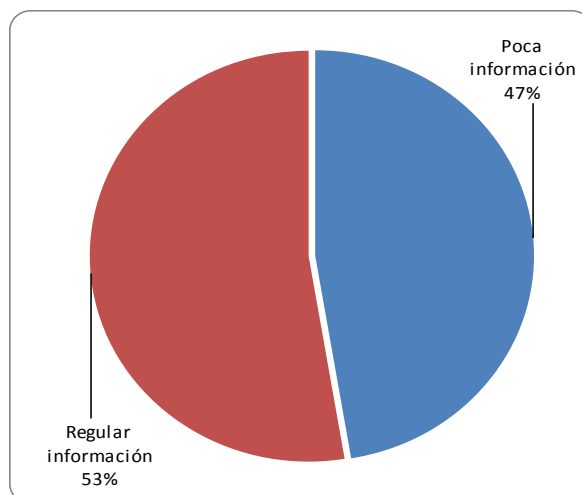
Conocimiento legal y normativo del fisioterapeuta en el Perú, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Grado de información | N° | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Poca información | 9 | 47.4 |
| Regular información | 10 | 52.6 |
| Mucha información | 0 | 0.0 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1

Conocimiento legal y normativo del fisioterapeuta en el Perú, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación al conocimiento legal y normativo, el 53% de los profesionales entrevistados manifestaron poseer un regular grado de conocimiento sobre las leyes, normas y reglamentos que regulan el trabajo del fisioterapeuta en el Perú. Resulta preocupante que casi la mitad de los profesionales encuestados tengan poca información o conocimiento de las leyes, normas y reglamentos que regulan su trabajo en el país. Probablemente esto se deba a que dichos profesionales no mantienen una estrecha comunicación con el Colegio Profesional al cual pertenecen.

Tabla N° 2

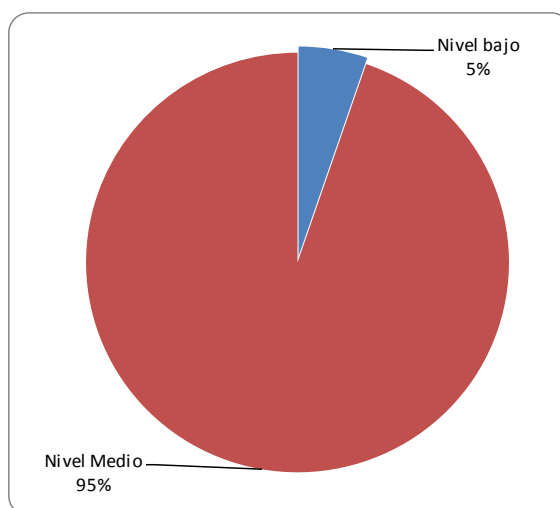
Nivel de autonomía profesional del fisioterapeuta en el Perú, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Nivel de autonomía | N° | % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Nivel Bajo | 1 | 5.3 |
| Nivel Medio | 18 | 94.7 |
| Nivel Alto | 0 | 0.0 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2

Nivel de autonomía profesional del fisioterapeuta en el Perú, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



Respecto al nivel de autonomía profesional que desempeñan los fisioterapeutas en el Perú, más del 90% de los profesionales entrevistados, refieren es de nivel medio. Sólo un 5% manifestó que el nivel de autonomía profesional de los fisioterapeutas en el Perú es de nivel bajo, ninguno refiere que el nivel es alto. Un alto grado de autonomía se logró en Europa, en EE.UU y algunos países Latinoamericanos con una alta preparación académica; y por supuesto con leyes que amparen este derecho.

Tabla N° 3

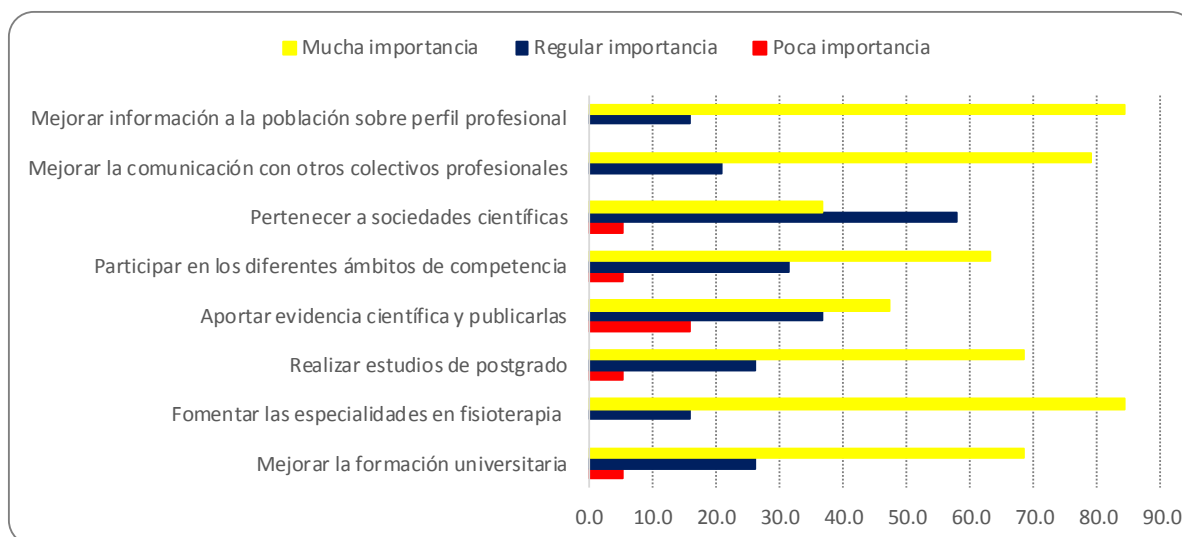
Componentes para la autonomía profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Componentes | Total | | Poca importancia | | Regular importancia | | Mucha importancia | |
|---|-------|-------|------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Mejorar la formación universitaria | 19 | 100.0 | 1 | 5.3 | 5 | 26.3 | 13 | 68.4 |
| Fomentar las especialidades en fisioterapia | 19 | 100.0 | 0 | 0.0 | 3 | 15.8 | 16 | 84.2 |
| Realizar estudios de postgrado | 19 | 100.0 | 1 | 5.3 | 5 | 26.3 | 13 | 68.4 |
| Aportar evidencia científica y publicarlas | 19 | 100.0 | 3 | 15.8 | 7 | 36.8 | 9 | 47.4 |
| Participar en los diferentes ámbitos de competencia | 19 | 100.0 | 1 | 5.3 | 6 | 31.6 | 12 | 63.2 |
| Pertenecer a sociedades científicas | 19 | 100.0 | 1 | 5.3 | 11 | 57.9 | 7 | 36.8 |
| Mejorar la comunicación con otros colectivos profesionales | 19 | 100.0 | 0 | 0.0 | 4 | 21.1 | 15 | 78.9 |
| Mejorar información a la población sobre perfil profesional | 19 | 100.0 | 0 | 0.0 | 3 | 15.8 | 16 | 84.2 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3

Componentes para la autonomía profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación a las ocho componentes consideradas para la autonomía profesional, y su grado de importancia, las componentes fomentar las especialidades en fisioterapia, mejorar la información a la población sobre el perfil profesional y mejorar la comunicación con otros colectivos profesionales son los que fueron calificados como de mucha importancia. En salud debe evitarse ser “todista”; por lo tanto este primer componente en importancia es prioritario para los fisioterapeutas.

4.2. AMBITO DE COMPETENCIA

Tabla N° 4

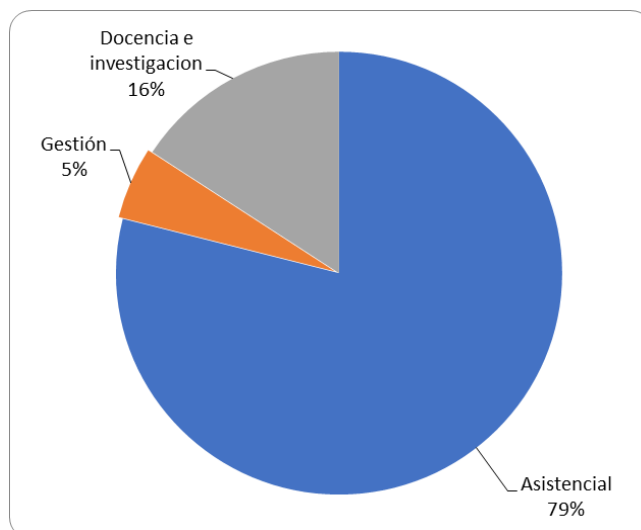
Ámbitos de competencia profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Ámbitos de competencia | N° | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Asistencial | 15 | 78.9 |
| Gestión | 1 | 5.3 |
| Docencia e Investigación | 3 | 15.8 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4

Ámbitos de competencia profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



Sobre los ámbitos de competencia en que se desenvuelven los profesionales de fisioterapia, el 79% de los entrevistados refieren que lo hacen en el ámbito asistencial, 16% en docencia e investigación y 5% en gestión. Mientras no realicen estudios de postgrado no existe la posibilidad de aplicar para los ámbitos de docencia, investigación y gestión, por ser requisitos indispensables para ejercer en ellos.

Tabla N° 5

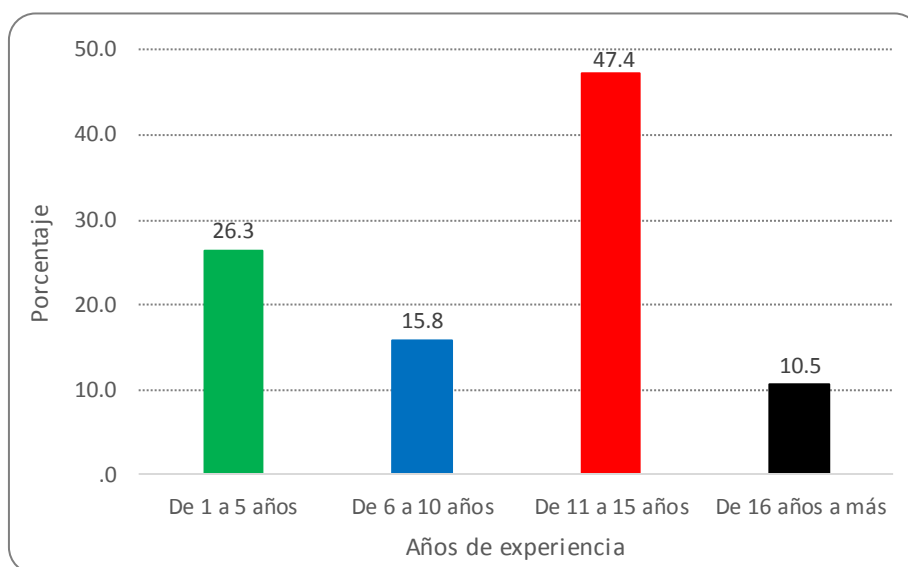
Años de experiencia profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Años de experiencia | N° | % |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| De 1 a 5 años | 5 | 26.3 |
| De 6 a 10 años | 3 | 15.8 |
| De 11 a 15 años | 9 | 47.4 |
| De 16 años a más | 2 | 10.5 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5

Años de experiencia profesional, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En cuanto a los años de experiencia que tienen los profesionales, un 58% de los entrevistados manifestó que posee más de 10 años desarrollándose en estos ámbitos. La alta proporción de profesionales con muchos años de experiencia es un factor importante en su buen desempeño profesional; sería importante que a este factor se le incluyera tratamientos con evidencia científica obtenidas de las publicaciones sobre la especialidad.

Tabla N° 6

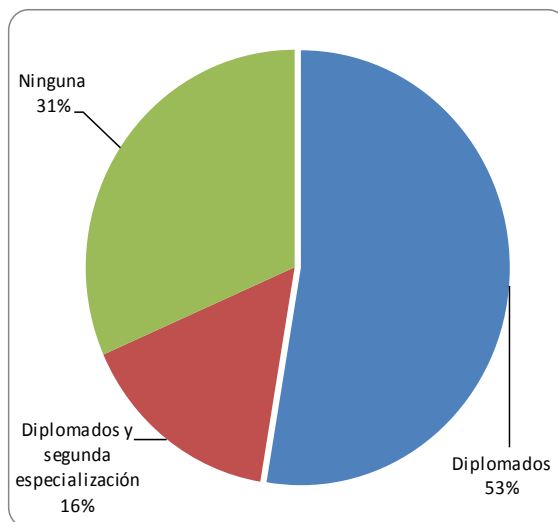
Estudios con certificación, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Estudios | N° | % |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Diplomados | 10 | 52.6 |
| Diplomados y segunda especialización | 3 | 15.8 |
| Ninguna | 6 | 31.6 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 6

Estudios con certificación, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En lo que respecta a los cursos de diplomados y segunda especialización, un 69% de los entrevistados manifestaron que han realizado o se encuentran realizando un diplomado o una segunda especialización. Resulta interesante la actualización de la formación de capacidades de los profesionales fisioterapeutas; aunque esta proporción es menor a la que se observa en profesionales del sector estatal.

Tabla N° 7

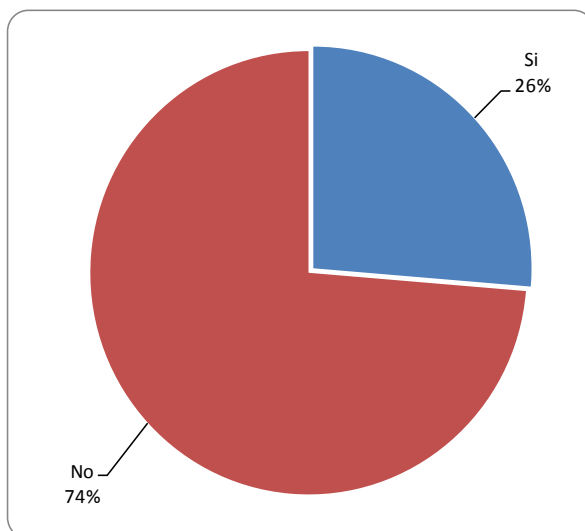
Estudios de postgrado, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Estudios de postgrado | N° | % |
|------------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Si | 5 | 26.3 |
| No | 14 | 73.7 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 7

Estudios de postgrado, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



Un 26% de los profesionales entrevistados refirieron que han realizado o se encuentran cursando estudios de postgrado, mientras que existe un 74% que no refieren estudios de postgrado; debido, quizás, al desenbolsó económico que éstos ameditan y a la indisponibilidad de tiempo que se requiere.

Tabla N° 8

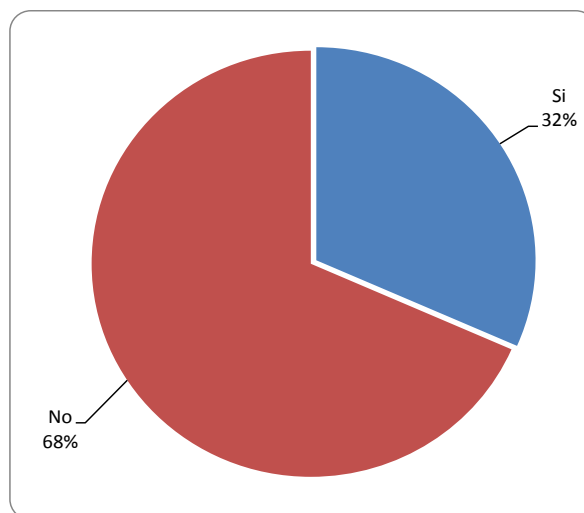
Participación en proyectos de investigación, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Proyecto de investigación | N° | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Si | 6 | 31.6 |
| No | 13 | 68.4 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8

Participación en proyectos de investigación, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



Con respecto a la participación en proyectos de investigación, un 32% de los profesionales entrevistados manifestaron que han participado en algún proyecto de investigación, mientras que el 68% no ha participado. Esto se debe, como se observó en el gráfico anterior, a que el 74% de fisioterapeutas no tiene estudios de postgrado, que es el nivel académico en donde, generalmente, se desarrollan las investigaciones científicas.

Tabla N° 9

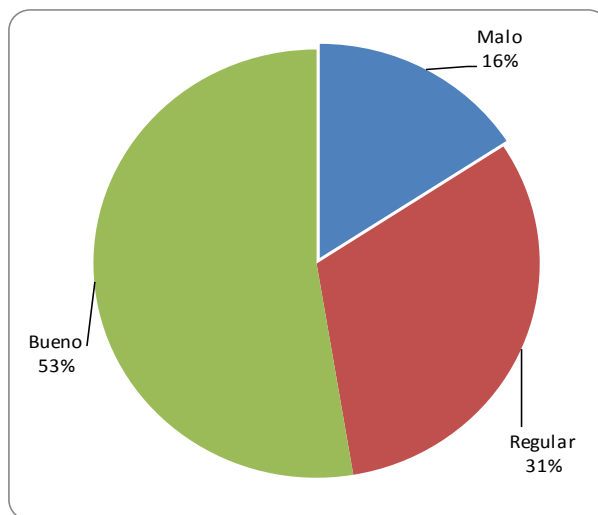
Relaciones interprofesionales en el Servicio de Fisioterapia, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Relaciones interprofesionales | N° | % |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Malo | 3 | 15.8 |
| Regular | 6 | 31.6 |
| Bueno | 10 | 52.6 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 9

Relaciones interprofesionales en el Servicio de Fisioterapia, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



Respecto a la percepción que tienen los entrevistados sobre las relaciones interprofesionales en el Servicio de Fisioterapia del Policlínico, de un 84% lo califica de regular (31%) y buena (53%). El trabajo con el equipo multidisciplinario, respetando los campos de acción, se evidencia en esta gráfica.

Tabla N° 10

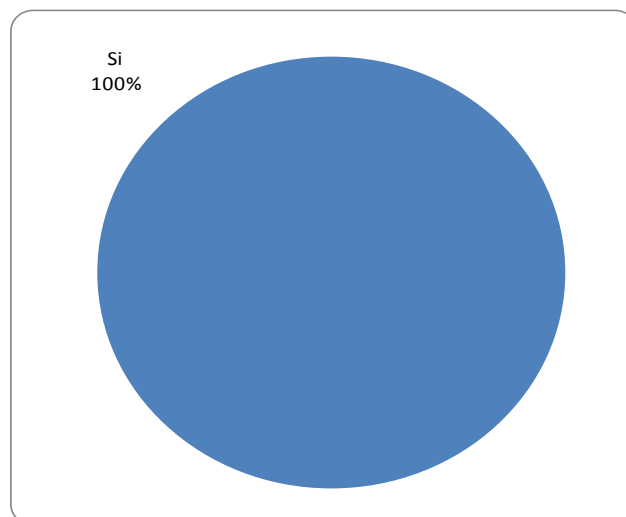
Efecto del desarrollo profesional en el grado de confiabilidad de los resultados del tratamiento, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Confiabilidad en los resultados | N° | % |
|--|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Si | 19 | 100.0 |
| No | 00 | 0.0 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 10

Efecto del desarrollo profesional en el grado de confiabilidad de los resultados del tratamiento, Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación al efecto del desarrollo profesional sobre la confiabilidad en los resultados de los tratamientos, el cien por ciento de los entrevistados considera que es positivo; mientras más capacitado se encuentre el profesional mayor confianza se logrará en los resultados de sus tratamientos en beneficio del paciente/cliente y en el prestigio del fisioterapeuta.

4.3. POLICLINICO PRIVADO

Tabla N° 11

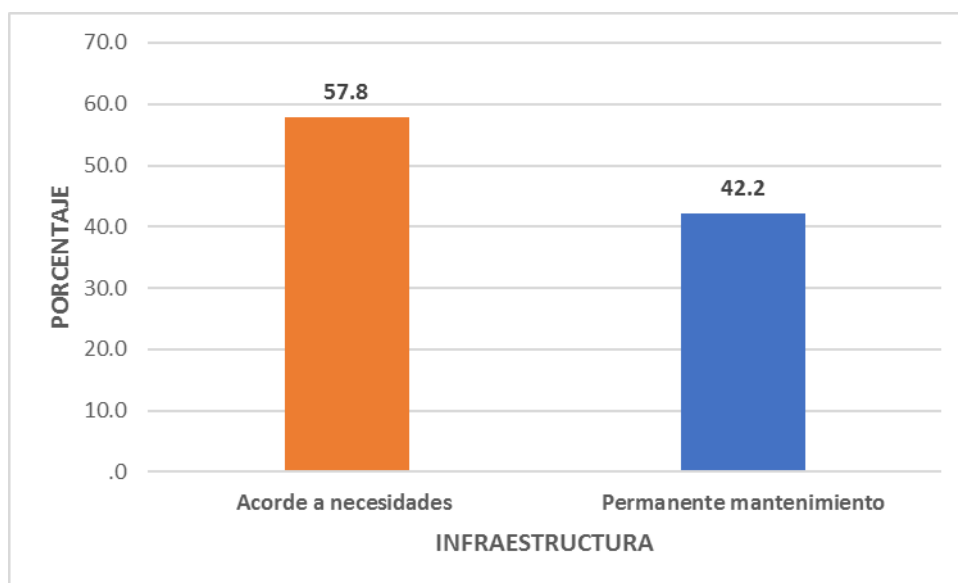
Infraestructura del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Infraestructura | N° | % |
|--------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Acorde a necesidades | 11 | 57.8 |
| Permanente mantenimiento | 8 | 42.2 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 11

Infraestructura del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación a la infraestructura del Policlínico Privado se aprecia que el 58% refiere que es de acorde a necesidades, mientras que el 42% refiere a que presenta permanente mantenimiento. Este mantenimiento se refiere a la constante preocupación de la institución a contar con equipos operativos por lo que se realizan dos veces por año.

Tabla N° 12

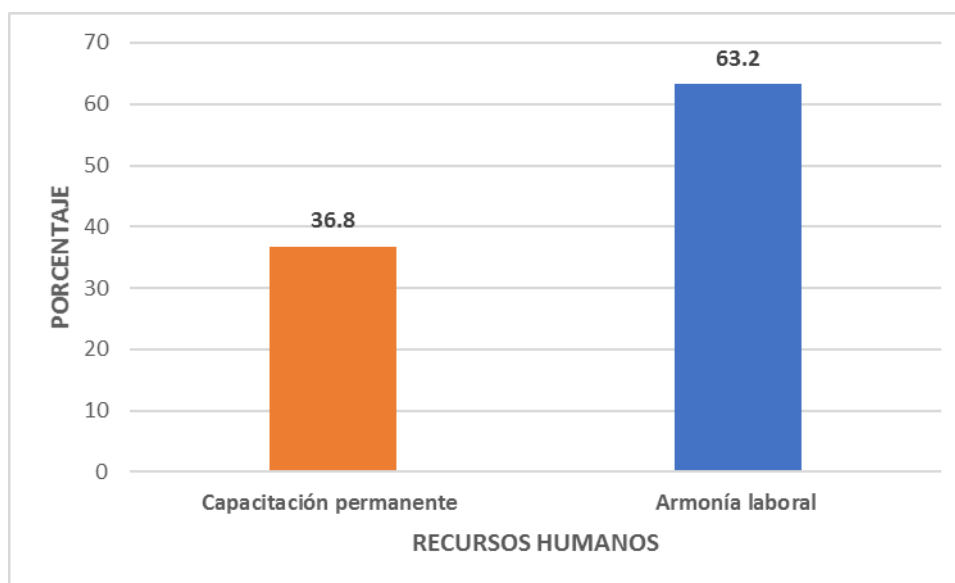
Recursos Humanos del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Recursos Humanos | N° | % |
|-------------------------|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Capacitación permanente | 7 | 36.8 |
| Armonía laboral | 12 | 63.2 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfica N° 12

Recursos Humanos del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación a Recursos Humanos del Policlínico Privado se aprecia que el mayor porcentaje (63.2%) refiere que existe armonía, mientras que en menor porcentaje (36.8%), refiere a que presentan capacitación permanente. Cabe señalar que estas capacitaciones proporcionadas por el Policlínico se refieren a temas de salud en general y una vez al año a temas de fisioterapia.

Tabla N° 13

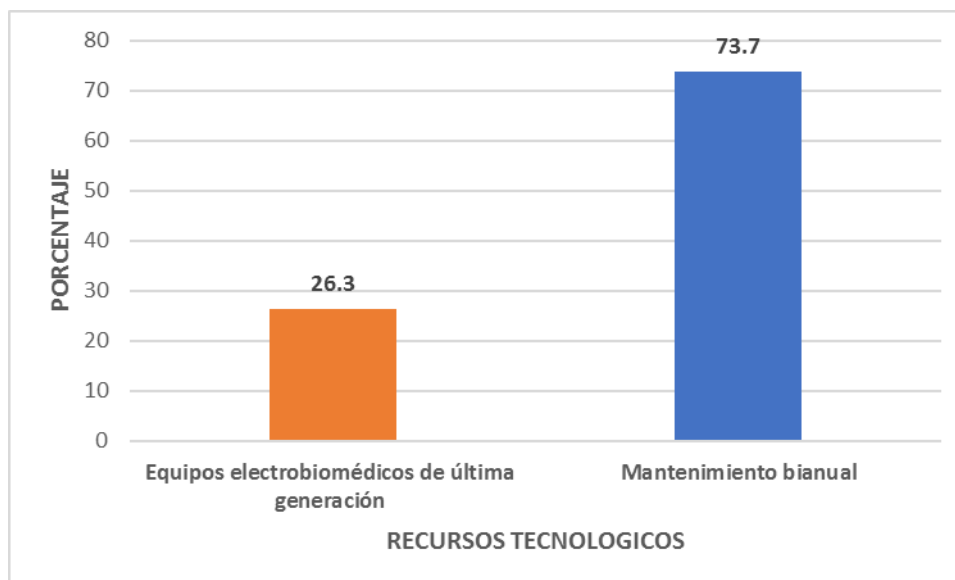
Recursos Tecnológicos del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Recursos Tecnológicos | N° | % |
|--|-----------|--------------|
| Total | 19 | 100.0 |
| Equipos electrobiomédicos de última generación | 5 | 26.3 |
| Mantenimiento bianual | 14 | 73.7 |

Fuente: Elaboración propia

Gráfica N° 13

Recursos Tecnológicos del Policlínico Privado. Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en un Policlínico privado Jesús María 2016.



En relación a Recursos Tecnológicos del Policlínico Privado se aprecia que el mayor porcentaje (73,7%) refiere que existe mantenimiento bianual, mientras que en menor porcentaje (26,3%), refiere a que los equipos del Servicio de Fisioterapia son de última generación.

4.4. TABLA DE CORRELACIÓN ESTADÍSTICA DE VARIABLES

Tabla N° 14

Resultados de la prueba estadística de correlación para las variables autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en un Policlínico privado Jesús María 2016.

| Decisiones de competencia | Autonomía profesional del Fisioterapeuta |
|----------------------------------|---|
| Ámbito Asistencial | 0,040 |
| Ámbito Gestión | 0,009 |
| Ámbito Docencia | 0,013 |
| Ámbito Investigación | 0,045 |

Fuente: Elaboración del estadístico

Nota Técnica: La prueba estadística empleada para determinar las relaciones significativas entre la autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia, fue el Coeficiente de correlación de Karl Pearson con un nivel de significancia de 0,050.

El resultado de la prueba estadística empleada para determinar las relaciones significativas entre la autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia es presentado en la tabla N°14.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Planteamiento de la hipótesis.

Hipótesis principal

Ho: No existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia.

H1: Existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia.

Hipótesis específicas 1:

Ho: No existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial.

H1: Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial.

Hipótesis específicas 2:

Ho: No existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial.

H1: Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de gestión.

Hipótesis específicas 3:

Ho: No existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la docencia.

H1: Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la docencia.

Hipótesis específicas 4:

Ho: No existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la investigación.

H1: Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la investigación.

Comprobación de la hipótesis.

Para la contrastación de la hipótesis se realizó un análisis exploratorio, descriptivo y correlacional de las variables analizadas.

Se determinó la existencia de relación directa entre autonomía profesional de fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en los ámbitos asistencial, de gestión, de la docencia y de la investigación de Los profesionales del Servicio de Fisioterapia de un Policlínico Privado de Jesús María.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- 1. Discusión.** De acuerdo a los resultados de la investigación se concluye que existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María. Los componentes considerados para la autonomía profesional calificados como de mucha importancia son fomentar las especialidades en fisioterapia, mejorar la información a la población sobre el perfil profesional y mejorar la comunicación con otros colectivos profesionales. En el trabajo de **Mollinedo, Fabiana E.** (2009); sobre Diseño Curricular del Programa Académico de Licenciatura en Fisioterapia”, hace énfasis sobre el objetivo del profesional de fisioterapia y kinesiología de la salud la cual es identificar, brindar tratamiento y maximizar el movimiento corporal humano de personas sanas o con discapacidad física, dentro de los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, siendo así el profesional capacitado para intervenir activamente en la salud y la calidad de vida activa y funcional de la población. Luego de recopilar información de universidades de México, Colombia, Uruguay, Venezuela, Bolivia, Argentina, España, recomienda la educación como un planteamiento inter y transdisciplinario de problemas, y en consecuencia, los egresados puedan ofrecer un mejor servicio a la sociedad en la que viven. En la investigación de **Cerpa, J.** (2010) sobre “*El Análisis de las Acciones del Fisioterapeuta en la Ejecución de la Política de Salud Pública en el Hospital de Suda*” de Bogotá, Colombia, la autora plantea el análisis de hechos relacionados con el quehacer del fisioterapeuta en el campo de la salud pública, los intereses laborales, su articulación a procesos de acuerdo a la dinámica actual del sector salud, el aporte del profesional a metas y objetivos de la política

pública, la descripción de acciones que potencian su campo de acción. Además, menciona que los profesionales de fisioterapia deben ser “gestores sociales” en los procesos de salud pública teniendo en cuenta una formación transdisciplinar que debe estar incluida en las diferentes asignaturas dadas desde el pregrado. En el trabajo de **Cruz, I.** (2010), referente a *“Fisioterapia: El Reto de Desarrollar la Mejor Evidencia Científica de su Praxis”*, Revista Ciencias de la Salud, Universidad de Rosario, Colombia, la cual refiere que los profesionales fisioterapeutas tienen como reto el desarrollar un mejor y mayor conocimiento científico sobre su propio objeto de estudio, el cual es: El Movimiento Corporal Humano, el cual debe enfocarse a nivel de la persona, de la familia y de la comunidad; y cuyo objetivo final es la mejora de la Salud Pública. La profesión define y fundamenta entonces su cuerpo de saber a partir de sólidas bases gnoseológicas y epistemológicas derivadas de las ciencias naturales, clínicas y social-humanísticas, a partir de las cuales busca desarrollar la mejor evidencia científica de su praxis, y desde allí aportar a los equipos inter y transdisciplinarios encargados de generar el conocimiento pertinente sobre el proceso salud-enfermedad, la eficacia de los procedimientos terapéuticos y, como consecuencia, las acciones profesionales influyen positiva y significativamente sobre la calidad, los costos y los resultados sociales en salud se presenta como reto para las nuevas generaciones de fisioterapeutas. En el trabajo de **Ramirez-Velez, R.** (2011), titulado *“Análisis Crítico de la Educación de la Fisioterapia en Colombia”*, Universidad del Valle, Cali, Colombia, concluye que la fisioterapia ha venido variando significativamente de acuerdo con las condiciones históricas y las características sociales de cada país en el que se desarrolla, siendo el objetivo de este trabajo analizar de manera crítica la educación y formación de los pregrados en Fisioterapia en el territorio colombiano mediante la oferta, el recurso humano, la calidad educativa y la capacidad científica. La **Agencia de calidad de**

Andalucía (2011) elaboró un *“Manual de Competencias del Fisioterapeuta”*: Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía; España, el manual incluye su Mapa de Competencias y la definición de las Buenas Prácticas, asociadas a cada competencia que va a ser objeto de observación y reconocimiento, a los efectos de la Acreditación. En el trabajo de **Souto S.** (2012), *“Autonomía Profesional y Acceso Directo en Fisioterapia”*, XIV Congreso Nacional de Fisioterapia. Madrid, España se propone una reducción de los costes de los servicios sanitarios al requerir menos consultas médicas y que la calidad de la atención mejore. Esta evidencia debe ser utilizada para informar a los gestores y responsables de las decisiones políticas de cara a alcanzar la autonomía profesional. Los retos varían entre los diferentes países. Es necesario incrementar la evidencia sobre este tema tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Constituye una oportunidad para la profesión del fisioterapeuta a nivel global. En el trabajo de **Chillón-Martínez R.** (2013) referente a la *“Descripción de la Práctica Profesional de la Fisioterapia en España en Función de Criterios Generacionales”*, Revista Universitaria de Información e Investigación en Fisioterapia, Universidad de Sevilla, España se concluyó que las dimensiones con las que se puede estandarizar el análisis de la práctica profesional en Fisioterapia desde el enfoque “Ciencia, Tecnología y Sociedad” suman un total de 44, entre funciones, concepciones procedimientos, campos disciplinares y tecnologías aplicadas. Las dimensiones más relevantes son la función asistencial, la necesidad de cualificación profesional, la terapia manual como procedimiento más utilizado, el campo disciplinar de la Electroterapia y el uso de la electricidad como tecnología aplicada; vinculando de forma especial la identidad profesional con los fisioterapeutas de más de 55 años, la necesidad de implantación del método fisioterapéutico en la praxis con los

fisioterapeutas de entre 41 y 55 años y la búsqueda de la cualificación profesional en el grupo de edad de 21 a 40 años.

2. Conclusiones

- Existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016. Los componentes considerados para la autonomía profesional calificados como de mucha importancia son fomentar las especialidades en fisioterapia, mejorar la información a la población sobre el perfil profesional y mejorar la comunicación con otros colectivos profesionales.
- Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial, en la cual se desenvuelven en un 79%. El nivel de autonomía profesional que desempeñan los fisioterapeutas en el Perú son de nivel medio en más del 90%.
- Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de gestión en la cual se desenvuelven en un 5%.
- Existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la docencia e investigación, en la cual se desenvuelven en un 16%.

- Un 58% de los profesionales manifestó que posee más de 10 años de experiencia desenvolviéndose en estos ámbitos, un 68% manifestaron que han realizado o se encuentran realizando un diplomado o una segunda especialización. Un 26% refirieron que han realizado o se encuentran cursando estudios de postgrado. Un 32% manifestaron que han participado en algún proyecto de investigación. En cuanto a las relaciones interprofesionales en el Servicio de Fisioterapia del Policlínico, lo califica de regular (31%) y buena (53%).

3. Recomendaciones

- Considerar la relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en el Policlínico Privado de Jesús María; así como las especialidades en fisioterapia, el perfil profesional y la comunicación con los profesionales.
- Tomar en cuenta la relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial, ya que en esta se desenvuelven el mayor porcentaje de profesionales de la especialidad.
- Mejorar la relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de gestión, ya que el porcentaje en la cual se desenvuelven es bajo.

- Mejorar la competencia del fisioterapeuta en el ámbito de la docencia e investigación, para lograr una autonomía profesional y responsabilidad en sus decisiones.
- Valorar la experiencia del fisioterapeuta en el ámbito de la asistencia, docencia e investigación para el logro de su autonomía profesional; así como el mejoramiento continuo de su especialidad a través de diplomados o una segunda especialización, estudios de postgrado y participación en proyectos de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguililla Liñan, J. (2012). *De Fisioterapeuta a Paciente, de Biomédico a Biopsicosocial*. Recuperado de: <http://enfoquebiopsicosocial.blogspot.com.es>
- Arnall, D.A. (2010). *El Largo Camino: Recorrido de la Fisioterapia hacia la Práctica Independiente*. Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, 32(4), 183–189.
- Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña. (2009). *Código Deontológico del Fisioterapeuta*. España
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. (1999). *Código Deontológico del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid*.
- Colegio Tecnólogo Médico del Perú. (2010). *Perfil Profesional del Tecnólogo Médico de la Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación (CTMP)*. Recuperado de: www.ctmp.org.pe
- Colegio Tecnólogo Médico del Perú. (1999). *Código de Ética y Deontología*. Recuperado de: www.ctmp.org.pe
- Chillón Martínez, R. (2013). *Descripción de la Práctica Profesional de la Fisioterapia en España en Función de Criterios Generacionales*. Universidad de Sevilla; España, 42(3), 267-280.
- Escuela de Fisioterapia, Universidad de Sevilla. (2013 – 2014). *Proyecto Docente de Asignaturas*. España.
- Gonzales García, J. (2011). *Gestión en Fisioterapia*. España; Recuperado de: <http://www.madrimasd.org>

- Gonzales García, J. (2012). *Acceso Directo en Fisioterapia*. Asociación Nacional para la Divulgación, Difusión y Promoción de la Fisioterapia. Revista de Divulgación fisioGlía. Recuperado de: www.fisioeducacion.net/campus/log
- Hernández Yáñez, J. (2012). *Sociología de las Profesiones Sanitarias: Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad*. Madrid – España: tema 6.9, 1-25.
- Hernández, C. (2005). *Profesionalidad y Relaciones Interprofesionales*. Hospital Universitario Clínico – Quirúrgico Francisco Pérez. Matanzas – Cuba
- López Sánchez, David. (2010). *Reporte del Modelo de Desarrollo de la Autonomía de la Kinesiología en Chile*. Colegio de Kinesiología de Chile. Recuperado de: <http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Autonomy-Aug07.pdf>
- Mollinedo, F. (2009). *Diseño Curricular del Programa Académico de Licenciatura en Fisioterapia*. Universidad Autónoma de Zacatecas, México.
- Mulero Portela, A. (2003). *Autonomía Profesional en la Práctica de Terapia Física*. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y kinesiología: 6(2), 91-100.
- Ospina Rodríguez, J. (2009). *Aspectos Contextuales para el Análisis de las Tendencias de Formación en Fisioterapia*. Documento de Investigación N° 45 de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, 1-27.
- Ramírez-Vélez, R. (2011) *Análisis Crítico de la Educación de la Fisioterapia en Colombia*. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, Universidad del Valle, Cali-Colombia, 49-57.
- Ramírez-Vélez, R. (2012). *La Educación y la Investigación en los Profesionales de la Rehabilitación de Colombia*. Rev. Cuidado y Ocupación Humana, 1 (1), 92-107.

- Rebollo Roldán, J. (1994). *Estructuración del Acto Docente en la Práctica Clínica de Fisioterapia*. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud; España, 145-158 págs.
- Rodríguez, J. (2013). *Aspectos Técnicos en la Investigación en Fisioterapia*. España; Recuperado de: www.efisioterapia.net
- Rodríguez, J. (2013). *Marco Referencial para una Investigación en Fisioterapia*. Escuela de Fisioterapia de Toledo, España. Recuperado de: www.efisioterapia.net
- Valera Garrido, J. (2000). *Fisioterapia Basada en la Evidencia: un reto para acercar la Evidencia Científica a la Práctica Clínica*. Rev. Fisioterapia, España: 22 (3), 168-164.
- Vernaza-Pinzón, P. (2011). *Producción Científica Latinoamericana de Fisioterapia/Kinesiología*. Rev. Aquichan, Colombia: 94-107.
- Souto Camba, S. (2012). *Autonomía Profesional y Acceso Directo en Fisioterapia*. XIV Congreso Nacional de Fisioterapia. Madrid – España: 26 y 27 de abril. Disponible en: www.aefi.net
- Torres Narváez, M. (2012). *Análisis de la Producción de la Literatura Científica en las Áreas de Investigación Clínica en Fisioterapia entre los años 2005 y 2009*. Rev. Ciencias de la Salud, 10 (1), 33-42.

ANEXOS

ANEXO N°01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE TESIS

“Autonomía profesional del fisioterapeuta relacionado a la responsabilidad total en sus decisiones de competencia en un policlínico privado, Jesús maría, Lima – Perú 2016”

| TÍTULO | PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPÓTESIS GENERAL | VARIABLES E INDICADORES | DISEÑO | MÉTODOS Y TÉCNICAS | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|--|---|--|---|--|--|---|
| Autonomía Profesional del Fisioterapeuta relacionado a la Responsabilidad total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016. | <p>Problema general ¿Cómo se relaciona la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito asistencial con la autonomía profesional del fisioterapeuta? • ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de gestión con la autonomía profesional del fisioterapeuta? • ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de la docencia con la autonomía profesional del fisioterapeuta? • ¿Cuál es la relación entre las decisiones de competencia en el ámbito de la investigación con la autonomía profesional del fisioterapeuta? | <p>Objetivo general Determinar la relación entre la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito asistencial con la autonomía profesional del fisioterapeuta. • Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de gestión con la autonomía profesional del fisioterapeuta. • Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de la docencia con la autonomía profesional del fisioterapeuta. • Relacionar las decisiones de competencia en el ámbito de la investigación con la autonomía profesional del fisioterapeuta | <p>Hipótesis principal Existe relación directa entre Autonomía Profesional del Fisioterapeuta con la Responsabilidad Total de sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú 2016</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito asistencial. • Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de gestión. • Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la docencia. • Si existe relación entre autonomía profesional del fisioterapeuta con la responsabilidad total de sus decisiones de competencia en el ámbito de la investigación. | <p>Variable independiente: Responsabilidad total de sus decisiones de competencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ámbito asistencial <input type="checkbox"/> Ámbito gestión <input type="checkbox"/> Ámbito docencia <input type="checkbox"/> Ámbito investigación <p>Variable dependiente: Autonomía profesional del fisioterapeuta</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceso directo a fisioterapia -Alto nivel académico -Liderazgo -Relaciones interprofesionales <p>Variables intermitentes: Policlínico privado en el distrito de Jesús María-Lima-Perú</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infraestructura -RR HH -Recursos tecnológicos | <p>Se realizó un estudio descriptivo, explicativo cualitativo, retrospectivo, transversal y correlacional; se hizo una revisión de fuentes secundarias, referente a Autonomía profesional, Ámbitos de competencia del Fisioterapeuta (cuatro ámbitos), Perfiles profesionales del Perú y de otros países, Códigos Deontológicos, Relaciones interprofesionales, experiencias internacionales de acceso directo en Fisioterapia, algunas Normas Legales y la correlación entre éstos.</p> | <p>Los instrumentos que se presentaron en esta tesis son producciones propias de la autora, las cuales fueron validadas por metodólogos.</p> <p>Los instrumentos que se utilizaron en este estudio consta de fichas de recolección de datos, en donde se reunió información sobre los ámbitos de competencias, años de servicio profesional, y otros; cuestionarios sobre el conocimiento del tema de estudio de este proyecto; así mismo, un cuestionario sobre los niveles de profesionalización de los participantes y las relaciones interprofesionales que observan en el Centro de Rehabilitación de este Policlínico Privado.</p> | <p>Población Para este estudio se tomó en cuenta como población a los fisioterapeutas que laboran en el Centro de Rehabilitación del Policlínico Privado en mención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 fisioterapeutas que atienden a pacientes adultos; - 5 fisioterapeutas que atienden pacientes niños. <p>Estos profesionales de salud se someten a observación científica, con el propósito de obtener resultados válidos.</p> <p>Muestra La muestra poblacional estuvo constituida por 19 fisioterapeutas del Servicio de Rehabilitación de este Policlínico Privado de Jesús María, Lima – Perú.</p> |

ANEXO N°02
FICHA TÉCNICA DE LOS INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Las respuestas de esta encuesta son confidenciales, lea cuidadosamente y marque con “X” en el recuadro según su apreciación.

A. AUTONOMÍA PROFESIONAL DEL FISIOTERAPEUTA

1. ¿Qué grado de información, tiene Ud., sobre las leyes, normas y reglamentos que regulan el trabajo del fisioterapeuta en Perú?
 - (1) Poca información ()
 - (2) Regular información ()
 - (3) Mucha información ()

2. ¿En qué nivel de Autonomía Profesional, considera Ud., se desempeñan los fisioterapeutas en Perú?
 - (1) Nivel bajo ()
 - (2) Nivel Medio ()
 - (3) Nivel Alto ()

3. En el siguiente cuadro: ¿Qué grado de importancia le adjudica Ud. a los siguientes componentes planteados para la Autonomía Profesional del Fisioterapeuta en Perú?

| COMPONENTES PARA LA AUTONOMÍA PROFESIONAL | GRADO DE IMPORTANCIA | | |
|---|-----------------------------|----------|----------|
| | 1 | 2 | 3 |
| -MEJORAR LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA | | | |
| -FOMENTAR LAS ESPECIALIDADES EN FISIOTERAPIA | | | |
| -REALIZAR ESTUDIOS DE POSTGRADO | | | |
| -APORTAR EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PUBLICARLAS | | | |
| -PARTICIPAR EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE COMPETENCIA | | | |
| -PERTENECER A SOCIEDADES CIENTÍFICAS | | | |
| -MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON OTROS COLECTIVOS PROFESIONALES | | | |
| -MEJORAR INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN SOBRE PRFÍL PROFESIONAL | | | |

- (1) De poca importancia
- (2) De regular importancia
- (3) De mucha importancia

B. ÁMBITOS DE COMPETENCIA DEL FISIOTERAPEUTA, NIVEL DE PROFESIONALIZACIÓN Y RELACIONES INTERPROFESIONALES

4. ¿En qué ámbito(s) de competencia (s) se desenvuelve?
- (1) Asistencial ()
(2) Docencia ()
(3) Gestión ()
(4) Investigación ()
5. ¿Cuántos años tiene desenvolviéndose en ese (esos) ámbito(s)?
- (1) 1 a 5 años ()
(2) 6 a 10 años ()
(3) 11 a 15 años ()
(4) 16 años a más ()
6. ¿Ha realizado (o está realizando) estudios con certificación en?
- (1) Diplomados () (2) Segunda especialidad ()
7. ¿Ha realizado (o está realizando) estudios de postgrado?
- Sí () No ()
8. ¿Ha participado en algún proyecto de investigación?
- Sí () No ()
9. ¿Cómo observa las relaciones interprofesionales en el Servicio de Fisioterapia del Policlínico donde labora?
- (1)Malo ()
(2)Regular ()
(3)Bueno ()
(4)Muy bueno ()
10. ¿Considera que su desarrollo profesional brindaría un mayor grado de confiabilidad, en los resultados de su tratamiento, dentro de su equipo de trabajo?
- No () Quizás () Sí ()

ANEXO N°03

GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO

INSTRUCTIVO: Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios:

A: De acuerdo

B: En desacuerdo

| ASPECTOS A CONSIDERARSE | A | B |
|---|----------|----------|
| 1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación? | X | |
| 2. La pregunta realmente mide la variable | X | |
| 2.1. Variable independiente | X | |
| 2.2. Variable dependiente | X | |
| 3. ¿El instrumento persigue el objetivo general? | X | |
| 4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos? | X | |
| 5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema? | X | |
| 6. ¿Hay claridad en los ítem? | X | |
| 7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas? | X | |
| 8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico? | X | |
| 9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado? | X | |
| 10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado? | X | |
| 11. ¿La secuencia planteada es la adecuada? | X | |
| 12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas? | | X |
| 13. ¿Deben considerarse otros ítems? | | X |

EXPLIQUE AL FINAL:

| OBSERVACIONES | SUGERENCIAS |
|----------------------|--------------------|
| | |

Nombre y firma del Experto

ANEXO N°04**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Luz María Zambrano Ramírez, con DNI: 08602258, con la finalidad de obtener mi Maestría en Gestión y Conducción en Salud, solicito su participación personal en el estudio titulado: **“Autonomía Profesional del Fisioterapeuta Relacionado a la Responsabilidad Total en sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado, Jesús María, Lima – Perú 2016”**, que estoy realizando; sin perjuicio de alterar las funciones laborales que actualmente Ud. desempeña en este Policlínico.

Este procedimiento, es básico y de cumplimiento con las normas de ética y responsabilidad científica, agradeciéndole de antemano por su participación en este evento.

Le anticipo mi agradecimiento por su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha.

Yo..... he mantenido una reunión con la investigadora, quien me ha informado acerca del estudio de investigación sobre *“Autonomía Profesional del Fisioterapeuta Relacionado a la Responsabilidad Total en sus Decisiones de Competencia en un Policlínico Privado, Jesús María, Lima – Perú 2016”*. Me ha informado sobre la encuesta a la que me someto, he realizado las preguntas que considere oportunas, obteniendo respuestas aceptables.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para realizar la encuesta.

.....

Firma del profesional

DNI N°

ANEXO N°05

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Abordaje: Enfoque, planteamiento.

Acreditación: Certificación, mediante un documento, de que una persona o institución posee las facultades necesarias para desempeñar un cometido.

Ámbitos: Campos de actividad.

Atributos: Cualidad de un ser.

Autonomía: Condición y estado del individuo, comunidad o pueblo con independencia y capacidad de autogobierno.

Autocontrol: Capacidad de controlar o regular la propia conducta.

Adhesión: Unión a una idea o causa y defensa que se hace de ella.

Bibliometría: Es una ciencia que emplea procedimientos estadísticos, y matemáticos en cualquier literatura que esté relacionada con temas científicos, y también a los escritores que la producen.

Ciencia: Conjunto de conocimientos y doctrinas metódicamente ordenado, relativo a una materia determinada.

Competencia: Aptitud o capacidad para llevar a cabo una tarea.

Consultor: Que da su opinión o aconseja sobre un asunto cuando se le solicita.

Cualificar: Atribuir o apreciar cualidades.

Deferencia: Muestra de respeto y cortesía.

Dimensiones: Importancia, magnitud o alcance que puede adquirir un acontecimiento o suceso.

Discernimiento: Juicio por medio del cual percibimos y declaramos la diferencia que existe entre varias cosas.

Ética: Conjunto de normas morales que regulan cualquier relación o conducta humana, sobre todo en un ámbito específico.

Evidencia: Certeza clara y manifiesta de una cosa, de tal forma que nadie puede dudar de ella ni negarla.

Gestor: Que hace gestiones por oficio.

Gremio: Corporación de personas del mismo oficio o profesión, regida por estatutos especiales.

Herramienta: Instrumento para realizar un trabajo.

Innovación: Cambio que introduce novedades.

Kinesiología: Refiere a las técnicas terapéuticas que ayudan a que una persona recupere el movimiento normal de ciertas partes de su cuerpo.

Método: Modo estructurado y ordenado de obtener un resultado, descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.

Multisectorial: Que afecta a varios sectores o está relacionado con ellos.

Perfil: Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona o cosa.

Principios: Fundamento, aseveración fundamental que permite el desarrollo de un razonamiento o estudio científico.

Tecnología: Conjunto de los conocimientos, instrumentos y métodos técnicos empleados en un sector profesional.