

**LOS DILEMAS DEL FISIOTERAPEUTA EN EL AREA ASISTENCIAL: UNA
MIRADA A LA TOMA DE DECISIONES**

JOHANNA ROCIO MOSCOSO HERRERA

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOETICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
BOGOTÁ
2010**

**LOS DILEMAS DEL FISIOTERAPEUTA EN EL AREA ASISTENCIAL: UNA
MIRADA A LA TOMA DE DECISIONES**

JOHANNA ROCIO MOSCOSO HERRERA

Trabajo de investigación para optar el título de Magister en Bioética

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOETICA
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
BOGOTÁ
2010**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, Septiembre de 2010

DEDICATORIA

A mi hijo Santiago. Te amo y este esfuerzo es por ti.....

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a la Dra. Constanza Ovalle por su constante apoyo y ese espíritu indagador y motivante frente a los procesos investigativos.

A los directivos del programa de maestría en Bioética de la Universidad el Bosque por sus aportes en mi proceso de formación.

A los Fisioterapeutas que participaron en el proyecto, sus pensamientos y experiencias le dieron alas al desarrollo de esta idea.

A Santiago, gracias por tu apoyo hijo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Planteamiento del problema y justificación	12
1.2 Los objetivos	13
1.2.1 Objetivo General	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 Referente Teórico	14
1.3.1 El estatuto Profesional de la Fisioterapia	14
1.3.2 La toma de decisiones del Fisioterapeuta	20
1.3.3 La relación Fisioterapeuta- Paciente	27
2. METODOLOGÍA	32
2.1 Diseño de Investigación	32
2.2 Participantes	33
2.3 Instrumento	33
2.4 Procedimiento	34
3. RESULTADOS	37
3.1. Categorías de Análisis	
3.1.1 Ejercicio de la autonomía Profesional del Fisioterapeuta	42
3.1.2 Limitantes del ejercicio de la autonomía profesional	45
3.1.2.1 La institución prestadora de salud	45
3.1.2.2 El nivel de formación del Fisioterapeuta	47
3.1.2.3 Reconocimiento del perfil profesional del Fisioterapeuta	49
3.1.2.4 Historicidad de la relación de dependencia del personal médico sobre el Fisioterapeuta.	53

3.1.3	Conocimiento e importancia del Estatuto profesional del Fisioterapeuta	57
3.1.3.1	La Fisioterapia - Una profesión	58
3.1.3.2	La Fisioterapia- Una técnica	59
3.1.4	Condiciones que intervienen en el desarrollo de la relación Fisioterapeuta- paciente	61
3.1.4.1	Reconocimiento de la ley 528 de 1999 en términos de la relación Fisioterapeuta- Paciente	62
3.1.4.2	El ámbito de intervención entre el Fisioterapeuta y el paciente	63
3.1.4.3	Sistema General de Salud y políticas Institucionales	64
3.1.5	Cuestionamientos del ejercicio profesional del Fisioterapeuta que dan lugar a identificar dilemas bioéticos.	65
3.1.5.1.	Principios Bioéticos	67
4.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	71
4.1	Pautas de formación bioética para la Fisioterapia	80
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83
	ANEXOS	86

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Experiencia profesional de los fisioterapeutas participantes	40
Figura 2. Formación postgradual de los Fisioterapeutas	41
Figura 3. Área de intervención profesional	46
Figura 4. Cuestionamientos de la toma de decisiones por parte de la IPS	50
Figura 5. Incidencia del equipo interdisciplinario en la toma de decisiones	53
Figura 6. Influencia del personal médico en la toma de decisiones profesionales	55
Figura 7. Cuestionamientos éticos en el área profesional	57

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Diseño de formato de encuesta dirigida a
Fisioterapeutas

Anexo B. Diseño de instrumentos de descripción situacional
específica.

Anexo C. Diseño de guía de entrevista semiestructurada

Anexo D. Carta de compromiso de Confidencialidad

Anexo E. Matriz de resultados cualitativos y cuantitativos

Anexo F. Matriz de análisis de hallazgos cualitativos

Anexo G. Descripción situacional

Anexo H. Digitalización de las entrevistas y subcategorización

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objeto identificar los dilemas bioéticos de los Fisioterapeutas que se desempeñan en el campo asistencial e indagar acerca de los múltiples cuestionamientos frente a la toma de decisiones profesionales en el área clínica.

El proyecto se enmarca en el enfoque cualitativo, y su desarrollo parte de una mirada inductiva e interpretativa que en un primer momento consolida una revisión teórica a partir de tres categorías de análisis como son, la toma de decisiones, el estatuto profesional de la Fisioterapia y la relación fisioterapeuta-paciente, que dan lugar al desarrollo del trabajo de campo. Escenario que toma vida por medio de las voces de los Fisioterapeutas que expresan su sentir respecto a los múltiples cuestionamientos bioéticos inherentes a su práctica clínica.

El trabajo de campo se consolida como un espacio de reconocimiento de información proveniente de encuestas, descripciones situacionales específicas y entrevistas permitiendo analizar a profundidad una serie de factores que forman parte del ejercicio de la Fisioterapia y tienen estrecha relación con la bioética.

Finalmente, los resultados de la investigación permitieron brindar un aporte significativo a la cualificación del profesional en Fisioterapia en términos de excelencia, planteando unas pautas de formación en bioética para profesionales y programas de formación en pregrado, promoviendo espacios de análisis y reflexión en torno a los dilemas bioéticos particulares del ejercicio profesional.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema y justificación

La temática que se plantea como eje central de la investigación tiene su origen en el análisis del ejercicio profesional del Fisioterapeuta y los dilemas Bioéticos a los cuales se ve expuesto diariamente en el área asistencial; haciendo especial énfasis en la posición del profesional respecto a la toma de decisiones.

Los fisioterapeutas realizan su intervención con individuos y colectividades, para potencializar, mantener, recuperar, y rehabilitar el movimiento corporal humano, desde una visión de salud y funcionalidad, a partir de su actuación en diferentes escenarios de intervención, siendo el de mayor acogida y desempeño el escenario clínico, por lo que su papel se ve inmerso en el ejercicio interdisciplinar del personal de la salud, y es allí donde se hacen evidentes diferentes conductas de atención ligadas al grado de autonomía que le dan al profesional según la institución y su ejercicio interdisciplinario con otros profesionales, dejando de lado el estatuto profesional de la Fisioterapia y sus consideraciones de formación y ética.

Ahora bien, los diferentes programas de formación en Fisioterapia muestran una estructura abierta y con tendencia a ser flexible y muy bien fundamentada en cuanto a la formación disciplinar específica, pero no son evidentes en las materias que promueven el desarrollo integral de los estudiantes, contenidos que además de dar a conocer códigos deontológicos, brinden la formación y las herramientas necesarias que le permitan al futuro profesional de la salud desarrollar un ejercicio reflexivo con un sentido biético, reconociendo que en el contexto de atención del Fisioterapeuta no solo está tomado decisiones, también se encuentra inmerso en una serie de relaciones

como Fisioterapeuta – paciente, Fisioterapeuta – profesional de la salud, Fisioterapeuta- Familia, entre otros que generaran posturas y diálogos en los que debe intervenir.

En estudio retrospectivo acerca del conocimiento de la ética en terapia Física realizado en 2002 a partir de la revisión de artículos publicados en revista indexada en los años comprendidos entre 1970 y 2000 se encontró que: “Los temas recurrentes fueron la necesidad de precisar y aclarar los dilemas éticos de los terapeutas físicos, la relación entre la toma de decisiones clínicas y éticas, y la cambiante relación con los pacientes” (Swisher, 2002)

En este sentido, es importante indagar acerca de los dilemas de los Fisioterapeutas como punto de partida para brindar un aporte significativo a la profesión reconociendo que existen herramientas conceptuales necesarias para afrontar los dilemas bioéticos inherentes a la práctica profesional y su papel respecto a la toma de decisiones.

Por esta razón, se propone a continuación la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los dilemas bioéticos a los que se ve enfrentado el Fisioterapeuta en su práctica clínica y como se concibe la toma de decisiones en el marco de su ejercicio profesional?

1.1 Preguntas Directrices

- ¿Cuál es el aporte del Fisioterapeuta a la toma de decisiones con respecto a los tratamientos Fisioterapéuticos en los pacientes?

- ¿Cuáles son los dilemas y problemas bioéticos que enfrenta el Fisioterapeuta con respecto al manejo clínico de los pacientes?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 GENERAL

Identificar los dilemas bioéticos a los que se ve enfrentado el Fisioterapeuta en su práctica clínica y su posición respecto a la toma de decisiones, con el fin de brindar un aporte a las bases conceptuales de la profesión, que permitan construir lineamientos generales de formación en bioética para asumir una visión reflexiva, crítica y analítica respecto a los dilemas actuales propios de su ejercicio profesional.

1.2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las concepciones de los Fisioterapeutas respecto a la autonomía profesional reflejada en la toma de decisiones en el área clínica.
- Identificar los dilemas bioéticos propios de la práctica profesional en los siguientes aspectos: la Toma de decisiones, la relación Fisioterapeuta – paciente y el estatuto profesional de la Fisioterapia.
- Identificar los principios bioéticos que se ven representados en los dilemas bioéticos del fisioterapeuta en el área clínica.

1.3 REFERENTE TEÓRICO

1.3.1 EL ESTATUTO PROFESIONAL DE LA FISIOTERAPIA

La Fisioterapia en Colombia surge en el año 1952 como una profesión y se institucionaliza su enseñanza; antes de esta fecha, existían prácticas empíricas sin ningún respaldo científico, solo hacían parte de la atención informal a diferentes problemáticas de salud existentes en la población. La necesidad de la Fisioterapia nace en épocas de postguerra dando respuesta a epidemias de poliomielitis y a tendencias políticas internacionales de desarrollo que favorecían procesos de industrialización con fines de aumentar la productividad con el ingreso de la mujer al mercado laboral.

Inicialmente su carácter fue técnico y auxiliar de la Medicina, con una total dependencia tanto en su formación como en su ejercicio profesional, como lo menciona la primera reglamentación de la Fisioterapia bajo el decreto 1056 de 1954 que la define como la aplicación de medios físicos bajo el aval e indicación médica.

Etapa que según algunos autores (Herrera, Rivera, Prada, & Sanchez, 2004) fue denominada - la medicalización- , “este término fue definido por Castro, como la presencia de comportamientos, símbolos y conceptos trasladados históricamente de la medicina a la fisioterapia, a través de los cuales se mantuvo una relación de dependencia y dominación”.

En otras palabras, (Gallego Izquierdo, 2007), afirma que “es evidente que el marco teórico tradicional enmarcaba a la Fisioterapia dentro del ámbito de la rehabilitación o, mejor dicho, dentro de la dependencia jerárquica del médico rehabilitador , produciendo una orientación profesional errónea...”

Relación que desde la normatividad se fue enmarcando en un grado mayor de autonomía que durante los años siguientes, generó una diversificación de procedimientos con mayor profundización de la mano de la importación de tecnología.

Sin dejar de lado la tradicional dependencia de la Medicina, posteriormente, en 1976, la Ley 9 que reglamenta el ejercicio profesional, reconoció a la Fisioterapia como una profesión universitaria, con los requerimientos propios de este nivel de formación, en cuanto a fundamentación científica e investigativa y formación social humanística.

Ahora bien, dicho proceso de desarrollo académico e investigativo no fue tan claro en los programas de formación de Fisioterapeutas que continuaban la enseñanza con carácter técnico, enfatizando en la formación clínica altamente especializada, hecho que justifica que a principios de los 80 se contara con un ejercicio profesional heterónimo, altamente instrumental, desarticulado de la realidad nacional y con una relativa validación científica y social.

Preocupados por estos estándares de formación propuestos en la época, se da inicio a la reflexión respecto al reconocimiento del gremio en el contexto de la salud, la normatividad y representación legal de los fisioterapeutas y se convoca a grupos de fisioterapeutas con el apoyo de ASCOFABI (Asociación Colombiana de facultades de Fisioterapia) para tratar temáticas relevantes para la profesión y sus procesos de enseñanza, de manera que se promovió la actualización de la reglamentación del ejercicio profesional y se planteó una nueva definición en la Ley 528/99, la cual entiende la Fisioterapia como:

Una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.

De esta manera, los programas de formación plantean su estructura curricular dando cobertura en toda su dimensión al desarrollo de competencias que den respuesta al ejercicio profesional del Fisioterapeuta como lo cita la ley anteriormente expuesta, que se puede reconocer como la normatividad que actualmente se encuentra en vigencia.

En la actualidad, se desarrollan múltiples diálogos y discusiones en espacios académicos acerca de la Fisioterapia y su estatus profesional con el fin de dar respuesta formal a las diferentes concepciones que sobre ella se han realizado, cada escuela de formación asume una postura, sobre la cual se da soporte y orientación a los procesos de formación. Para el programa de Fisioterapia de la CUI:

Se considera disciplina porque desarrolla un proceso de definición y generación del núcleo teórico - metodológico que fundamenta su quehacer profesional, partiendo de la indagación sistemática y precisión de su objeto de interés, hasta el momento ubicado en torno al

movimiento corporal humano. Se sustenta en un suelo de saber interdisciplinar que incluye elementos teóricos de las ciencias físico naturales y social humanísticas, siendo aspectos centrales los referentes a la biología, la química, la física, la psicología, la antropología, la sociología y la filosofía, pero aún no se evidencia la construcción de una teoría fisioterapéutica como tal, a partir de la identificación, apropiación y desarrollo teórico desde ese suelo interdisciplinar de saber.

En este sentido, el fisioterapeuta que se está formando reconoce dentro de su proceso de formación la interdisciplinariedad como centro estructural del pilar de conocimientos que debe tener dentro de su formación básica y además reconoce que existe un cuerpo teórico específico en torno al movimiento corporal humano, explícito en los cursos del plan de estudios que ratifican la naturaleza disciplinar y profesional retomando el carácter de profesión liberal otorgado en la ley 528, pero no es claro cuál es el espacio de reflexión en el que convergen las diferentes disciplinas que la soportan y su postura al respecto. A partir de este vacío es que se sustenta hipotéticamente el vacío generado en el contexto laboral donde el ejercicio profesional de fisioterapeuta en muchos casos se ve violentado cuando no se define a ciencia cierta cuál es su papel y su rol en la toma de decisiones dentro de un equipo de salud, si es considerado un sujeto técnico que realiza una función asignada por otro profesional o un sujeto consiente y formado para tomar decisiones en la atención a su paciente y su desempeño individual.

En este sentido, (Agamez Triana, 2005) afirma:

La fisioterapia es una profesión, es decir, surge sustentada en una matriz de carácter disciplinario en la que se articulan categorías de las disciplinas pertenecientes a las Ciencias Naturales, como la Física, la química y la biología, y de las ciencias sociales, como la antropología, la

psicología y la sociología, entre otras. La base de una profesión se constituye por diferentes disciplinas que aportan sus conceptos, métodos, procedimientos, epistemologías y términos a la organización y formación en un determinado campo de prácticas. En este sentido, puede decirse que en la Fisioterapia existe un discurso interdisciplinario, organizado en una estructura problemática en la que se establecen relaciones de diferentes niveles de complejidad entre cuerpo y movimiento en cuanto a la constitución de cuerpo sujeto, la motricidad y la actividad motora mediadas por los procesos de control y aprendizaje motor en un contexto espacio-temporal (pág. 224)

Retomando a Agamez, es fundamental reconocer dicho carácter disciplinario que sustenta a la Fisioterapia, en un marco con mayor profundidad orientado a el reconocimiento e identidad que los profesionales están haciendo de dicho sustento en la construcción de su objeto de estudio, el movimiento corporal humano. Discusión que se convierte en la actualidad en el foco de académicos, que converge en la falta de investigación que brinde aporte a la disciplina, en términos conceptuales, pero que de identidad al profesional en su práctica diaria y le permita llevar dicha reflexión al ejercicio real con la atención a sus pacientes. En estos términos, si bien la interdisciplinariedad es la que fundamenta la profesión en alto grado, de donde parte el reconocimiento profesional en un grupo de especialistas en el campo de la salud. Gallego Izquierdo, 2007, escribe

“En este recorrido por los antecedentes históricos de la Fisioterapia, dos son los aspectos que merecen ser destacados:

- El componente terapéutico de la Fisioterapia desde sus comienzos, como instrumento auxiliador de la medicina
- La incorporación de la profesión

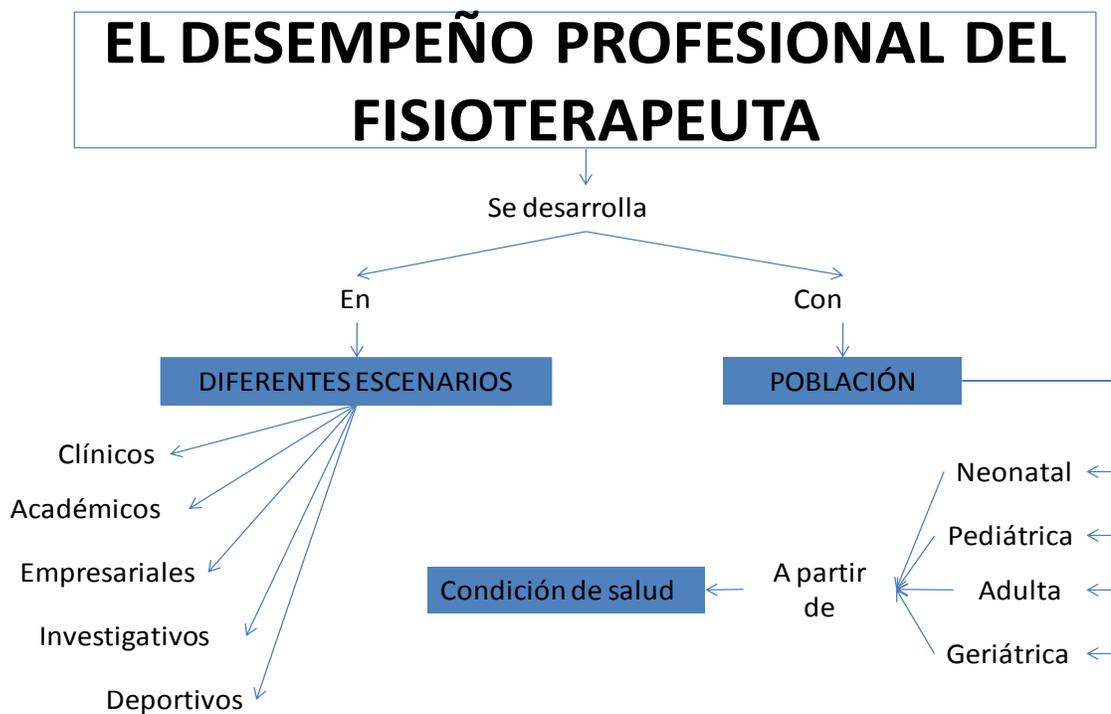
De ambos aspectos se deducen, a su vez, dos distintas concepciones propias de la fisioterapia: por un lado, se presenta como un factor de indicación terapéutica, considerando a los agentes físicos y su aplicación como objeto y sujeto de aplicación, utilizados para tratar una manifestación, sea signo o síntoma; la otra perspectiva que se desprende es la intervención metodológica, técnica e instrumental de un profesional especializado, el fisioterapeuta, quien aplicara la fisioterapia según los conocimientos rigurosamente adquiridos, a las personas, a las familias y/o a la comunidad (pág. 46)

De esta manera, el profesional especializado, y su rigurosidad en los conocimientos son la esencia en la consolidación de la imagen que permea los escenarios clínicos. Un profesional con una alta competencia y formación que no solo maneja su técnica, si no que, también tiene la capacidad de argumentar y elegir sobre la utilización más adecuada de ella en la atención a los pacientes. Un profesional que adquiere el calificativo de idoneidad a partir de su título universitario, en términos de (Torres Baquero, 2005) “Desde su creación como carrera universitaria la Fisioterapia ha permanecido en el área de la salud y quienes se han formado con sus saberes se dedican a la aplicación de modalidades físicas de tratamiento para una enfermedad. En sus prácticas cotidianas persisten diversos principios que parten del reconocimiento de lo patológico en los términos ya mencionados. De forma gradual el movimiento corporal obtuvo un lugar en el ámbito de los saberes examinados. Su ingreso en los saberes académicos terminó interrogando la segmentación enseñada no solo de la unidad del cuerpo, también de la unidad del sujeto que reclama salud más que atención a la enfermedad” (pág. 280).

1.3.2 LA TOMA DE DECISIONES DEL FISIOTERAPEUTA

El fisioterapeuta realiza su intervención con individuos y colectividades, para potencializar, mantener, recuperar, y rehabilitar el movimiento corporal humano, desde una visión de salud y funcionalidad a partir de su actuación en diferentes escenarios de intervención, con una visión de integralidad entre los elementos movimiento, cuerpo y cultura, donde se auto-regula y auto-transforma a partir de estas interacciones.

Los contextos en los cuales se desarrolla el Fisioterapeuta son variados como el asistencial (clínico) con individuos y poblaciones sanas, con riesgo de enfermar y enfermos; académico, administrativo e investigativo, entre otros.



En la figura se puede observar los diferentes escenarios en los que el Fisioterapeuta puede interactuar, por excelencia, el escenario de desempeño profesional es el asistencial, en el que realiza acciones de promoción de la

salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, recuperación, tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, de acuerdo a la organización según el principio de Red de Servicios del sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.

A manera de contextualización, el desempeño del Fisioterapeuta en el campo asistencial se puede desglosar en tres niveles fundamentalmente, el primer nivel permite el contacto con comunidades sanas y en riesgo para llevar a cabo acciones socio - educativas, tendientes al fomento de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física. El segundo nivel se enfoca al desarrollo del perfil asistencial que se ejerce en contacto con personas que requieren intervenciones fisioterapéuticas de baja y mediana complejidad y con comunidades que requieren acciones de salud pública desde la perspectiva de trabajo interdisciplinario. En el tercer nivel, se consideran las intervenciones fisioterapéuticas en pacientes con alto riesgo biológico y social; donde se enfatiza en el trabajo interdisciplinario durante la etapa aguda de la enfermedad, en la participación en procesos de habilitación, rehabilitación y reintegración social del discapacitado.

Es imperante mencionar que el profesional también se puede desempeñar desde el aspecto asistencial en campos de acción que sin ser centros hospitalarios, requieren del conocimiento de saberes específicos para poder intervenir en contextos como el deportivo y de recreación, además de la salud ocupacional.

A partir de ésta mirada general acerca del espacio de desempeño del Fisioterapeuta, se puede dilucidar que en el mismo contexto clínico se involucran varios agentes que entran a participar en las diferentes dinámicas de relaciones que se desarrollan en una entidad de salud, como son los

profesionales que conforman el grupo interdisciplinario, el personal administrativo de la institución, los pacientes y familiares.

En estrecha relación con lo anterior, el fisioterapeuta ejerce su profesión en coherencia con los lineamientos de la institución en la cual se encuentra laborando, pero es allí, y según los planteamientos de los integrantes del equipo que se pone en cuestionamiento el papel de Fisioterapeuta y la toma de decisión sobre el tratamiento de sus pacientes. En este orden de ideas, Purtillo menciona en su modelo un primer periodo que desarrolla dicha posición:

El modelo Purtillo (citado en Lee, 2002) se centra en los compromisos, los derechos y responsabilidades inherentes a las relaciones profesionales. Propone 2 períodos de la evolución de la ética en los fisioterapeutas, el primero denominado de identidad a partir de 1935 con el código de ética propuesto por la American Physical Therapy Association, que se centró en establecer el compromiso y la rendición de cuentas a otros profesionales de la salud. El segundo periodo, centrado en la identidad del paciente (década de 1950 hasta el presente), en la que se establece una verdadera asociación con los pacientes en un contexto social de creciente énfasis en los derechos de los pacientes y el trabajo en equipo para el cuidado de la salud.

De esta manera, el modelo de rendición de cuentas a otros profesionales que se desarrollo hasta 1950, estuvo acompañado de la disposiciones legales propias de la época, que explican de manera sucinta el porqué en su momento el papel del fisioterapeuta que no había sido profesionalizado era considerado como una figura inferior bajo las instrucciones de otros profesionales del equipo interdisciplinario. En estudio realizado acerca de la Fisioterapia Actual en España, Los fisioterapeutas Mateus Sanz, Bernal Navarro y Faus Cuñat llevan a cabo un análisis de la situación a partir de la incorporación a la universidad de las titulaciones de enfermería y fisioterapia mencionan que “ Los

fisioterapeutas como los enfermeros reciben prescripciones u órdenes médicas. Los médicos remiten los pacientes a los fisioterapeutas, y éstos deben informarles de los resultados del tratamiento. En este sentido, son los médicos los que ordenan y evalúan el trabajo de los fisioterapeutas y nunca al contrario, lo que muestra en un sencillo apunte lo que significa el sistema de dominación médica entre los profesionales de la salud". (Gallego Izquierdo, 2007, pág.135).

En Colombia, el proceso es el mismo, los Fisioterapeutas reciben las remisiones de los médicos para la atención de los pacientes, y es allí donde aparece un fenómeno importante, que se evidencia dependiendo del profesional que ejerza la medicina en la institución, existen posiciones radicales en la remisión, que formula cual debe ser el tratamiento del paciente, sin contar con un dialogo entre profesionales que permita llegar a una atención integral. De esta forma, según el médico y la institución se cuenta con "maneras autónomas de ejercer la profesión médica y el ejercicio interdisciplinario" que de alguna manera vulneran la responsable toma de decisiones del Fisioterapeuta, que no es considerado como un profesional sino como un técnico que debe cumplir órdenes y rendir cuentas de su trabajo. Si bien es indispensable aclarar que el trabajo interdisciplinario entre profesionales de la salud es el deber ser para el cual se forma el talento humano, debe ser reconocida su posición como integrante responsable y ético que actúa de acuerdo a los conocimientos recibidos en la Universidad donde obtuvo su título profesional.

Sin embargo, dicha posición en el campo de la Fisioterapia no ha sido estudiada, a partir de la mínima o inexistente evidencia investigativa que se encuentra en las bases de datos y medios de investigación científica. Swisher en 2002 afirmo: "los resultados de mi estudio sugieren que la autonomía ha sido ampliamente estudiada como un principio filosófico en terapia física. Sin embargo, tenemos pocos datos acerca de los problemas singulares que los

terapeutas físicos o sus pacientes encuentran con respecto a la autonomía” (Swisher, pág. 704).

Siendo éste uno de los dilemas bioéticos que mayor significado tienen al interior del ejercicio profesional, al punto de anularse la autonomía profesional del Fisioterapeuta al cumplir ordenes no consensuadas y en muchos casos en contra de su concepto profesional y ético , no se ve la preocupación de los profesionales por hacer valer su conocimiento en dichos contextos. En un estudio retrospectivo acerca del conocimiento de la ética en terapia Física realizado en 2002 a partir de la revisión de artículos publicados en revista indexada en los años comprendidos entre 1970 y 2000 se encontró que: “Los temas recurrentes fueron la necesidad de precisar y aclarar los dilemas éticos de los terapeutas físicos, la relación entre la toma de decisiones clínicas y éticas, y la cambiante relación con los pacientes”. (Swisher, 2002, pág. 692)

(Poullis, 2007, pag 436), al respecto, escribe

Necesitamos la ayuda de expertos en bioética, que aborden y ayuden a la comprensión de los dilemas éticos propios de la práctica clínica de los Fisioterapeutas....Su objetivo debe ser poner en evidencia no los casos difíciles o especiales, sino, más bien, los dilemas diarios a los que se ve enfrentado. Los fisioterapeutas deben publicar sus problemas éticos en las revistas de bioética”

Ahora bien, haciendo referencia a este mismo tema, no es una opción racional generalizar la posición de dominación por parte del personal médico sobre el Fisioterapeuta, puesto que en algunos casos , éste último ha ejercido su profesión con altura y una impecable academia que logro abrir un espacio de reconocimiento por su trabajo y conocimiento, lo que quiere decir que existe un componente personal que limita en algún grado el despliegue profesional, que

sería importante investigar para determinar la influencia exacta que genera en un equipo interdisciplinario.

La autonomía ha sido definida en palabras de Beauchamp y Childress así: “Deriva del griego autos, (propio) y nomos (regla, autoridad o ley)..... Este término se ha ampliado de forma que en la actualidad también se utiliza para las personas, y ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derecho de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo”(1999. Pág. 113).

El profesional en Fisioterapia nominalmente ejerce su autonomía a partir del enunciado del artículo dos de la ley 528 de 1999: “de la declaración de principios. La autonomía e independencia del fisioterapeuta, de conformidad con los preceptos de la presente ley, son los fundamentos del responsable y ético ejercicio de su profesión”

Nominalmente el profesional es un ser autónomo y toma decisiones sobre el tratamiento de sus pacientes, pero en la realidad, el contexto clínico muestra conductas de sumisión por parte del profesional ante otras disciplinas, en este sentido, Ana Fatima Viero en su tesis doctoral titulada “Ética y Bioética en la praxis de la Fisioterapia: Develando comportamientos” pone en evidencia las voces de un grupo de Fisioterapeutas brasileños en torno a la categoría “ la autonomía en las relaciones interprofesionales” y manifiesta:

Emerge una diferencia entre la relación con médicos y la relación con otros profesionales, en cuanto a los médicos se encuentra mayor resistencia en los médicos de edad avanzada que los jóvenes, pues los de mayor edad difícilmente discuten los casos y se basan en una relación de imposición de tratamientos desconociendo al fisioterapeuta e irrespetando su autonomía profesional. Los médicos jóvenes establecen mejores relaciones y se dialoga respecto a la mejor conducta o

tratamiento fisioterapéutico a seguir con los pacientes. Cuando existen diferencias en la conducta impuesta por el médico el fisioterapeuta opta por realizar una evaluación y determinar su propia conducta de acuerdo a las necesidades del paciente, aunque considera que lo mejor es el dialogo entre profesionales para la atención de los pacientes. Por otra parte, la relación con los otros profesionales del área de la salud como son enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos o profesionales en educación física es armoniosa cooperativa y respetuosa. (2008, Pág129-130).

Es importante considerar el respeto a la autonomía de la persona “Respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales”(Beauchamp & Childress, 1999, pág. 117). En el campo profesional, según el artículo 30 de la ley 528 se afirma que “El Fisioterapeuta, en sus relaciones con otros profesionales, procederá con la autonomía e independencia que le confiere su preparación académica de nivel universitario” , además del enunciado del artículo 29 acerca de “La lealtad y el respeto entre el Fisioterapeuta y los demás profesionales con quienes interrelacione para los fines de su práctica profesional”.

En este orden de ideas, la normatividad y la realidad muestran un panorama diferente en el que el profesional, si bien, realiza su trabajo en las instituciones de salud de manera autónoma, dicho principio es vulnerado dependiendo del lugar y el profesional a cargo del paciente, y se considera un dilema bioético de gran magnitud pues se está poniendo en juego la responsabilidad que tiene el profesional con sus pacientes y la idoneidad en realizar su trabajo.

Los profesionales sanitarios, como cualesquiera otros, están obligados por el derecho común a actuar responsablemente en el ejercicio de su profesión evitando tanto la imprudencia como la ignorancia, la impericia y la negligencia. Esta responsabilidad jurídica de los profesionales sanitarios es básica, y resulta obvio que puede, debe y tiene que ser exigida por el Estado con el máximo rigor (Gracia, 2002, pág. 57)

Las limitaciones establecidas por el difícil dialogo interdisciplinar puede ir en detrimento de la calidad en la prestación de los servicios en salud, por lo que al reconocer dicha debilidad es primordial establecer espacios de socialización y dialogo interdisciplinario con respeto profesional y tolerancia.

1.3.3 LA RELACIÓN FISIOTERAPEUTA- PACIENTE

La relación Fisioterapeuta – Paciente tiene una estrecha relación con la esencia real de la Fisioterapia que gira en torno a la atención del individuo, la familia y la comunidad, la relación que se desarrolla entre las partes es considerada fundamental en el proceso de atención y ha sido descrita en diferentes artículos como la principal preocupación del profesional de la salud, desde una mirada del “cuidado”.

La ley 528 de 1999 cita en la declaración de principios:

La relación entre el fisioterapeuta y los usuarios de sus servicios se inspira en un compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad que debe estar garantizado por adecuada información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción profesional por parte de aquellos. La atención personalizada y humanizada constituye un deber ético permanente.

En este sentido, la relación del profesional de la salud se debe ajustar dentro de unos parámetros mencionados por la ley, que desde su carácter humanitario privilegia un trato especial basado en la confianza y la constante preocupación por el mejoramiento de la condición de salud del paciente. Al respecto, se puede generar una relación paralela sobre la cual se apliquen los cuatro modelos propuestos dentro de la relación médico- paciente planteados por Ezekiel y Linda en el texto Bioética para Clínicos de Azucena Couceiro, en ella se hacen evidentes modelos que pueden ser aplicables a la relación del Fisioterapeuta con sus Pacientes, como el modelo paternalista, informativo, interpretativo o deliberativo.

La descripción de modelos de relación en el contexto de la Fisioterapia tiene un valor imperante que se reconoce si se analiza el papel del profesional, puesto que dependiendo del rol que ejerce en su medio puede asumir un modelo específico, es decir, en la medida que el médico de alguna forma asume un modelo especial según su construcción profesional, el Fisioterapeuta desde su autonomía en la intervención puede retomar el modelo propuesto por el médico o puede hacer una construcción individual basada en su posición autónoma en la intervención a su paciente.

De esta manera en el espacio asistencial, Fisioterapeutas pueden asumir modelos paternalistas si consideran que su fin es el promover el bienestar de sus pacientes sin considerar las preferencias de los mismos siguiendo la carta de navegación propuesta por el personal médico, ó de igual manera, asumir modelos informativos que pretenden informar al paciente acerca de su intervención dejando a su elección la realización o no de dicho tratamiento.

En este sentido, es importante aclarar que el Fisioterapeuta se acerca al paciente en un segundo momento después de haber sido valorado y diagnosticado por su médico, quien ha propuesto un tratamiento específico en el cual incluye la atención del Fisioterapeuta. Desde este punto de vista, el

paciente llega a Fisioterapia habiendo reconocido y aprobado con anterioridad su tratamiento, de manera que es misión del profesional iniciar su proceso con el paciente y consolidar una relación de acuerdo con los parámetros legales anteriormente planteados desde la normatividad.

Dicha relación se enmarca en la comunicación inicial con el paciente y su familia, una dialogo amplio que por cuestiones de tiempo e interacción más cercana permite al paciente y sus allegados un acercamiento en el que se socializan dudas, inquietudes y preocupaciones respecto al tratamiento, pero en sí, la posición del Fisioterapeuta respecto a un modelo no es tan clara por considerarse de antemano la aceptación a una intervención Fisioterapéutica, pero si se puede afirmar que parte de un propósito comunicativo amplio y con mayor confianza, que permite generar un análisis profundo en el que se ponen en evidencia los valores del paciente y su deseo, contexto ligado al modelo interpretativo, pues la figura del profesional en algunos casos trasciende a considerarse un consejero o un amigo responsable por su bienestar.

Retomando la ley 528, De las relaciones del fisioterapeuta con los usuarios de sus servicios

Los fisioterapeutas deberán garantizar a los usuarios de sus servicios la mayor calidad posible en la atención, de acuerdo con lo previsto en la Ley 100 de 1993 y demás normas que la adicionan o modifican; sin que tal garantía pueda entenderse en relación con los resultados de las intervenciones profesionales, dado que el ejercicio de la fisioterapia comporta obligaciones de medio pero no de resultado.

Existen casos en los que los pacientes o sus familiares son quienes toman la decisión de no realizar el tratamiento Fisioterapéutico, hecho que puede atribuirse a diferentes causas dadas por el proceso de atención, pero en este sentido la garantía de calidad se ve afectada por la posición de desacuerdo

mencionada, y de esta forma se genera una ruptura en la relación Fisioterapeuta – paciente, reconociendo que existe legalmente la plena libertad de finalizar con dicha relación o rechazar el tratamiento, es en este sentido, que el profesional según mencionan estudios como el de Ana Fatima Viero toman una considerable importancia, puesto que ponen en evidencia la preocupación por el bienestar de los pacientes y la impotencia que se siente como profesional cuando el paciente no reconoce que sin el tratamiento se puede ver en mayor riesgo su salud, y no se puede vulnerar su derecho a la autonomía individual. Desde el marco del “cuidado” sobre el cual se enfoca el que hacer del fisioterapeuta tiende a generar sensaciones de imposibilidad al no poder acceder a los pacientes y no poder promover el bienestar dadas las condiciones particulares de pacientes y familiares en desacuerdo. Como lo menciona María Ines sarmiento en la Evolución del Concepto de autonomía “El concepto de respeto a las decisiones de las personas toma fuerza en muchos campos de la vida social, y por lo tanto, comienza a tener relevancia también en las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, no solo en los ámbitos investigativos, sino en la práctica clínica general. (pág. 76)

El Fisioterapeuta se desarrolla en el campo asistencial bajo un objetivo claro que es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que al no poderla realizar deja un aire de ausencia al cumplimiento responsable de su profesión. “la preocupación por la salud no es sino un caso particular de una preocupación más amplia: la preocupación por la vida” (Maldonado Castañeda, 2005, pág.26)

El tema de la Relación Fisioterapeuta- Paciente aún es muy incipiente dado la escases en los estudios que abordan el tema, que es más considerado desde la experiencia como una condición de humanidad que se genera en el desempeño diario de la profesión que en particular deja satisfacción o un vacío,

pero no se discute en contextos académicos o investigativos que permitan dilucidar cuales serian los elementos de análisis para su mejoramiento.

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El método que prevalece en la investigación es cualitativo, aquí el énfasis está en el lugar que tiene la teoría en su proceso de construcción conceptual y en su diseño metodológico, además del interés de captar la realidad social a través de los Fisioterapeutas de acuerdo con la percepción que tienen de la toma de decisiones en el área asistencial, el estatuto profesional de su profesión y la relación Fisioterapeuta- paciente. Para efectos de la recolección de la información se planteó una estrategia que consta de tres momentos, el primero, en el que se aplicó un instrumento de encuesta que requirió un análisis de información de carácter cuantitativo y cualitativo, en un segundo momento se aplicó un instrumento de descripción situacional específica analizado cualitativamente y en el tercer momento se realizaron entrevistas semiestructuradas.

(Bonilla y Rodríguez, 1997) señalan: El método cualitativo no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. El proceso de investigación cualitativa explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal. Esto implica que no aborda la situación empírica con hipótesis deducidas conceptualmente, sino que de manera inductiva pasa del dato observado a identificar los parámetros normativos de comportamiento, que son aceptados por los individuos en contextos específicos históricamente determinados.

De este modo, se tratará fundamentalmente de hacer una producción teórica que explique los resultados y brinde la posibilidad de ampliar el conocimiento en el campo profesional de la Fisioterapia en relación con la Bioética.

2.2 PARTICIPANTES

Para el estudio se contó con la participación de 35 Fisioterapeutas con experiencia en el área clínica. La totalidad de Fisioterapeutas convocados diligenció la encuesta y a partir de los resultados se realizó el análisis cuantitativo. Para el segundo momento, 5 Fisioterapeutas participaron de manera voluntaria en el diligenciamiento del segundo instrumento que hacía referencia a una descripción situacional específica respecto a las categorías propuestas en el estudio, que para el análisis cualitativo se consideraron como narrativas que parten de las voces de los Fisioterapeutas participantes en la investigación y finalmente se registraron sus voces por medio de una entrevista semiestructurada.

Para el análisis cualitativo de la información, la voz plasmada en las entrevistas, la descripción situacional de los Fisioterapeutas y las encuestas, fueron la fuente de información que permitió llegar a interpretaciones acerca de los dilemas vividos por los Fisioterapeutas en la práctica profesional.

2.3 INSTRUMENTOS

- **Instrumento N° 1: Encuesta**

Se diseñó una encuesta dirigida a los Fisioterapeutas que constaba de 13 preguntas que de manera sencilla abordaban las tres dimensiones propuestas en el estudio: la epistemología profesional del Fisioterapeuta, la toma de

decisiones profesionales y la relación Fisioterapeuta- paciente. Iniciando con una contextualización de la población respecto al género, la edad, la experiencia profesional determinada por el tiempo y el área de especialización en el campo disciplinar o interdisciplinar. (Anexo A)

- **Instrumento N°2: Descripción situacional específica**

Se diseñó un instrumento que permitía al Fisioterapeuta describir una situación especial a la cual se hubiera tenido que enfrentar en el área clínica, que en su momento le hubiese generado algún cuestionamiento ético. Las situaciones descritas se enmarcaban en la toma de decisión profesional o en la relación Fisioterapeuta- Paciente. (Anexo B)

- **Diseño de Guía de entrevista semiestructurada**

Se diseñó un formato con las pautas teóricas para la entrevista dirigida a los Fisioterapeutas, que abordaban principalmente las tres categorías de análisis del estudio como son la autonomía profesional del Fisioterapeuta, El estatuto profesional y la relación Fisioterapeuta- paciente. (Anexo C)

2.4 PROCEDIMIENTO

En el desarrollo del estudio se reconocen tres fases fundamentalmente, que se describen a continuación:

Primera Fase: Construcción de un referente teórico en torno a las categorías previstas para el estudio y diseño de los instrumentos de recolección de información mencionados en el aparte anterior, como fueron la encuesta, la descripción situacional específica y el diseño de guía de la entrevista semiestructurada.

Segunda Fase: El trabajo de campo se constituye en una de las partes más importantes del estudio, pues permite interactuar con la población de Fisioterapeutas y permite conocer la visión que tienen acerca de su profesión e indagar por los cuestionamientos que su ejercicio diario genera.

Se desarrollo en tres momentos, el primer momento de recolección de datos para el estudio fue la aplicación de las encuestas (Se adjunta instrumento- Anexo A). Los resultados brindan datos de orden cuantitativo y cualitativo. La tabulación de la información cualitativa se expresa en porcentaje y la información de carácter cualitativo asociado a las preguntas del instrumento se codifican iniciando con la P (pregunta), el número de la pregunta y posteriormente el número de intervención registrado en el anexo de hallazgos cualitativos del instrumento N°1. Ejemplo P3- 28

El segundo momento parte de la descripción situacional aplicada a 5 Fisioterapeutas que diligenciaron el instrumento de manera voluntaria (Se adjunta instrumento- Anexo B).

El tercer momento se basa en el desarrollo de entrevistas semi-estructuradas. Previo al inicio de cada una de las entrevistas se presento a los Fisioterapeutas participantes una carta de compromiso de confidencialidad que fue diligenciada y firmada por el investigador- entrevistador y por el Ft-entrevistado (Anexo D). Se analizan 4 entrevistas realizadas a Fisioterapeutas seleccionados aleatoriamente. (Se adjunta Guía de pautas teóricas para la entrevista- Anexo C). Para la citación de los fragmentos de las entrevistas se codificaron con la letra E de entrevista, seguida del número de la entrevista y el número correspondiente al renglón de la entrevista que hace referencia al fragmento a citar.. Ejemplo: E1: 20-22

Tercera Fase:

El análisis de la información y la presentación de resultados parte de la tabulación de los datos provenientes de los tres instrumentos aplicados y la codificación de los mismos, en primer lugar se tabularon los datos cuantitativos de la encuesta y posteriormente se realizó una matriz de análisis de los hallazgos cualitativos (Anexo E y F).

En segundo lugar se digitalizaron las descripciones situacionales (Anexo G) y en tercer lugar se transcribieron las entrevistas. (Anexo H)

La categorización se realizó a partir del análisis de la información general, se diseñó una matriz categorial considerando pautas teóricas provenientes del referente y categorías de análisis emergentes del estudio que se evidencia en el capítulo de resultados.

3. RESULTADOS

Los resultados del estudio parten de una mirada inicial de la investigación inductiva e interpretativa en la que se realizó en un primer momento una revisión teórica que dio luz al desarrollo del trabajo de campo y que brinda la oportunidad de hacer un ejercicio de análisis permanente y paralelo en el que la teoría continua construyéndose de acuerdo con el ejercicio en campo, de esta manera la teoría se enriquece con la experiencia en medio del proceso investigativo dando lugar a la construcción de categorías que emergen del estudio.

A continuación se señalan las categorías de análisis de acuerdo con los objetivos propuestos para el estudio.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORIAS
Ejercicio de la autonomía Profesional del Fisioterapeuta: Describe de que manera el profesional asume la toma de decisiones respecto a la atención de sus pacientes en el área clínica.	<p>Modelo Purtilo: Periodo de identidad propia: Establecimiento de compromisos y la rendición de cuentas a otros profesionales de la salud. (Swisher,L.,2002: 694)</p> <p>Modelo Purtilo: Periodo de identidad del paciente: se establece una verdadera asociación con los pacientes en un contexto social de creciente énfasis en los derechos de los pacientes y el trabajo en equipo para el cuidado de la salud. (Swisher,L.,2002: 694)</p>
Limitantes del ejercicio de la autonomía profesional: son los diferentes factores que influyen de	<p>La institución prestadora de salud: Se refiere a la condición legal y administrativa de la institución prestadora de salud en la cual el Fisioterapeuta labora, se reconocen IPS de carácter público y privado.</p> <p>El nivel de formación del Fisioterapeuta: Hace referencia a el nivel de formación pre- gradual y post</p>

<p>manera negativa en el ejercicio de la autonomía profesional del Fisioterapeuta.</p>	<p>gradual obtenido en la Universidad de la cual es egresado, los conocimientos recibidos y las competencias desarrolladas de carácter cognoscitivo, práxiológico, axiológico y comunicativo.</p> <p>Reconocimiento del perfil profesional del Fisioterapeuta: Hace referencia al conocimiento del quehacer profesional del Fisioterapeuta y el papel que ejerce en el equipo interdisciplinario en salud.</p> <p>Historicidad de la relación de dependencia del personal médico sobre el fisioterapeuta: Hace referencia a la denominada - medicalización- , “este término fue definido por Castro, como la presencia de comportamientos, símbolos y conceptos trasladados históricamente de la medicina a la fisioterapia, a través de los cuales se mantuvo una relación de dependencia y dominación”. (Herrera, Rivera, Prada, & Sánchez, 2004).</p>
<p>Conocimiento e importancia del Estatuto profesional del Fisioterapeuta: Hace referencia al reconocimiento de la Fisioterapia como una profesión del área de la salud considerando la legislación colombiana, que para tal fin determina que la Fisioterapia: “una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de</p>	<p>La Fisioterapia es considerada una técnica: la primera reglamentación de la Fisioterapia bajo el decreto 1056 de 1954 la define como la aplicación de medios físicos bajo el aval e indicación médica. Inicialmente su carácter fue técnico y auxiliar de la Medicina, con una total dependencia tanto en su formación como en su ejercicio.</p> <p>La Fisioterapia es considerada una profesión: La Ley 9 de 1976 reglamenta inicialmente el ejercicio profesional en Colombia, reconociendo a la Fisioterapia como una profesión universitaria, con los requerimientos propios de este nivel de formación, en cuanto a fundamentación científica e investigativa y formación social humanística.</p>

<p>atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente donde se desenvuelven...” (Ley 528 de 1999).</p>	
<p>Condiciones que intervienen en el Desarrollo de la relación Fisioterapeuta-paciente: Son los aspectos que influyen en el desarrollo de la relación que emerge entre el profesional, el paciente y la familia a partir de la intervención en el área asistencial.</p>	<p>Reconocimiento de la ley 528 de 1999 en términos de la relación Fisioterapeuta- Paciente: La declaración de principios menciona que “La relación entre el fisioterapeuta y los usuarios de sus servicios se inspira en un compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad que debe estar garantizado por adecuada información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción profesional por parte de aquellos. La atención personalizada y humanizada constituye un deber ético permanente”.</p> <p>El ámbito de intervención entre el Ft y el paciente: Hace referencia al contexto específico de atención de acuerdo al tipo de intervención que se está realizando.</p> <p>Sistema General de Salud y políticas Institucionales: Hace referencia al actual sistema general de salud colombiano que determina políticas que influyen en los criterios de atención a los pacientes.</p>
<p>Cuestionamientos del ejercicio profesional del Fisioterapeuta que dan lugar a identificar dilemas bioéticos.</p>	<p>Principios Bioéticos:</p> <p>Primer Nivel: Justicia y No maleficencia, principios que corresponden a un nivel público. En términos de Diego Gracia se puede reconocer como ética de Mínimos, “es expresión del principio básico de la ética civil, la igual consideración y respeto de todos los seres humanos”. (Gracia, D: 2009: 98).</p> <p>Segundo Nivel: Autonomía y Beneficencia, corresponden a un nivel privado. Ética de máximos. “Definen aquella parte de la vida moral en la que todos debemos ser respetados en nuestra diversidad” (Gracia, D:</p>

	<p>2009: 98). “Por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción y pertenece al ámbito de la conducta personal, la misma que está supeditada al bien común. La beneficencia está orientada al bien común y depende del propio sistema de valores. Son principios subjetivos.” (García, A y Estévez, E: 2002: 19).</p>
--	---

Para efectos de la contextualización de la población, la encuesta aplicada a los Fisioterapeutas permitió dar una mirada general a los profesionales que participaron en el estudio, respecto al género, edad, tiempo de experiencia y formación postgradual.

De la totalidad de la población encuestada, el 91% son mujeres, con una edad promedio entre los 31 y 40 años de edad que corresponden al 68%, un 23% en edades entre los 20 y los 30 años, y el 9% restante con una edad superior a los 40 años.

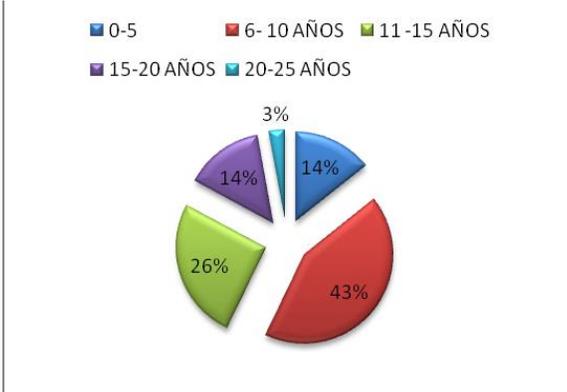


Figura 1. Experiencia profesional de los Fisioterapeutas participantes del estudio.

La experiencia profesional de los Fisioterapeutas encuestados en un 43% está entre 6 y 10 años, el 26% esta entre 11 y 15 años de experiencia, y un 14% cuenta con una experiencia entre 15 y 20 años.

De la totalidad de la muestra 34 Fisioterapeutas son especialistas en las áreas de: Salud Pública, Ejercicio físico, Fisioterapia en Cuidado Crítico, Salud Ocupacional, Gerencia y Docencia Universitaria.

El gráfico muestra el mayor porcentaje correspondiente a profesionales que se especializaron en el área del cuidado crítico, seguido por estudios en gerencia y ejercicio físico, que para efectos del estudio muestran un alto porcentaje de Fisioterapeutas que se inclinan por el área asistencial.

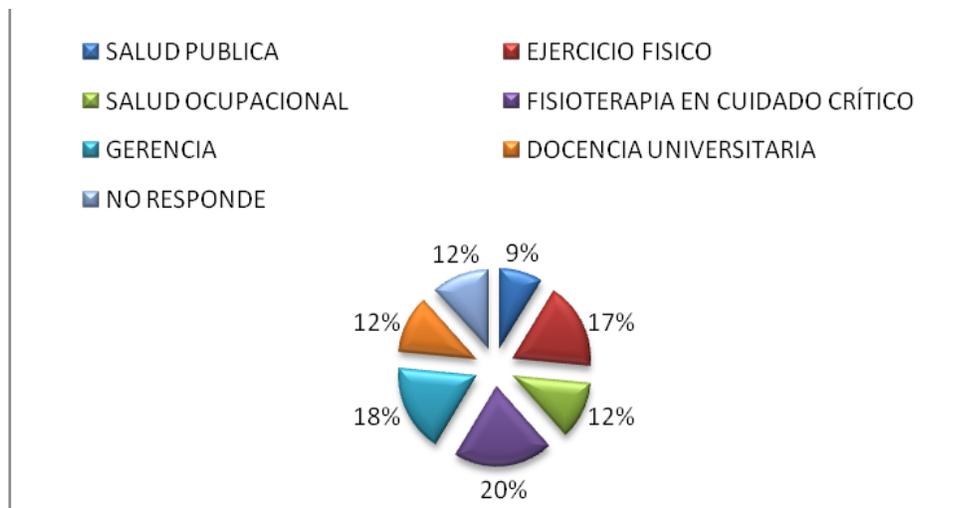


Figura 2. Formación postgradual de los Fisioterapeutas.

Los profesionales que diligenciaron la encuesta independiente a su especialidad se encuentran actualmente en el ejercicio de la atención a los pacientes en el área clínica.

A partir de la contextualización de los Fisioterapeutas, se pueden realizar consideraciones interesantes respecto al desempeño profesional en relación con la formación postgradual, si bien se cuenta con un grupo que se ha preocupado por continuar su formación a nivel de especialización en el área de la salud, dicho esfuerzo académico por el mejoramiento en términos de calidad en el ejercicio profesional en áreas clínicas tiende a ser escaso, si se reconoce que las especializaciones dirigidas al desarrollo específicamente asistencial en área disciplinar son dos, fisioterapia en cuidado crítico y ejercicio físico. Ahora bien, el reconocimiento que los profesionales especializados tienen en clínica es mínimo en términos financieros, hecho que es una limitante importante que genera desmotivación a nivel gremial. En términos generales el único espacio de reconocimiento que tienen los profesionales especializados e interesados por el continuo enriquecimiento académico en pro del mejoramiento y la calidad es el contexto de la Educación superior.

3.1 CATEGORIAS DE ANALISIS

Las categorías de análisis planteadas para el estudio en coherencia con los objetivos propuestos son la base para la presentación de los resultados obtenidos de carácter cuantitativo y cualitativo. En la siguiente descripción de resultados se presentan los datos obtenidos a partir de encuestas, entrevistas semi- estructuradas y descripciones situacionales.

3.1.1 Ejercicio de la autonomía Profesional del Fisioterapeuta

El ejercicio de la autonomía profesional del Fisioterapeuta en el área clínica se evidencia en la forma como el profesional asume la toma de decisiones respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes. En este

sentido, el 71% de la población encuestada considera que el Fisioterapeuta Colombiano **ALGUNAS VECES** es autónomo en la toma de decisiones sobre el tratamiento de sus pacientes, seguido de un 23% que considera que **SI** es un profesional autónomo, y concluye con un 6% restante que afirma que **NO** es autónomo.

“depende del ámbito que se desarrolle los fisioterapeutas en algunos sitios no, no en todos, en muy pocos se puede tener la capacidad de toma de decisiones, pero en general esa capacidad de poder tomar una toma de decisiones en el ámbito clínico es bien complicado”. (E1: 1-4)

El alto porcentaje de profesionales que pone en duda la toma de decisiones, puede atribuir dicho comportamiento al primer periodo del modelo Purtilo, *Periodo de identidad propia* que asume el establecimiento de compromisos y la rendición de cuentas a otros profesionales de la salud. (Swisher,L.,2002: 694)

Entrevistador: ¿Consideras que en este momento el fisioterapeuta hace un papel de dependencia, respecto al personal médico en la toma de decisiones?

Entrevistada 1: Hoy se tiene dependencia, no se puede decir que es total, hay personas que como yo hemos tenido la oportunidad de hacer valer nuestro criterio, pero aun todavía hay dependencia, y uno lo ve mucho sobre todo en los hospitales y en las personas que han tenido que lidiar con parte de la historia de la fisioterapia nos llevan a esto. (E1: 14-18)

De esta manera, el escaso 6% de Fisioterapeutas que consideran que el profesional es autónomo en la toma de decisiones, tienen correspondencia con el segundo periodo del Modelo Purtilo, *Periodo de identidad del paciente* que establece una verdadera asociación con los pacientes en un contexto social de creciente énfasis en los derechos de los pacientes y el trabajo en equipo para el cuidado de la salud. (Swisher,L.,2002: 694).

Entrevistador: ¿Consideras que el Fisioterapeuta es autónomo en la toma de decisiones en el campo clínico?

Entrevistada 2: Si, dentro del área en la cual me desempeño que es cuidado crítico cuidado intensivo , hay notable autonomía frente a cada una de nuestras actividades dentro de este espacio se maneja la acción como interdisciplinaria, es decir manejamos revistas medicas y como estamos frente a un paciente crítico que varía de una hora a otra, se plantea una actividad con este paciente se determina los objetivos y yo dentro de mi quehacer dentro de mis opciones que tengo de tratar mi paciente selecciono cual es la mejor para cumplir los objetivos del paciente, entonces sí creo que tenemos autonomía para tomar decisiones en este espacio o de pronto en donde me estoy desempeñando.

Ahora bien, se conjuga con la autonomía el área específica en la cual se desempeña el Fisioterapeuta, de manera que la rotación por las diferentes áreas inherentes a la atención clínica permite o limita en algún grado el nivel de autonomía profesional.

La autonomía profesional es una pregunta que los Fisioterapeutas no se realizan con frecuencia y no se puede considerar una preocupación constante en términos de la adecuada o inadecuada atención al paciente, de hecho en el contexto asistencial se convierte en un ejercicio que no da lugar a

cuestionamientos y que día tras día hace parte de la mecánica de trabajo, lo que resulta en una adaptación para el profesional a los parámetros que la institución brinda.

3.1.2. Limitantes del ejercicio de la autonomía profesional

Los diferentes factores que influyen de manera negativa en el ejercicio de la autonomía profesional del Fisioterapeuta se conocen como limitantes, a lo que la población encuestada ha hecho referencia puntual y se mencionan a continuación:

3.1.2.1. La institución prestadora de salud: Se refiere a la condición legal y administrativa de la institución prestadora de salud en la cual el Fisioterapeuta labora, y determina el grado de autonomía del profesional, reconociendo de igual manera el escenario específico de desempeño al interior de dicha institución. Se reconocen IPS de carácter público y privado.

A partir de la posición de los entrevistados, el ejercicio de la autonomía depende de la institución:

“Esto depende de la institución en donde se desempeña y de los manejos clínicos de la institución IPS o EPS.” (P3-21)

“Depende mucho del sitio asistencial donde el fisioterapeuta este ubicado y de su posicionamiento profesional” (P3-22)

Al respecto, El 35% de Fisioterapeutas considera que en Consulta Externa tiene un nivel **ALTO** de autonomía profesional, El 18% considera que en Hospitalización tiene un nivel **MEDIO-ALTO** de autonomía profesional. , El 21% considera que en la UCI tiene un nivel **MEDIO** de autonomía profesional, seguido de un 28% que opina que en urgencias tienen un nivel **MEDIO- BAJO**

de autonomía profesional, y finalmente el 4% considera que en las IPS del estado el Fisioterapeuta tiene un nivel **BAJO** de autonomía.



Figura 3. Área de intervención profesional.

Ahora bien, los resultados que arrojan las encuestas en este sentido específicamente no muestran una tendencia marcada respecto a la autonomía según el escenario de trabajo en el área clínica, reconociendo que hay una heterogeneidad en cuanto a la experiencia en las diferentes áreas que ha tenido la muestra de Fisioterapeutas. En el quehacer profesional existe una alta aleatoriedad acerca del tiempo y el escenario en el cual se ha desempeñado, hecho que puede limitar significativamente el resultado.

Es indispensable en este ítem tener presente que solo los Fisioterapeutas Especialistas en Cuidado Crítico desde un carácter legal son idóneos y tienen autorización para ejercer profesionalmente en dicha área, para efectos del presente estudio el 20% de la muestra es Especialista en Cuidado Crítico y por este hecho se ha desempeñado en el área.

Entrevistador: Consideras que el fisioterapeuta es autónomo en la toma de decisiones en el campo clínico? (E4: 1)

Entrevistado 4: hay ciertos escenarios en que tu toma de decisiones está sujeta a la toma de decisiones de un médico como tal, un especialista, y en otra toma de decisiones de forma específica frente a tu quehacer profesional, depende del contexto, usualmente en la unidad de cuidado intensivo estamos más sujetos a la, ósea tomamos ciertas decisiones pero estamos supervisados por la aprobación de un ente regulador superior aparentemente de conocimientos, mientras que en el área de consulta externa y hospitalización la toma de decisión es más directa. (E4: 3- 7)

De acuerdo con la aleatoriedad de los resultados en esta subcategoría, respecto a las limitantes de la autonomía no solo se puede tener en cuenta la experiencia del Fisioterapeuta según su historia laboral, también sobresale el hecho de el grado de participación activa que ha tenido en el equipo interdisciplinario al interior del área y las relaciones que en ésta ha promovido. Según relatos de Fisioterapeutas que cuentan con experiencias favorables en su vida laboral se hacen aproximaciones muy cercanas acerca de un alto grado de autonomía en instituciones específicas. Ahora bien también influenciadas por el tiempo en el cual laboraron y la normatividad que en dicho momento regía en salud, por lo que la experiencia vivida en teoría fue positiva, pero puede ser catalogada negativamente por otro profesional que al igual participo en el proceso pero bajo otras condiciones de poca interdisciplinariedad, ambiente laboral no muy cercano o limitantes institucionales que generaron dicha apreciación.

3.1.2.2. El nivel de formación del Fisioterapeuta: El nivel de formación pre-gradual y post gradual obtenido en la Universidad de la cual es egresado, los conocimientos recibidos y las competencias desarrolladas de carácter cognoscitivo, práxiológico, axiológico y comunicativo. Se considera una

subcategoría relevante mencionada por los Fisioterapeutas como un factor determinante para el ejercicio de la autonomía en el contexto clínico enfocado a la apropiación de los conocimientos, la argumentación y justificación de los mismos que se evidencia en el trabajo interdisciplinario y revistas que permiten determinar la fortaleza en la toma de decisiones sobre la intervención con el paciente.

“He visto en mi trayectoria asistencial por varios hospitales y clínicas que en algunos lugares no estamos bien posicionados en la toma de decisiones de forma independiente; considero que por falta de nivel académico y carácter individual para “hacerse escuchar” con fundamentos.” (P3- 19)

“Malas prácticas de profesionales inexpertos o carentes de especialización”. (P11- 2)

“En ocasiones por el desempeño que han tenido los egresados, quienes por los imaginarios históricos, se consideran agentes pasivos y no generan procesos proactivos, críticos y con capacidad de sustentar sus acciones.” (P11- 1)

A partir de los resultados de las entrevistas,

Entrevistador: Que factores crees que intervienen en la toma de decisiones en el área clínica? (E4: 8)

Entrevistada 4: Uno es el dominio ósea el conocimiento que tu tienes de tu quehacer profesional y la justificación del porque hace las cosas que haces, en función de lo que tiene la condición específica del paciente, ósea tu grado de asertividad de conocimiento, y dominio conceptual. (E4: 9- 11)

Entrevistada 3: Primero los factores que interviene en la toma de decisión, conocer toda la condición eso parte desde la normatividad y desde toda la parte de fundamentación, también tu como entras a un equipo interdisciplinario hay uno tiene que conocer las guías de manejo, como son las funciones institucionales, cual es el papel del fisioterapeuta en la unidad porque si no conoces, eso puede desviar toda la conducta que se maneje. (E3: 18-21)

La apreciación de los Fisioterapeutas respecto a la formación del profesional en Fisioterapia tiene un fuerte impacto en la toma de decisiones, es reiterativo que la debilidad conceptual por parte del profesional es un agente que promueve desintegración y un reconocimiento negativo hacia la importancia del profesional en el equipo interdisciplinario, y más allá sobre la atención al paciente.

El profesional recién egresado es fuente de críticas respecto a su formación pero de igual manera se pone en tela de juicio las prácticas de profesionales antiguos que si bien ya cuentan con experiencia no sobresalen por su formación y muestran una atención técnica basada en ejercicios mecánicos que carecen de fundamentación y actualización. Entonces, la falta de reconocimiento por la formación no se puede sesgar al profesional que ingresa al contexto laboral, va orientada hacia la pobreza en el ánimo de actualización o apropiación de los conocimientos que son los que permiten darle fuerza a los argumentos y generan la necesidad del profesional en el contexto clínico.

3.1.2.3. Reconocimiento del perfil profesional del Fisioterapeuta: Hace referencia al grado de conocimiento del quehacer profesional y el papel que ejerce en el equipo interdisciplinario en salud.

“otro aspecto que me parece es el más relevante e importante es la falta de capacidad de los mismos fisioterapeutas para hacer valer su opinión y de tener un espacio para generar juicios y explicar que esos juicios que tan valaderos son entre el sistema, si los fisioterapeutas nos diéramos a la tarea de luchar porque ellos, o sea porque nosotros mismos defendiéramos nuestra forma de pensar y justificáramos coherentemente cada uno de nuestros actuar, las cosas serian diferentes hay muchas personas que se dejan llevar por simplemente haga la receta y no les parece que sus decisiones tengan su propio juicio y que sean relevantes en un ámbito medico.” (E1: 8-13)

El 48% de Fisioterapeutas consideran que **ALGUNAS VECES** en instituciones prestadoras de salud se cuestiona la toma de decisión del Fisioterapeuta.



Figura 4. Cuestionamiento de la toma de decisiones por parte de la Institución prestadora de salud.

Se atribuye que dichos cuestionamientos son realizados por parte del personal médico, enfermería, personal administrativo de las instituciones y grupos auditores, debido a la falta de reconocimiento del Fisioterapeuta y posicionamiento en el medio.

“No se conoce el perfil del Fisioterapeuta y además no es remunerado como debe ser teniendo en cuenta su proceso de formación y proceso de intervención y áreas a contemplar dentro de ellas por ese mismo desconocimiento”. (P10-11)

En este sentido, al indagar por el reconocimiento del perfil profesional por parte del equipo interdisciplinario, el 49% de Fisioterapeutas considera que la opinión profesional es tomada en cuenta **ALGUNAS VECES**.

Entrevistador: A partir de su experiencia de que manera cree que el ejercicio interdisciplinario percibe el ejercicio de la fisioterapia? (E4: 39-40)

Entrevistada 4: Yo creo que en la medida, en función de lo que han tenido la experiencia frente a otros profesionales y su quehacer de las experiencias favorables frente a la toma de decisiones o a la decisión de un abordaje en forma específica que se acordó entre las partes, en esa medida aprenden a respetar el papel del fisioterapeuta de lo contrario es como inquietante. (E4: 41- 43)

De igual manera, se resalta la posición de dos de las fisioterapeutas entrevistadas que confirman un resultado de las encuestas, El 29% de Fisioterapeutas consideran que en las instituciones prestadoras de salud **NO** se cuestiona la toma de decisión del Fisioterapeuta.

Entrevistador: A partir de tu experiencia de que manera crees que el equipo percibe el trabajo del fisioterapeuta?

Entrevistada 2: Pues dentro del campo en el cual estoy somos una parte fundamental para el grupo y para digamos la interacción con el paciente, digamos que si somos importantes y tenemos un punto dentro de ese

grupo principal en algunos casos protagónico, dentro de la unidad y en las ocasiones en las cuales he estado fuera de la unidad creo que si somos muy importantes. (E2: 40-42)

Entrevistada 1: ...la oportunidad que yo he tenido no es la de muchos fisioterapeutas, yo mi ejercicio profesional en clínica pienso que tuve la suerte de iniciar dos programas , en el primero que se trabajo fue en el servicio de hospitalización en casa de Saludcoop y empezamos todos al tiempo, fue un equipo en el cual tuvimos y tenemos un espacio bastante amplio y respetaban nuestro criterio inclusive hasta las salidas y toma de decisiones de nuestros pacientes lo generábamos nosotros y no el resto del equipo, entonces pudiera ser de pronto que desde la parte medica ellos ya consideraban que había terminado por ejemplo un ciclo de antibióticos desde enfermería unas curaciones pero si fisioterapia, nosotros no determinábamos que desde su parte funcional el paciente no estaba en la capacidad o su familia en la capacidad de ser manejado por consulta externa el paciente continuaba en el servicio, solamente porque nosotros lo justificábamos y el mismo equipo interdisciplinar lo respetaba, entonces esa experiencia fue, es total , pienso que en el otro en una unidad de cuidado intermedio éramos parte, pues complemento éramos un equipo interdisciplinar , un completo esencial, pues eso se gana es a fuerza de conocimiento. (E1: 35-46)

Al respecto, los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario cuentan con unas características particulares que generan una influencia importante en el reconocimiento de las áreas de la salud que lo conforman, características de edad, experiencia, tiempo de desempeño laboral en la institución, entre otras, se convierten en factores determinantes del reconocimiento profesional, los médicos y enfermeras de edades avanzadas ejercen bajo una estructura cerrada en la que la supremacía y el poder de decisión es radical y no se puede discutir. Ahora, las características personales

del Fisioterapeuta favorecen o no el reconocimiento en el campo, actitudes de sumisión y silencio frente a la intervención son definitivas en el reconocimiento, actitudes proactivas, cuestionadoras y argumentativas promueven la intervención.

3.1.2.4. Historicidad de la relación de dependencia del personal médico sobre el fisioterapeuta: Hace referencia a la denominada - medicalización- , “este término fue definido por Castro, como la presencia de comportamientos, símbolos y conceptos trasladados históricamente de la medicina a la fisioterapia, a través de los cuales se mantuvo una relación de dependencia y dominación”. (Herrera, Rivera, Prada, & Sánchez, 2004).

Al respecto, se indagó inicialmente por la incidencia y el 54% de los Fisioterapeutas consideró que el equipo interdisciplinario incide en la toma de decisiones del fisioterapeuta.

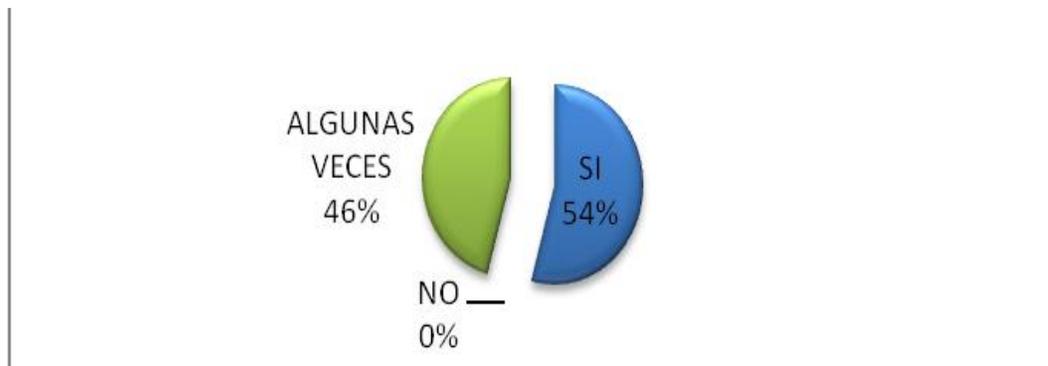


Figura 5. Incidencia del equipo interdisciplinario en la toma de decisiones.

Posteriormente, a partir de las voces de las Fisioterapeutas entrevistadas se indagó directamente sobre la dependencia respecto al personal médico, y se manifestaron las siguientes afirmaciones:

Entrevistada 1: Hoy se tiene dependencia, no se puede decir que es total, hay personas que yo hemos tenido la oportunidad de hacer valer nuestro criterio, pero aun todavía hay dependencia, y uno lo ve mucho sobre todo en los hospitales y de las personas que han tenido que lidiar con parte de la historia de la fisioterapia nos llevan a esto. (E1: 14-18)

Entrevistada 2: Dependencia digamos en el buen sentido de la palabra, es decir que yo hago lo que ordena y me sino a una orden medica puntual, es decir sigo cada uno de los puntos que me determinan pero si necesito trabajar interdisciplinario, trabajar con todo el grupo para tomar la mejor decisión e intervenir es una dependencia no de una orden pero si de una visión global del paciente. (E2: 16- 18)

Entrevistada 3: Si uno depende todavía de lo que el médico diga, muchas veces para dirigirse a ellos uno tiene que tener todavía ese respeto, es muy raro el que se hable de tu a tu, eso se genera con el tiempo, uno les trata de sugerir mire doctor yo le sugiero que le hagamos esto y esto porque los resultados son de esta manera, ellos todavía sienten que tienen el control y el que se cierre es lo que el diga y punto. (E3: 24-27)

Para efectos de un mayor reconocimiento acerca de la dependencia del Fisioterapeuta se indago por el grado de influencia del personal médico sobre la toma de decisiones fisioterapeuticas, dando como resultado que: El 26% de Fisioterapeutas considera que el personal médico influye de un **20%- 40%** sobre la toma de decisiones, el 37% considera que el personal médico influye de un **40%- 60%**. El 20% considera que el personal médico influye de un **60%- 80%** sobre la toma de decisiones y finalmente, el 11% considera que el personal médico influye de un **80%- 100%** sobre la toma de decisiones profesionales.

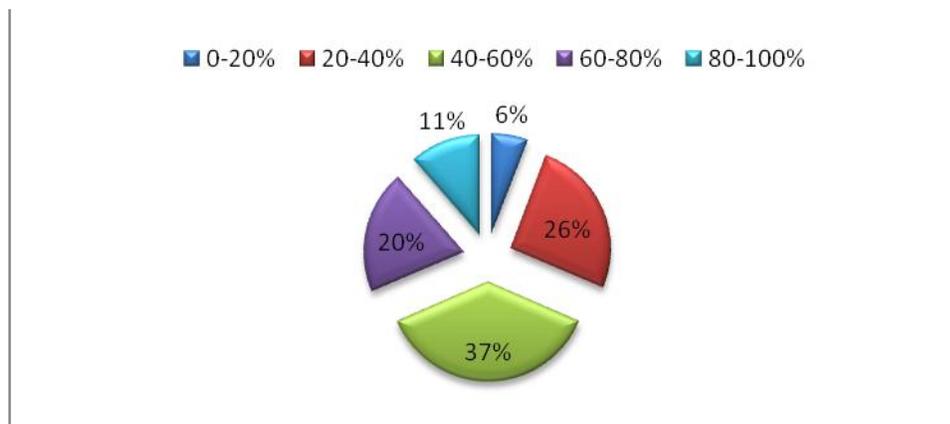


Figura 6: Influencia en la toma de decisiones del personal médico sobre el fisioterapeuta.

De esta manera, los hallazgos cualitativos producto de la encuesta aplicada a los Fisioterapeutas mencionan que:

“Inicialmente es un proceso histórico, en el cual el modelo biomédico y la jerarquía y tecnocracia de los profesionales de la salud han sido hegemónicos.” (P6-2)

“Dependemos de las indicaciones, contraindicaciones y recomendaciones de las intervenciones de otros profesionales”. (P6-17)

“Se requiere del aval y directrices del especialista para iniciar intervención” (P6-14)

En esta perspectiva de dependencia del profesional, se indagó acerca del sentido de vulnerabilidad del profesional respecto a la toma de decisiones, El 54% de los Fisioterapeutas encuestados considera que **NO** se siente vulnerado al tomar decisiones sobre la atención de sus pacientes. El 43% se siente vulnerado **ALGUNAS VECES** al tomar decisiones sobre la atención de sus pacientes, y 3 % restante **SI** se siente vulnerado al tomar decisiones.

Evidentemente, continúa apreciándose que el personal médico genera una importante influencia sobre la toma de decisiones del fisioterapeuta, que en algunos contextos se denomina dependencia, pero que en la actualidad se propone bajo la figura del trabajo en equipo, que promueve una estructura de relaciones de respeto y colaboración sobre la que todos los participantes del equipo de salud trabajan y son liderados por el personal médico.

Ahora bien, es importante hacer alusión a la remisión médica que hace parte de los lineamientos de atención en salud, el personal médico es quien remite para atención terapéutica, y en este orden, a partir de la remisión es que inicia el dialogo en pro de la atención del paciente, la interconsulta es la guía del dialogo profesional.

En este aspecto se puede apreciar que en los resultados emerge una categoría adicional como es la Interdisciplinariedad como factor relevante frente a la toma de decisiones de los Fisioterapeutas

Entrevistador: Que factores crees que intervienen en esta toma de decisiones?

Entrevistada 2: Primero el trabajo interdisciplinario ósea no puedo tomar una decisión solita porque se me ocurrió o trabajo aparte, entonces el trabajo interdisciplinario es donde yo puedo tomar una buena decisión el impacto que tenga el departamento si es el departamento de fisioterapia o el que tenga de terapias dentro de la institución en la cual uno tiene o de la cual uno esta y la parte administrativa, es decir cuando hay una buena organización de departamentos de empieza a marcar y de esa manera puedo tomar mejores decisiones, la otra parte está dentro de la formación del profesional, si yo tengo una buena formación, una buena

actualización, voy a poder tomar una buena decisión frente a mi paciente. (E2: 8-13)

La interdisciplinariedad como categoría emergente, resulta de una percepción diferente que proviene del trabajo en equipo, y es esa visión, la que brinda un aporte a la toma de decisiones acertada para el fisioterapeuta. Invita a percibir la participación del equipo interdisciplinario en la autonomía y reconocimiento individual.

3.1.3. Conocimiento e importancia del Estatuto profesional del Fisioterapeuta

Se refiere al reconocimiento de la Fisioterapia como una profesión del área de la salud considerando la legislación colombiana, que para tal fin determina que la Fisioterapia es: “una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente donde se desenvuelven...” (Ley 528 de 1999).

A partir de la encuesta, el 54% de la muestra de Fisioterapeutas consideran que **ALGUNAS VECES** las instituciones de salud y los profesionales reconocen el estatuto profesional del Fisioterapeuta y el 37% considera que las instituciones de salud y los profesionales **NO** reconocen el estatuto profesional del Fisioterapeuta. Algunos hallazgos cualitativos mencionan:

“No son muy difundidos y no tenemos la conciencia social que es importante hacerlo”. (P10-3)

“Porque no se conoce ni siquiera en el gremio del fisioterapeuta pues menos lo conocen los demás.(P10- 16)

Una voz de una Fisioterapeuta hace alusión al conocimiento del estatuto profesional y la consideración respecto a la organización de la colegiatura en Fisioterapia.

Entrevistada 1: hay muchas personas que aun no conocen claramente cuáles son los estatutos de la profesión de pronto ahorita pues con lo que salga de la colegiatura se esta manejando de tener un ente superior y logramos tener la convocatoria apropiado, podemos inclusive divulgar un poco mas y hacerlo mejor. (E1: 27-30)

3.1.3.1. La Fisioterapia - Una profesión: La Ley 9 de 1976 reglamenta inicialmente el ejercicio profesional en Colombia, reconociendo a la Fisioterapia como una profesión universitaria, con los requerimientos propios de este nivel de formación, en cuanto a fundamentación científica e investigativa y formación social humanística.

“Todavía no se reconoce el hecho de que la Fisioterapia es una profesión liberal que permite la toma de decisiones al actuar”. (P10-5)

Las voces de los fisioterapeutas entrevistados evidencian una preocupación sobre la débil concepción que se tiene de la Fisioterapia como una profesión, y se crean hilos de relación con otras subcategorías como la historicidad de la relación de dependencia profesional con el personal médico y la formación profesional. Pero igualmente se percibe el esfuerzo y el largo recorrido que muchos Fisioterapeutas han caminado con el fin de ser reconocidos en el contexto de salud.

Entrevistador: ¿En la actualidad tu crees que el fisioterapeuta es considerado como un profesional o como un técnico?

Entrevistada 1: Pues a sido un proceso largo pero creo que por lo menos ya en un 70% de un equipo interdisciplinario ya tiene claro que somos

profesionales, pero aun ese 30% de historia pesa y muchas personas creen que somos técnicos, pero obviamente ese va de la capacidad que uno tenga de poder dejar las cosas claras y poder mostrar que no seguimos una receta si no un criterio científico. (E1: 31-34)

Entrevistada 3: Es triste decirlo pero en muchas ocasiones si lo tratan a uno como si fuera el auxiliar de enfermería, todavía ese posicionamiento en el mercado asistencial no ha sido cambiado, hay instituciones que desde la coordinación del fisioterapeuta le han dado la importancia y posicionamiento de la disciplina, siendo construcción de muchos años. Pero hay instituciones donde todavía le dicen a uno la niña de terapia o la terapística, eso afecta todo reconocimiento. (E3: 46- 49)

Ahora bien, las voces son apoyadas por hallazgos cualitativos de la encuesta:

“El posicionamiento de la profesión en la sociedad es frágil por el débil auto reconocimiento de los mismos profesionales del valor de su ejercicio en la construcción del capital social. (P10- 31)

Tanto las voces, como los hallazgos traen a la discusión un tema relevante para efectos del estudio, como es el arduo esfuerzo que ha generado la búsqueda del reconocimiento profesional, pero menciona que es un ejercicio de pocos y no de esfuerzo gremial, el gremio de profesionales en Fisioterapia se ha caracterizado por tener poca acogida y que su presencia no sea fuerte en el medio, de allí que los Fisioterapeutas no se comporten como un grupo unido que genere respaldo y posicionamiento, a diferencia de otros grupos profesionales que se destacan por su trabajo en equipo como la enfermería o la medicina.

3.1.3.2. La Fisioterapia- Una técnica: La primera reglamentación de la Fisioterapia bajo el decreto 1056 de 1954 la define como la aplicación de

medios físicos bajo el aval e indicación médica. Inicialmente su carácter fue técnico y auxiliar de la Medicina, con una total dependencia tanto en su formación como en su ejercicio.

Los hallazgos planteados por los Fisioterapeutas se acercan particularmente a su experiencia en el contexto laboral y la terminología utilizada por profesionales de la salud que hacen referencia al quehacer propio de la Fisioterapia, que generan malestar y de alguna forma minimizan la labor.

“Sobre todo los profesionales de la vieja guardia siguen manteniendo un concepto antiguo del fisioterapeuta, lo que sigue limitando la participación del mismo Fisioterapeuta en muchos escenarios”. (P10-1).

“Muchas veces el profesional (médico, enfermera) minimiza la importancia de la labor del Fisioterapeuta y simplemente le dice mueva así...., hágalo en su casa ó al familiar”. (P10-9)

“Muchas veces nos clasifican o: “masajistas” o como “Klenexs” según nos dediquemos a terapia física o terapia física en UCI que incluye terapia respiratoria; pero pienso que eso depende del rango que se de a cada uno dentro de cada institución”. (P10- 23)

“Muchas veces no se reconocen como profesionales independientes, autónomos, por el salario que se ofrece, creen que es una carrera paramédica”.(P10- 30)

Una Fisioterapeuta en particular se confronta respecto a ser considerada como profesional o técnica y menciona:

Entrevistada 4: Yo quiero considerarme como un profesional, pero sin embargo en algunos entornos te consideran no como un profesional si no como un técnico que maneja una tecnología, es decir una técnica, más que un profesional, pero eso depende de cómo se ha empoderado la profesión porque hay escenarios que tu eres profesional y en esa medida tu decisión vale y tu aspecto también, todo se toma en consideración pero hay contextos en que no. (E4: 35- 38)

En este aspecto, es de gran importancia mencionar, que la Fisioterapia se enmarca desde la intervención en el manejo de una serie de técnicas que le permiten generar estrategias de manejo y tratamiento a los pacientes, si bien, las técnicas son una herramienta fundamental, no son la esencia de la intervención, son una parte especial que para llegar a ser elegida tiene que superar un paso de gran magnitud como es el de ser propuesto en el tratamiento a partir de una evaluación de la condición del paciente y un proceso de interpretación absolutamente justificado y argumentado que en su etapa final decide hacer parte de un esquema de trabajo y tratamiento. Por lo que considerar la Fisioterapia como una técnica es una visión que menosprecia el ejercicio profesional.

3.1.4. Condiciones que intervienen en el desarrollo de la relación Fisioterapeuta- paciente

Son los aspectos que influyen en el desarrollo de la relación que emerge entre el profesional, el paciente y la familia a partir de la intervención en el área asistencial.

En la encuesta se indago acerca de los factores influyentes en el desarrollo de dicha relación. El 66% de Fisioterapeutas considera que la

relación Fisioterapeuta- paciente **SI** puede verse afectada por alguna condición especial.

El 31% de Fisioterapeutas considera que la relación Fisioterapeuta-Paciente **NO** se ve afectada por ninguna condición especial.

Las condiciones se relacionan particularmente con las subcategorías que se mencionan a continuación.

3.1.4.1. Reconocimiento de la ley 528 de 1999 en términos de la relación Fisioterapeuta- Paciente: La declaración de principios menciona que “La relación entre el fisioterapeuta y los usuarios de sus servicios se inspira en un compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad que debe estar garantizado por adecuada información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción profesional por parte de aquellos. La atención personalizada y humanizada constituye un deber ético permanente”.

En este orden, los hallazgos cualitativos mencionan factores influyentes en la relación:

Falta de la credibilidad de la efectividad del tratamiento, trato del Fisioterapeuta al paciente al no identificarlo como persona con dificultades. (P9-1)

Empatía Ft- paciente, patología, evolución paciente, actitud del Fisioterapeuta y del paciente. (P9-8)

A partir de las voces de las Entrevistadas, los factores determinantes en la relación fisioterapeuta- paciente son:

Entrevistada 3: La ética, siempre hablarles con respeto explicarles muy bien lo que uno va hacerles, pienso que de todas las disciplinas es la que mas dura con un paciente en un proceso de rehabilitación entonces uno tiene que empezar a conocer cada una de esas necesidades factores

que llevan a que el paciente este con una condición de salud alterada en ese momento la ética, respeto, responsabilidad de las cosas que uno hace, saber porque hace las cosas (E3: 55- 58)

Entrevistada 4: El respeto, uno como los valores propios del trato hacia el usuario, por su interés particular sus creencias su forma de abordar la condición de salud enfermedad, eso es un factor. (E4: 48-49)

El otro factor es la condición personal para el trato hacia los usuarios que no sea un trato despectivo que yo soy más que tu eres menos, y en esa medida que no hayan discrepancias así sea en un sector público, privado, extracto uno o diez, ósea eso yo creo que demanda también un factor importante de tratarse en general con toda la población dependiente donde esté ubicado o algo así. (E4: 50- 52)

La responsabilidad frente algo que estás haciendo o frente a lo que pretendes lograr en ese usuario y la confianza en la tienes con ese usuario, frente a los procedimientos y en qué medida van a colaborar las dos partes para conseguir este beneficio. (E4: 53-54)

La relación del profesional con el paciente, siempre se ha considerado en el medio como un espacio privilegiado que se debe enmarcar en el cuidado y la confianza, y de allí se desprende, un alto grado de emocionalidad por parte de el profesional, como se conoce en el medio el porcentaje de mujeres fisioterapeutas es de aproximadamente 90% a 10% de hombres, en ese orden de ideas, el sentimiento de cuidado permea el trato y la intervención, sin desconocer el componente psicológico que busca generar bienestar en todas las dimensiones del ser humano.

3.1.4.2. El ámbito de intervención entre el Fisioterapeuta y el paciente:
Hace referencia al contexto específico de atención de acuerdo al tipo de

intervención que se está realizando. En este sentido los Fisioterapeutas mencionan como factor relevante en el desarrollo de la relación, en primer lugar el estado de conciencia del paciente y su estado de salud, de manera que se pueda entablar relación y en segundo lugar, el área específica de atención, entendiéndose, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, hospitalización, urgencias, consulta externa, entre otros.

Cuando existe sedación en el paciente en contexto de cuidado crítico.
(P9-15)

La sedación del paciente en UCI y luego en su extubación pasa a piso.
(P9-16)

3.1.4.3. Sistema General de Salud y políticas Institucionales: Hace referencia al actual sistema general de salud colombiano que determina políticas que influyen en los criterios de atención a los pacientes.

La subcategoría en mención, a partir de los hallazgos cualitativos de la encuesta muestra una tendencia marcada de los Fisioterapeutas a considerar que el tiempo es una de las principales limitantes para el desarrollo de la relación fisioterapeuta- paciente, que radica en:

Tiempos dados por el sistema para la intervención con el usuario. (P9-2).
Está limitado por el tiempo que resulta escaso en muchos procedimientos y por el volumen de usuarios que deben ser atendidos. Adicional están los recursos técnicos que son pobres o deficientes.(P9-3)

Probablemente el tiempo que se dedica a la atención es un factor importante y con la experiencia de algunas IPS en cuanto a atención de grupos se ve afectada. (P9-4)

En este sentido, la crítica al sistema actual de salud desde la posición de los fisioterapeutas se arraiga principalmente al tiempo de atención, que influye

en la calidad de la intervención, mas aún reconociendo que la intervención del Fisioterapeuta requiere de un proceso, que para el cumplimiento de metas y recuperación no puede estar sujeto a la aplicación de medios que generen alivio momentaneo, y no permitan un dialogo y una educación con el paciente y la familia, puesto que más alla del contacto con el paciente, el tratamiento se complementa en un 80% con el adecuado manejo en casa y la participación de la familia en el tratamiento y el apoyo al paciente.

3.1.5. Cuestionamientos del ejercicio profesional del Fisioterapeuta que dan lugar a identificar dilemas bioéticos.

Los resultados de la encuesta respecto a esta categoría del estudio muestran que el 54% de Fisioterapeutas considera que en su práctica profesional **SI** han surgido cuestionamientos éticos, y por otra parte, el 37% considera que en su práctica profesional **NO** han surgido cuestionamientos. Esta respuesta es bastante llamativa en la medida que se percibe en un porcentaje mayor a la mitad de la muestra una actitud de análisis de su práctica clínica, que permite entrar en un espacio de reflexión frente a la toma de decisiones profesionales y la posición que se asume en un contexto de salud en el que existen diariamente múltiples dilemas.

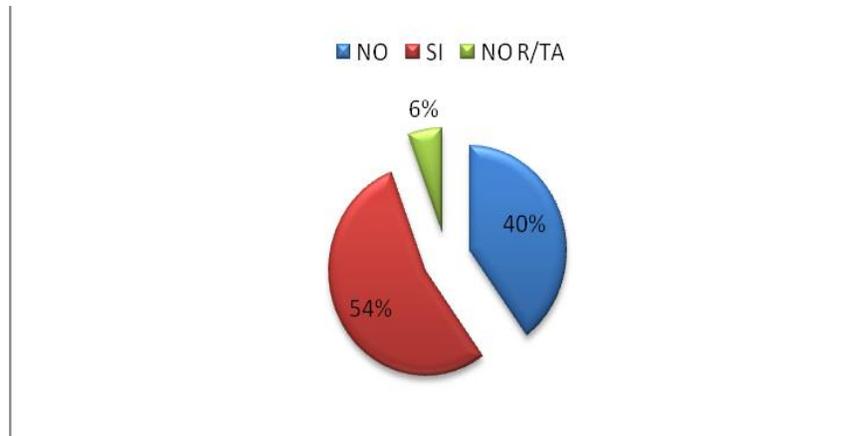


Figura 7. Cuestionamientos éticos en el área profesional

A partir de los hallazgos cualitativos, se menciona repetitivamente que el origen de los cuestionamientos de los profesionales se puede agrupar en cuatro grupos principalmente como son:

1. Cuestionamientos respecto a su formación, quehacer profesional e idoneidad.
2. Cuestionamientos respecto a los límites en la intervención profesional en pacientes en estado terminal y UCI
3. Deshumanización
4. Limitación en la intervención atribuida a escasos de equipos y condiciones institucionales

De esta manera, cabe resaltar que las subcategorías del estudio, se relacionan entre sí, al considerar que los dilemas de los fisioterapeutas se asocian con la formación profesional y su idoneidad, de la que ya se ha expuesto claramente es una condición que limita significativamente la toma de decisiones profesionales, sin desconocer, que en el grupo de dilemas se mencionan cuestionamiento frente al fin de la vida, la deshumanización y consideraciones desde la justicia.

3.1.5.1. Principios Bioéticos:

Primer Nivel: Justicia y No maleficencia, principios que corresponden a un nivel público. En términos de Diego Gracia se puede reconocer como ética de Mínimos, “es expresión del principio básico de la ética civil, la igual consideración y respeto de todos los seres humanos”. (Gracia, D: 2009: 98).

Un insumo interesante para el estudio, que arrojó resultados en ésta categoría, fue la descripción situacional diligenciada por cinco Fisioterapeutas que describieron 9 situaciones en las que se enfrentaron a una toma de decisiones profesionales en el área asistencial o en la relación Fisioterapeuta-paciente, que de alguna forma le generaron algún tipo de cuestionamiento ético.

Respecto a situaciones que se asocian con los principios de primer nivel se reconoce:

“En los 5 años de estudios en mi vida me habían enseñado a salvar vidas y no a acompañar su muerte”

“En diferentes situaciones los procedimientos registrados por fisioterapeutas de planta no corresponden a los procedimientos realmente desarrollados, los pacientes no son atendidos con la calidad y compromiso que se registra en la historia clínica”

“El médico encargado de la unidad comenta al equipo que desde su punto de vista y manejo medico no era prioritario, y pertinente realizar un buen manejo a los pacientes adultos mayores, puesto que según él, ellos ya habían tenido un proceso de vida, para lo cual no era necesario tener una atención con mayor esfuerzo....”

“...Conocer fisioterapeutas que a pesar de sus años de experiencia laboral, la atención a los pacientes era inadecuada en cuanto al abordaje propio en la relación a su diagnóstico y desde lo más sencillo o simple el manejo de la comunicación con el paciente....”

“Llegaba a la unidad y los pacientes los encontraba extubados, tubos tapados y demás, siempre recibía a las 13:00 y así esperaba un turno tenaz, cuando ya estabilizábamos pacientes al indagar, el porqué habían sucedido,, las circunstancias, mis compañeras en la mañana no le habían realizado procedimiento, hay uno piensa si es justo que no se cumplan las funciones que deben ser y por culpa de alguien la condición de salud del otro ser, se empeore junto y a veces lleve hacia la muerte”.

Se hacen innumerables los diferentes cuestionamientos a los que se enfrentan los Fisioterapeutas, pero como factor común es evidente la preocupación por el ejercicio profesional idóneo, que en el contexto de salud es centro de múltiples críticas que chocan y ponen en juego el bienestar del paciente. En este sentido, aquella distinción conceptual respecto a la no maleficencia como principio, establece que no se debe causar daño o mal, y si se habla de un ejercicio irresponsable del cual es consciente el profesional, se está tocando el principio de no maleficencia por prácticas mal orientadas.

Segundo Nivel: Autonomía y Beneficencia, corresponden a un nivel privado. Ética de máximos. “Definen aquella parte de la vida moral en la que todos debemos ser respetados en nuestra diversidad” (Gracia, D: 2009: 98). “Por autonomía se entiende la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción y pertenece al ámbito de la conducta personal, la misma que está supeditada al bien común. La beneficencia está orientada al bien común y depende del propio sistema de valores. Son principios subjetivos.” (García, A y Estévez, E: 2002: 19).

En este aparte, el tema de la autonomía en la toma de decisiones vuelve en la figura de dilema para el profesional:

“...las ordenes generadas por los médicos que en realidad no conocen el que hacer del fisioterapeuta, cuando el profesional en fisioterapia cuestiona la orden generada adicional en fisioterapia para un paciente el médico por su formación no permite el cambio así sea sustentado....”

“...obedecer esta orden en contra de lo que uno piensa de preservar la vida es una condición muy triste que demanda irse en contra de sus principios éticos y morales...”

Entrevistada 3: Hay que tener dos miradas como en el caso específico que no conozca toma una decisión y en el caso que no sea qué? El cuestionamiento si realmente uno se vuelve técnico en las cosas y se vuelve mecánico haciendo las cosas y deja de un lado la parte de actualización, si uno no lee se vuelve mecánico. (E3: 82- 84)

Entrevistada 4: Unidad de cuidado intensivo conectar o desconectar un paciente, ósea suspender una vía aérea artificial por una orden medica que va en contra de lo que uno considera y ya, considero que es la mayor. (E4: 67-68)

El respeto a la autonomía, se puede considerar uno de los principios bioéticos sobre los cuales se hacen evidentes la mayoría de cuestionamientos del Fisioterapeuta, de allí, que exista una estrecha relación entre la toma de decisiones y el ejercicio profesional idóneo que se enmarca en los principios de primer nivel. Es evidente que en el discurso de los Fisioterapeutas existe un ligero temor por el ejercicio profesional y la toma de decisiones en un determinado momento por desconocimiento de la patología del paciente o en si, por el tipo de intervención que debe realizar.

Finalmente, a manera de conclusión de los datos recolectados en los diferentes instrumentos se quiso indagar respecto al conocimiento de la Bioética por parte de la población de Fisioterapeutas muestra para el estudio, y se encontró que el 60% de Fisioterapeutas considera que tiene **ALGUNA IDEA** acerca de la bioética. El 30% de Fisioterapeutas considera que tiene un **BUEN NIVEL** de conocimiento acerca de la Bioética, y el 6% considera que tiene un conocimiento **NULO** acerca de la Bioética.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el marco de desarrollo del estudio, a partir del planteamiento del problema, se pretendía dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles son los dilemas bioéticos a los que se ve enfrentado el Fisioterapeuta en su práctica clínica y como se concibe la toma de decisiones en el marco de su ejercicio profesional?

Con el fin de dar respuesta a la pregunta se propone el abordaje de tres categorías que buscan dar un margen de análisis frente al desempeño del fisioterapeuta en el área asistencial, como son: la toma de decisiones profesionales, el estatuto profesional del fisioterapeuta y la relación fisioterapeuta- paciente, con el propósito de determinar los dilemas bioéticos propios de su ejercicio.

Considerando la magnitud del estudio y la importancia que tiene para la disciplina el abordaje de la temática se plantearon dos tesis que estuvieron implícitas en el desarrollo y se consideran la base de análisis de los resultados del trabajo de campo en contraste con la revisión teórica.

La primera tesis: “La toma de decisiones del fisioterapeuta en el área asistencial es reconocida a partir del planteamiento del su estatuto profesional pero en el contexto del quehacer diario no es aplicada”. Desde ésta orientación fue necesario indagar acerca del reconocimiento que existe de un estatuto y su relación con el ejercicio real en la clínica, considerando que profesionalmente se hace fundamental la relación que emerge con el paciente y es necesario mirar el grado de incidencia que tiene esa autonomía en la construcción de relación profesional y social.

La segunda tesis: “El principal dilema bioético de los Fisioterapeutas tiene su origen en la dificultad que genera la toma de decisiones profesionales

en el área asistencial”. Para dicho análisis fue necesario identificar cuáles son los cuestionamientos que como profesional de la salud surgen diariamente en el área asistencial y considerar la importancia de la formación pregradual en elementos adecuados que permitan afrontarlos.

A partir de las tesis expuestas me permito iniciar la discusión y plantear las conclusiones del estudio con el fin de brindar un aporte significativo al desarrollo de la disciplina y reconocer la esencia del discurso bioético al interior del ejercicio profesional, destacando la presencia de categorías emergentes que brindan un aporte valioso a las categorías inicialmente propuestas.

Es importante mencionar que las conclusiones a las que se llegó en el estudio no se pueden generalizar para toda la población de Fisioterapeutas, solo se reconoce una tendencia de pensamiento que plantea debilidades y reconoce una serie de elementos que se deben mejorar en virtud del mejoramiento constante de la profesión.

Primera Tesis: “La toma de decisiones del fisioterapeuta en el área asistencial es reconocida a partir del planteamiento del su estatuto profesional pero en el contexto del quehacer diario no es aplicada”.

La toma de decisiones para el profesional en Fisioterapia ha sido un tema de escaso abordaje por parte del gremio y los profesionales en Colombia, por lo que la investigación busca ampliar el margen conceptual respecto al tema e indagar igualmente por la posición de los mismos en el área clínica.

A partir de los resultados producto de la investigación, se pone en evidencia la marcada debilidad respecto al conocimiento del estatuto profesional del Fisioterapeuta y el margen de acción que determina los diferentes escenarios en los que el profesional puede impactar y

desempeñarse. Si bien, un sesgo importante al respecto, radica en el nivel de experiencia y el lugar en el cual se haya desarrollado en el área asistencial, la aleatoriedad de experiencias, en su mayoría indican que una percepción general es el poco reconocimiento que la profesión tiene frente al equipo interdisciplinario, y el esfuerzo subvalorado que se ha venido realizando por parte de muchos profesionales a favor del reconocimiento y el respeto en la toma de decisiones.

Desde la noción que se tiene de profesión y su ejercicio es imperante establecer que una de las características que identifican las condiciones fundamentales de las profesiones en palabras de Pérez Gómez es la “fuerte identidad personal, sentido de pertenencia a dicho ámbito ocupacional”. Condición que puede ser concebida como la piedra angular en el campo de la Fisioterapia, pues el ejercicio profesional diario de algunos, se tiende a concebir como repetitivo y rutinario, desarrollado por profesionales pasivos que no muestran una visión crítica y propositiva respecto a generar conocimiento, investigar y actualizarse.

Un factor determinante que trasciende ésta problemática es la remuneración económica que por el ejercicio de la Fisioterapia recibe el personal. Es tanto así, que al no existir estímulos provenientes del esfuerzo académico y la fundamentación para un adecuado servicio de calidad, los profesionales consideran mas cómodo continuar manejando un perfil bajo en el que el personal médico es quien lidera la atención al paciente y propone los enfoques de intervención, y el Fisioterapeuta asume un rol pasivo en el que cumple con sus funciones sin cuestionarse o poner en evidencia su posición.

En ese orden de ideas, los profesionales que pueden aspirar a un reconocimiento han decidido compartir la clínica con la docencia o abandonar del todo el área asistencial, y desarrollar el perfil docente, que se encuentra presente en la normatividad que rige como estatuto profesional, pues trae

consigo oportunidades de crecimiento personal y profesional mayores al trabajo en clínica, que motivan a la actualización y al reconocimiento económico sobre la labor realizada.

Se puede concluir que la falta de empoderamiento de los profesionales a nivel individual y gremial es un aspecto fundamental que debe mejorarse en virtud de promover el posicionamiento y el respeto a la toma de decisiones profesionales. Dicho mejoramiento se debe enfocar en la integración de intereses comunes por trabajar mancomunadamente con un fin claro que pretende el crecimiento disciplinar, reconocido como el proceso de transformación de la disciplina.

“Las regiones constituyen la recontextualización de las disciplinas en grandes unidades que operan tanto en el campo intelectual de las disciplinas como en el campo de las prácticas. Las regiones son un interfaz entre las disciplinas y las tecnologías que ellas hacen posible...”

(ICFES, 2008)

Por otra parte, los resultados del estudio desvirtúan en gran medida una hipótesis que hacía parte de la experiencia de muchos profesionales en área clínica, hace referencia al papel de sumisión del Fisioterapeuta respecto al personal médico asociado a la historicidad de dependencia referenciada desde la literatura, y las primeras leyes propuestas para determinar el perfil Fisioterapéutico colombiano. Es decir, el papel de sumisión se puede ver reflejado en diferentes instituciones pero no como una concepción antigua, se atribuye dicha posición más a la formación del profesional en Fisioterapia y las dificultades de posicionamiento y argumentación que hacen que su ejercicio pierda validez ante la mirada de un equipo interdisciplinario indagador.

Ahora bien, sin desconocer la idoneidad del personal médico, no cabe duda que profesionales en el área han asumido una postura radical frente al

manejo de los pacientes sin permitir la interacción del equipo en salud, y se juzga a priori el desempeño de recién egresados cuyo objetivo es incursionar laboralmente y generar la apertura de espacios de desarrollo, bajo el sesgo del aprendiz que aun no tiene la experticia y comete múltiples errores o se siente que conceptualmente no es fuerte para asumir dicha responsabilidad.

Segunda Tesis: El principal dilema bioético de los Fisioterapeutas tiene su origen en la dificultad que genera la toma de decisiones profesionales”

La preocupación por indagar acerca de los dilemas bioéticos del fisioterapeuta se origina a partir de la búsqueda y constante sentido analítico y crítico que como investigadora y profesional en Fisioterapia me llevo a realizar los estudios de maestría en el campo de la bioética. Las relaciones que se manejan al interior de los escenarios de salud, el cuestionamiento frente a la toma de decisiones profesionales, la supremacía de la posición del personal médico en torno a el manejo del poder, y la sensación de malestar al ser la responsable de desconectar a un paciente de los sistemas de soporte ventilatorio por orden médica, son el panorama general de una decisión de vida profesional y académica que hoy en la conclusión y análisis del presente estudio motiva a reconocer la esencia real del profesional en Fisioterapia y a identificar cuáles son los elementos comunes que como profesionales nos incita a actuar de una u otra manera y a enfrentar los dilemas que caracterizan el día a día de la atención clínica.

Los resultados del estudio muestran claramente una tendencia marcada a describir una serie de dilemas que se pueden reunir en dos grupos bajo criterios similares, como son, los cuestionamientos a la práctica clínica idónea por parte de los fisioterapeutas y por otro lado los cuestionamientos a la toma de decisiones profesionales.

El primer grupo que contempla los cuestionamientos frente al ejercicio profesional, se enmarca en descripciones de situaciones específicas en las que se critica fuertemente las acciones realizadas por otros fisioterapeutas que se desempeñan bajo dudosos criterios éticos con sus pacientes, se mencionan manejos inadecuados que ponen en peligro las vidas de usuarios del sistema de salud sin consideración de profesionales que tienen un largo tiempo de experiencia y su ejercicio es irresponsable.

En el segundo grupo de cuestionamientos planteados por los fisioterapeutas, la toma de decisiones profesionales se consolida como un dilema que se presenta continuamente en la práctica clínica, si bien, no es el principal dilema que enfrenta el profesional como lo menciona la tesis expuesta, si tiene una gran importancia y pone en evidencia algunas consideraciones que se relacionan con la primera tesis del estudio. El ejercicio de la autonomía profesional se ve influenciado por la falencia en algunos campos de la formación profesional pregradual y la mediana capacidad argumentativa y fortaleza conceptual que permite ser reconocido en un contexto de atención y academia que exige estar actualizado y mostrar seguridad.

En el marco del desarrollo de la investigación siempre estuvo presente la idea que la relación Fisioterapeuta – paciente, podía ser muy relevante en el tema de los dilemas de los profesionales, pero sorpresivamente, desde la percepción de los Fisioterapeutas, si bien es un aspecto importante, no se convierte en un cuestionamiento diario, particularmente la toma de decisiones como dilema real se podría considerar un factor influyente en el reconocimiento y empoderamiento como figura cuidadora, mas no es la preocupación. La expresión común fue en su mayoría dirigida a la construcción de una relación bajo parámetros de confianza, pero no es la fuente de confrontación personal, de manera que la categoría planteada deductivamente, en el transcurso del

proyecto fue perdiendo el valor hasta considerarse el resultado del proceso de atención.

Respecto a los dilemas planteados y en virtud de la imperiosa necesidad de analizar los cuestionamientos de los Fisioterapeutas en torno a su ejercicio profesional en el área clínica, ésta investigación se enmarca en la propuesta de un planteamiento teórico de ética de mínimos y máximos, reconocida desde el discurso de Adela Cortina, puede apreciar una estructura jerárquica en la que los principios bioéticos pueden entrar a ser considerados como principios orientadores que brindan pautas de análisis frente a los juicios morales y la solución de ciertos conflictos. La ética de máximos llevada a ser reconocida como una ética conciliatoria y la ética de mínimos interesada sobre el bien común, sobre una moral civil que debe respetarse a manera de acuerdos que permiten la convivencia social.

Esta mirada de orientación sobre los principios bioéticos, invita a que el profesional entre en un proceso de análisis y reflexión sobre su práctica clínica, y reconozca estrategias de solución a los conflictos, haciendo un especial énfasis en el principio de la autonomía que toca las dos tesis propuestas en el estudio, desde las implicaciones personales y sociales que tiene la debilidad en la toma de decisiones profesionales y su quehacer diario.

En este sentido, y con el ánimo de indagar sobre las condiciones específicas acerca de la autonomía profesional, se hace indispensable abordar el tema de la formación del Fisioterapeuta proveniente de las instituciones de educación superior. En teoría, la formación se ha desarrollado bajo lineamientos de integralidad, donde se consideran saberes específicos disciplinares y saberes que propenden por el desarrollo humano. Si bien, en la práctica se ven excelentes profesionales con un nivel de destrezas avanzado, la formación no está favoreciendo condiciones de toma de decisión y comunicación asertiva, de hecho la autonomía en muchos casos se ve disminuida en el momento que el

estudiante inicia la interacción con los pacientes en las prácticas formativas, desde ese momento en la compañía de su docente observa comportamientos en casos hasta temerosos respecto a otros profesionales, y va construyendo una forma de conducta en la que prefiere no asumir el protagonismo y tener una fuerza respecto a su pensar desde lo aprendido, quedando relegado a un segundo plano.

El reconocimiento de la debilidad del profesional en la toma de decisiones sobre sus pacientes en relación con la preocupación descrita en los dilemas acerca de prácticas inadecuadas e irresponsables, pone en tela de juicio el carácter formativo de los programas de las Fisioterapia, haciendo un llamado a la ética profesional. Aunque no corresponde al estudio generalizar la descripción que se ha realizado acerca de los dilemas de los Fisioterapeutas y se considere simplemente resultados provenientes de casos aislados percibidos en algunas instituciones. Se hace indispensable generar espacios de reflexión que permita conocer a profundidad los lineamientos éticos que rigen el ejercicio profesional.

Retomando palabras de Juliana González “ la ética profesional no se adquiere tras el egreso, y ya en la práctica de la profesión, sino que se va gestando en la propia formación académica o universitaria; se halla implícita en la significación “humana” de toda disciplina y en el proceso mismo de su aprendizaje, cuando éste es integral”

Por tanto, la responsabilidad de formar a futuros profesionales tiene grandes implicaciones a nivel social, no solo se fundamenta en enseñar conocimientos en un área específica, debe trascender a formar a una persona con sentido humano, que inmerso en la sociedad participe y brinde un aporte significativo con su ejercicio profesional diario “, debe trascender a el reconocimiento de una persona que tienda a la excelencia.

“El afán de “hacer bien” lo que se hace, de hacerlo de la mejor manera posible, con excelencia, es inherente también a la ética del trabajo profesional. Coincide en el fondo con lo que debe entenderse como “profesionalismo” el cual no es otra cosa que esa responsabilidad básica manifiesta en el trabajo bien hecho” (González, 2007, pág. 96).

Es evidente que el inicio del camino por construir un mirada diferente acerca de la autonomía profesional y el reconocimiento en el área de la salud, parte de la reflexión al interior de la Educación superior directamente, un análisis al currículo y los procesos formativos.

Los resultados de éste proyecto de investigación son una oportunidad, de reconocer una realidad social en torno al ejercicio de una profesión de la salud, que brilla por la ausencia de estudios que permitan brindarle un aporte a los procesos de formación de los profesionales en Fisioterapia, aporte que signifique cambiar la concepción que se tiene de formación en conocimientos básicos dejando de lado al ser y su vocación de servicio. Sin desconocer que se hace necesario y urgente un cambio en los profesionales que se encuentra ejerciendo en la actualidad si se pretende buscar el tan anhelado reconocimiento de la profesión.

Las voces de los actores del proyecto definitivamente muestran la necesidad de formación:

Entrevistador: Tienes alguna sugerencia en la formación de los fisioterapias en las en las universidades que están formando profesionales fisioterapeutas? (E3: 85- 86)

Entrevistada 3: Si a nivel de ética, siempre hay que demostrarle a los muchachos que uno es responsable de una vida digamos la importancia de leer una historia clínica la importancia de hacer una evolución cuando debe hacerse, o de no tomar un signo vital y registrar un dato. Tratar de

enseñarles lo que uno tiene con una disciplina y el compromiso que uno tiene que tratar de adquirir siendo fisioterapeuta. Porque si no creemos en lo que nosotros hacemos nadie va creer. No vamos hacer reconocidos en el medio vamos hacer parte del saca moquitos, terapeuta, masajista. (E3: 87- 91)

Finalmente, considero que la presente investigación se recubre de oportunidades de socialización en el gremio desde una mirada bioética, en palabras de (Triana, 2005),

En los diferentes saberes y disciplinas se busca adecuar la bioética, de acuerdo con sus características especiales propias y su relación con la vida en general, con una visión no solo antropocéntrica, sino también biocéntrica. Por analogía se aplican los procedimientos de toma de decisiones de la ética clínica. De otra parte, las ciencias de la complejidad irán desempeñando un papel cada vez más significativo en la construcción de una ética por la vida, siguiendo la dinámica de los sistemas vivientes (pág.111)

4.1 Pautas de formación Bioética en Fisioterapia

En el marco de desarrollo de la presente investigación y reconociendo de manera general la concepción de la autonomía profesional, acentuada por la identificación de un dilema bioético propio de su práctica clínica se hace necesario considerar la formación en bioética como parte transversal de los procesos de formación de los fisioterapeutas, en palabras de Poulis “Necesitamos la ayuda de expertos en bioética, que aborden y ayuden a la comprensión de los dilemas éticos propios de la práctica clínica de los Fisioterapeutas....Su objetivo debe ser poner en evidencia no los casos difíciles o especiales, sino, más bien, los dilemas diarios a los que se ve enfrentado. Los

fisioterapeutas deben publicar sus problemas éticos en las revistas de bioética” (pág. 436)

Desde la constitución de un cuerpo cierto de conocimientos interdisciplinarios y multiculturales, la bioética brinda el espacio de reflexión apropiado para que el fisioterapeuta analice los factores que generan influencia y cuestionamiento a su práctica clínica, brindándole elementos que signifiquen un cambio en su quehacer diario y que redunden en un crecimiento de la disciplina y la identidad del profesional. La constante preocupación por la vida, la sociedad, el medio ambiente y la tecnología proponen un espacio de reflexión en el que convergen diferentes saberes y disciplinas ocupándose del análisis de los dilemas existentes y su manera de abordarlos bajo un espacio plural .

“la preocupación por la salud no es sino un caso particular de una preocupación más amplia: la preocupación por la vida” (Maldonado Castañeda, 2005, pág.26). En virtud de generar espacios de discusión conociendo los resultados del estudio, y atendiendo a la evidente preocupación que se genera en el gremio es indispensable proponer lineamientos básicos de formación en bioética que aporten a una reflexión profesional y personal. La formación en códigos deontológicos es insuficiente en la medida que se considera una materia más que no trasciende a la práctica real, si bien se pretende consolidar una mirada desde el profesionalismo en términos de Juliana González “El saber no vale por sí, desprendido de sus fines éticos, y con ellos de su responsabilidad ante la vida y la existencia, y ante el porvenir del hombre. No vale si es ajeno o contrario a su misión de paz, de conservación y creación.” (pag 97).

Desde el punto de vista de las necesidades de los Fisioterapeutas evidentes en el estudio y reconociendo la importancia de promover el conocimiento de la bioética en pregrado, se requiere contemplar una estrategia de formación transversal en conocimientos básicos que progresivamente se

enfoque hacia la bioética clínica en relación con la formulación de códigos deontológicos de la profesión en Fisioterapia. Se propone una mirada de formación, que ya se ha explorado en el campo de la medicina, pero con un enfoque específico hacia el contexto de la atención fisioterapéutica, que privilegie la responsabilidad profesional como eje reinante del ejercicio.

Si bien debe estar orientada a una formación básica con una visión antropocéntrica y biocéntrica que permita generar espacios de diálogo y análisis de los dilemas bioéticos dando alternativas de solución a los conflictos, su enfoque parte del reconocimiento de la autonomía profesional y el valor de la toma de decisiones en la construcción de imaginario del quehacer fisioterapéutico que desarrollan los estudiantes.

Explorar un enfoque de desarrollo de contenidos tras una mirada global, a partir del fortalecimiento de la autonomía profesional y el reconocimiento de saberes específicos, puede lograr un cambio en la visión de un equipo interdisciplinario que trascienda a otros fisioterapeutas, reconociendo la fortaleza de la formación, y de esta manera, realmente se pueda hablar de formación integral.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agamez, T. Juliette. (2005). La enseñabilidad y la enseñanza de la fisioterapia como profesión. Cuerpo- movimiento: perspectivas. Centro editorial Universidad del Rosario. Bogotá Colombia.
- Beauchamp, L.T., Childress J. (1998). Principios de Bioética Biomédica. Barcelona: Masson,
- Bonilla Castro, Elssy. Rodríguez, Penélope. (1997). Más Allá Del Dilema de los métodos. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Cely Galindo, Gilberto. (2008) Bioética humanismo científico emergente. Colección bioética. Ed. Javegraf.
- Cortina, Adela. (2000) El mundo de los valores. El Buho.
- Couceiro, Azucena. (1999) Bioética para Clínicos. Madrid: Editorial Triacastela.
- Delgado Díaz, Carlos Jesús.(2008) Hacia un Nuevo Saber, La bioética en la revolución contemporánea del saber. Colección Bios y Oikos. Bogotá: Ediciones El Bosque.
- Engelhardt, Tristram. (1997). Fundamentos de Bioética. Barcelona: Paidós.
- Gallego Izquierdo, Tomas y otros. (2007). Bases teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia. Editorial médica Panamericana. Madrid.
- García, A y Estevez E.(2002) Introducción a la Bioética: Fundamentación y Principios.
- Greenfield, Bruce. (2007) The role of emotions in ethical decision making: implications for physical therapist education. Journal of physical therapy Education; Spring; 21

- González, Juliana. (2007). El Ethos, destino del hombre. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gracia, Diego. (2009). Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Estudios de Bioética. Ed. El Búho.
- Gracia, Diego. (2002). Profesión médica, Investigación y Justicia sanitaria. Estudios de Bioética. Ed. El Buho.
- Gracia, Diego. (2002). Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Ed. El Buho.
- Horta Vásquez, Edwin de J. Rodríguez Gallón, Víctor. (2007). Ética General. Universidad Católica de Colombia. Ecoe Ediciones. Bogotá.
- Maldonado, Carlos Eduardo. (2005). ¿Qué es Investigar en Bioética?. Bioética y Educación. Investigación, Problemas y propuestas Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Colección textos de Ciencias de la Salud. .
- Núñez, Luz Stella. (2009) Cuidados Intensivos y Bioética: algunas reflexiones. Ensayos en Bioética una experiencia colombiana. Bogotá: Colección Bios y Ethos.
- Ovalle, Constanza (2005). Socialización de la Bioética: Una manera de propiciar el Desarrollo Humano. Bioética y Educación. Investigación, Problemas y propuestas. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Colección textos de Ciencias de la Salud.
- Ovalle, Constanza. (2009). Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Bogotá: Colección Bios y Oikos.
- Poulis, Ioannis. (2007). Bioethics and Physiotherapy. Journal. Medical Ethics.;33; pp. 435-436.

- Swisher, Laura Lee. (2002). A retrospective analysis of ethics knowledge in Physical Therapy (1970- 2000). *Physical Therapy*. Vol. 82, N°7, July, pp. 692- 706
- Sarmiento Medina, María Ines. (2009). Evolución del concepto de autonomía: del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Colección Bios y Oikos. Bogotá.
- Torres Baquero, Martha Rocío. (2005). Implicaciones Bioéticas de los procesos de Formación profesional en Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia ocupacional. *Bioética y Educación. Investigación, Problemas y propuestas*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Colección textos de Ciencias de la Salud.
- Torres Baquero, Martha. (2005). Lo que se ha enseñado en la Universidad, reflexiones históricas sobre saberes fisioterapéuticos. *Cuerpo-movimiento: perspectivas*. Centro editorial Universidad del Rosario. Bogotá Colombia.
- Triana, Jaime Escobar. (2005). La Educación en Bioética. *Bioética y Educación. Investigación, Problemas y propuestas*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. Colección textos de Ciencias de la Salud.
- Viero Badaró, Ana fatima. (2008). *Etica e Bioética na praxis da Fisioterapia: desvelando comportamentos*. Universidade de Brasília- UnB. Brasília, D.F.

ANEXOS