

# *Estudio sobre el desempeño profesional y relaciones laborales del fisioterapeuta*

**E. Gilabert Martín.** *Profesor Titular de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

**A. de Vicente Pérez.** *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Univerdiad de Sevilla*

**A. Carrizosa Monterrubio.** *Fisioterapeuta*

**R. Prieto Monterrubio.** *Fisioterapeuta*

**F. Pascual Vacas.** *Profesor Asociado Clínico. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

## **RESUMEN**

El presente artículo es un trabajo de investigación realizado desde principios del año 1996 sobre el grado de independencia, la interrelación con otros profesionales de la salud y las condiciones laborales en general en las que los profesionales de la Fisioterapia vienen desempeñando sus funciones, tanto en el ámbito público como privado, en Sevilla capital y provincia.

*Palabras clave:* Fisioterapeuta, desempeño profesional, relaciones laborales.

## **ABSTRACT**

The present article is a work research developped from early 1996, about the independence grade, the interrelation with other health professionals, and the labour conditions in general, where the professionals in physiotherapy perform their functions, either public or private in Sevilla city and in Sevilla province as well.

*Key words:* Professionals in physiotherapy, professional performance, labour relations.

## **INTRODUCCIÓN**

En el desarrollo de nuestra labor docente y/o asistencial nos surgió la idea de realizar el presente trabajo de investigación, aprovechando la ocasión que nos brindaba la realización de un curso sobre Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud, dirigido por el ICE (Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Sevilla).

Siendo así, al plantearnos el tema objeto de estudio, acordamos dedicar nuestros esfuerzos a intentar detectar el grado de independencia, la interrelación con otros profesionales de la salud y las condiciones laborales en general en las que los profesionales de la Fisioterapia vienen desempeñando sus funciones, tanto en el ámbito público como privado, para poder establecer en qué condiciones reales de multidisciplinariedad y

trabajo en equipo los fisioterapeutas venimos desarrollándonos en el desempeño de nuestras funciones.

La primera parte de nuestro estudio pretende analizar si se dan las condiciones necesarias para el «trabajo en equipo» dentro del ámbito de la Fisioterapia.

La Fisioterapia, todos lo sabemos, es una titulación independiente desde hace relativamente poco, siendo necesario, para el desarrollo de esta área específica de conocimiento esencial, la participación del propio fisioterapeuta en las denominadas «actividades no asistenciales»: formación continuada, gestión, docencia e investigación.

Por este motivo, creímos conveniente realizar este estudio de opinión sobre estas cuestiones, nunca (entendemos) suficientemente tratadas por los fisioterapeutas y que, sin lugar a dudas, influirán en nuestro futuro.

## EL FISIOTERAPEUTA EN EL ACTUAL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

### Lugar de trabajo

La Constitución y la Ley General de Sanidad son las que determinan básicamente el marco legal del sistema sanitario en la actualidad. Las funciones del fisioterapeuta pueden desarrollarse tanto en el sistema sanitario público como en el sector privado, como queda recogido en el marco de la ley General de Sanidad.

TÍTULO III. De la estructura del sistema sanitario público:

Capítulo 1. De la organización general del sistema sanitario público. En él se define el Sistema Nacional de Salud como «el conjunto de los servicios de salud de la Adminis-

tración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas», señalándose como sus características esenciales:

1. La extensión de sus servicios a toda la población.

2. La atención integral a la salud.

3. La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

4. Su financiación mediante los recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas.

Capítulo 2. De los servicios de salud de las comunidades autónomas.

Capítulo 3. De las áreas de salud.

Capítulo 4. De la coordinación general sanitaria.

TÍTULO IV. De las actividades sanitarias privadas:

Capítulo 1. Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias. En él se reconoce el derecho al ejercicio libre de los profesionales sanitarios.

Capítulo 2. De las entidades sanitarias. En él se reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, señalándose, por otra parte, los criterios básicos para las relaciones entre el sistema público y el sector privado.

El campo de actuación del fisioterapeuta en la actualidad es muy extenso, participando en la atención hospitalaria, primaria, medicina deportiva y asistencia privada, así como en centros de educación especial, etc. A la hora de formular la encuesta hemos clasificado los diferentes lugares de trabajo de la forma que sigue:

*Público:* Hospital, centro de salud, ambulatorio, otros.

*Privado:* Hospital, mutua de accidentes, gabinete, otros.

## Trabajo en equipo y multidisciplinariedad

De acuerdo con el carácter integral de la atención a la salud y a la enfermedad, nadie puede pretender abordarlo en solitario. Dentro de la actividad clínica médica, la solución de los problemas precisa casi siempre la intervención de otros profesionales.

En el actual sistema sanitario los equipos básicos de tratamiento han sido configurados a nivel hospitalario y de atención primaria. Tanto en uno como en otro ámbito, el fisioterapeuta forma parte de un equipo multidisciplinario compuesto por el médico, fisioterapeuta, fonoiatra, terapeuta ocupacional, trabajador social, diplomado en enfermería, auxiliar de enfermería, celador, técnico ortoprotésico y psicólogo. Todos ellos aúnan sus esfuerzos con el fin de lograr objetivos comunes realizables y consensuados, y el equipo en conjunto realiza una evaluación final del trabajo.

Si bien esta fórmula de trabajo en equipo sería lo deseable, la realidad es que son pocos los fisioterapeutas que han experimentado dicha forma de trabajo (Rebollo Roldán y cols., 1994).

La interdisciplinariedad como principio implica una determinada forma de coordinar y estructurar el trabajo del equipo de profesionales. Esta forma de coordinar y estructurar está basada en la construcción que el equipo hace de su propia organización y en el diseño de programas una vez conocidas las necesidades. Cada miembro del equipo, como especialista, no hará sus aportaciones sólo con la intención de cubrir unos objetivos específicos de su área, ni menos aún para desarrollar su parcela con independencia del resto, sino que actuará, desde su especialidad, aportando al equipo procedimientos, técnicas, instrumentos, actividades, etc., que permitan la

mejor organización del trabajo para dar respuesta a las necesidades concretas.

Una organización interdisciplinar del trabajo evita la improvisación del trabajo, el culto a la especialidad y el optimismo en la actuación.

Sin embargo, hay que tener muy claro que la planificación se discute y aprueba en equipo, que las decisiones se toman también en equipo y que éstas deben comprometer a los distintos miembros del grupo.

## OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Conocer si se dan las condiciones necesarias para el trabajo en equipo en el ámbito de la Fisioterapia:

a) Determinar si existen «contactos profesionales» entre el fisioterapeuta y el resto del equipo.

b) Concretar la relación de fisioterapeuta con el resto del equipo.

c) Valorar el grado de participación (responsabilidad) en las tomas de decisiones relacionadas con la Fisioterapia.

d) Saber si el fisioterapeuta tiene en cuenta la opinión del resto del equipo y viceversa.

2. Concretar si el fisioterapeuta realiza actividades no asistenciales (investigación, gestión, docencia, formación continuada, historia fisioterapéutica):

a) Conocer si por parte del centro sanitario donde desarrolla su actividad se fomentan estas actividades no asistenciales.

b) Determinar la influencia que tienen las variables profesionales (lugar de trabajo, años de ejercicio profesional) en la participación de dichas actividades.

TABLA 1.

- C1: Lugar de trabajo  
 C2: Años de ejercicio profesional: menos de 4 años; entre 4 y 15 años; + de 15 años

Relación de items de la dimensión:  
***Condiciones necesarias para el trabajo en equipo***

- C3: Tienen en cuenta tu opinión (el equipo)  
 C4: Tienes en cuenta su opinión (la del equipo)

*Relación de items para determinar el grado de autonomía en sus funciones dentro del equipo:*

- C5: Autonomía para determinar si una disfunción debe ser tratada con Fisioterapia  
 C6: Autonomía para realizar la valoración del paciente  
 C7: Autonomía para establecer el tratamiento y seguimiento fisioterápico  
 C8: Autonomía para dar por concluido el tratamiento fisioterapéutico

*Relación de items para establecer la relación profesional con los miembros del equipo:*

- C9: Con el médico generalista o de familia  
 C10: Con el médico rehabilitador  
 C11: De otra especialidad  
 C12: ATS  
 C13: Terapeuta ocupacional  
 C14: Auxiliar de enfermería  
 C15: Celador

Relación de items de la dimensión:  
***Actividades no asistenciales y su fomento***

- C16: Realización de la historia de Fisioterapia  
 C17-19: La realización de la historia de Fisioterapia la consideras fundamental para:  
 — El diseño de trabajos de investigación  
 — La credibilidad del fisioterapeuta ante el equipo de salud  
 C18-21: Con qué frecuencia participas en programas de:  
 — Investigación  
 — Formación continuada  
 — Docencia  
 — Gestión  
 C22-25: ¿En el centro de trabajo se fomentan estos programas?

c) Saber qué opinión tiene el profesional de Fisioterapia sobre la influencia de la realización de la historia de la Fisioterapia en nuestro campo profesional.

### DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño de investigación seleccionado fue de carácter descriptivo porque permite

describir sistemáticamente características de una población de forma objetiva y comprobable. Además, este tipo de estudios puede proporcionar información básica para la toma de decisiones y aporta conocimientos sobre situaciones, actitudes y comportamientos (Colás y Buendía, 1992).

Dentro de los métodos descriptivos, esta investigación corresponde a las características de un estudio tipo encuesta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Respecto a la población de estudio (fisioterapeutas que estaban trabajando en la ciudad de Sevilla y provincia, en cualquier ámbito de trabajo: privado o público), se decidió no seleccionar una muestra, ya que aquella era muy pequeña (poco más de 100 profesionales). Finalmente se recibieron 76 cuestionarios, que suponen el 76 % aproximadamente del total de la población.

Criterios que cumplen los componentes de la población de estudio:

- Trabajar de forma legal, es decir, con contrato de trabajo (no se incluyen los fisioterapeutas que realizan prácticas gratuitas en centros sanitarios o asistencia a domicilio).
- Trabajar en Sevilla capital o provincia.

Se distribuyeron unos cuestionarios en los hospitales y clínicas privadas junto con una carta de presentación, en la que se exponía el propósito del estudio, se agradecía al receptor su participación en el mismo y también aparecía el teléfono y dirección de uno de los miembros del equipo.

La encuesta constaba de veinticinco preguntas de respuestas múltiples. En tres de

ellas se utilizó como opción: nunca, pocas veces, con cierta regularidad y siempre, eliminándose de forma intencionada la opción indiferente con el propósito de evitar el sesgo de comodidad en las respuestas, obligando así a los encuestados a definirse por alguna opción que tuviera validez, en base todo ello a la escala de «Likert» (valoración sobre dimensiones cualitativas de la encuesta).

Seis preguntas siguen un modelo de «cuestionario de matriz». Éstas han sido valoradas de uno a cinco según la siguiente escala ordinal: 1 = nunca; 2 = pocas veces; 3 = con cierta regularidad; 4 = en muchas ocasiones; 5 = continuamente (siempre).

Para el estudio se tomaron los items que aparecen en la tabla 1.

## RESULTADOS

El análisis de los datos del cuestionario se realizó empleando el paquete integrado de programas estadísticos SPSS/PC+ (versión 4.0). Por el tipo de variables empleadas en nuestro estudio, nominales y ordinales, los estadísticos utilizados han sido frecuencias, porcentajes y medianas (estadístico descriptivo de tendencia central) (figs. 1 y 2).

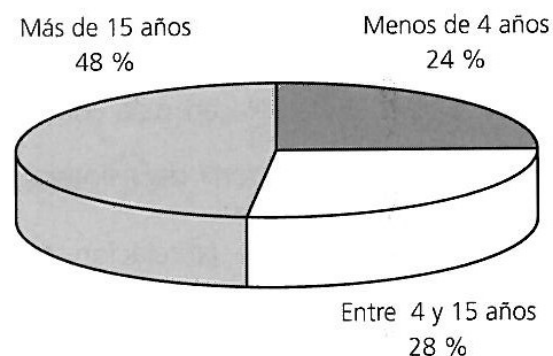


FIG. 1. Años de ejercicio profesional.



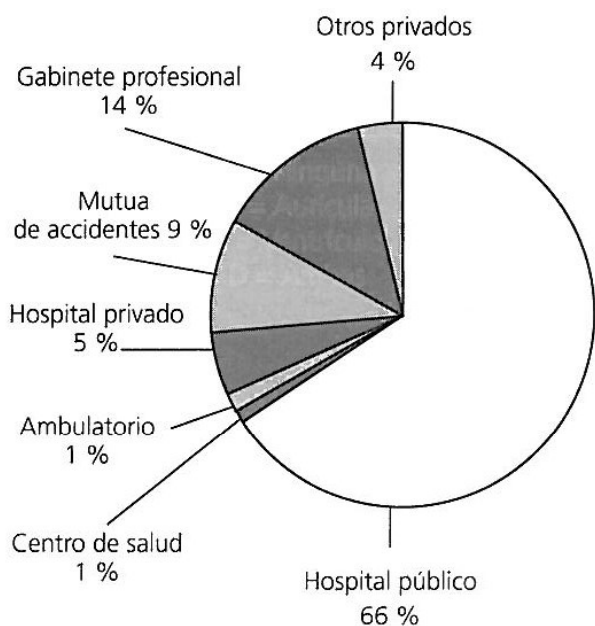


FIG. 2. Lugar de trabajo.

### **Sobre los aspectos relativos a si se dan las condiciones necesarias para el trabajo en equipo**

1. *Determinar si existen «contactos profesionales» con el resto del equipo.*

Se preguntó con qué miembros del equipo mantenía normalmente un «contacto profesional».

Una interpretación que cabe hacer de los mismos es que son muy pocos los contactos profesionales, ya que más del 40 % de los profesionales encuestados no mantienen dichos «contactos» con el resto del equipo. El auxiliar de enfermería es el miembro del equipo con el que se establecen más contactos.

2. *Conocer la «relación» del fisioterapeuta con el resto del equipo.*

Se les preguntó sobre la relación con el resto del equipo. Los resultados fueron los que aparecen en la figura 3.

Un alto número de fisioterapeutas mantiene una mala o regular relación con todos los

miembros del equipo, siendo los médicos, y en especial los rehabilitadores, con los que peores relaciones se mantienen.

3. *Valorar el «grado de participación» (responsabilidad) en la toma de decisiones relacionadas con la Fisioterapia.*

El trabajo en equipo supone para cada miembro del equipo igualdad de condiciones en la formulación y desarrollo del plan, y mayor responsabilidad en aquella parte del plan para la cual está mejor capacitado, complementando así a la del resto del personal.

El fisioterapeuta no participa o lo hace poco a la hora de determinar si una disfunción es susceptible de ser tratada con Fisioterapia (52,1 %), o de dar por concluido un tratamiento de Fisioterapia (48,6 %).

Sin embargo, para establecer el tratamiento fisioterapéutico y realizar la valoración funcional del paciente, en la mayoría de los

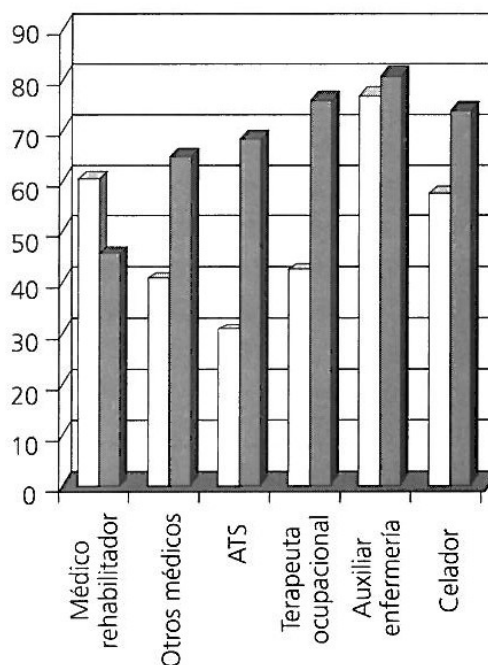


FIG. 3. Blanco: contacto profesional. Gris: relación.

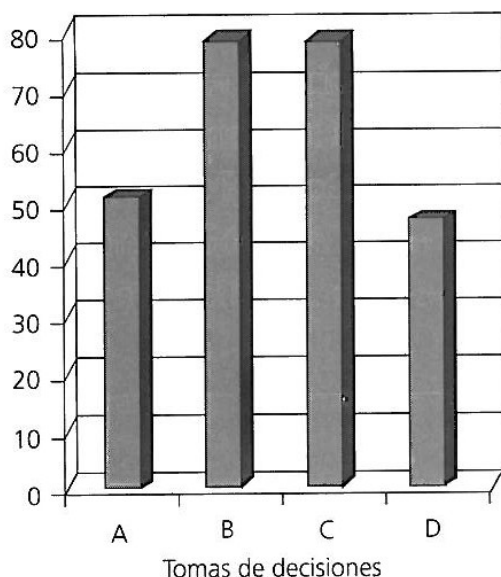


FIG. 4. *Grado de responsabilidad*: A. Determinar si la disfunción es susceptible de tratamiento fisioterapéutico. B. Valoración funcional. C. Establecer tratamiento fisioterapéutico. D. Dar por concluido el tratamiento fisioterapéutico.

casos (80 %) es el fisioterapeuta el que toma regularmente dicha decisión (fig. 4).

4. *Saber si el fisioterapeuta «tiene en cuenta la opinión» del resto del equipo y viceversa.*

Los fisioterapeutas tienen más en cuenta la opinión del equipo (79,5 %), que éstos la opinión del fisioterapeuta (51,4 %).

**Sobre la realización de actividades no asistenciales**

Para conocer la participación del profesional de Fisioterapia en las actividades no asistenciales, así como su fomento por parte del centro sanitario donde desarrolla su actividad, se han contemplado un conjunto de variables que suponíamos claramente relacionadas con la cuestión (tabla 1).

Una primera interpretación que cabe extraer de los datos recogidos conduce a pensar que los fisioterapeutas, por lo general,

apenas participamos en actividades no asistenciales y que en el lugar de trabajo se fomentan poco dichas actividades.

En este sentido encontramos que más de la mitad de los profesionales encuestados han participado poco o nunca en gestión (75,5 %), docencia (56,3 %) y trabajos de investigación (69 %), siendo la *formación continuada* la actividad no asistencial con mayor grado de participación.

Esto no excluye (los datos lo muestran) la existencia de algunos profesionales (aunque de forma aislada) que participan continuamente en dichas actividades.

En cuanto a la participación de actividades no asistenciales, las diferencias entre el ámbito privado y público vienen representadas en la figura 5. El privado aventaja al público en tres de ellas, como son: formación continuada (+ 30,6 %), investigación (+ 23,7 %) y gestión (+ 12,9 %). En docencia apenas hay diferencias.

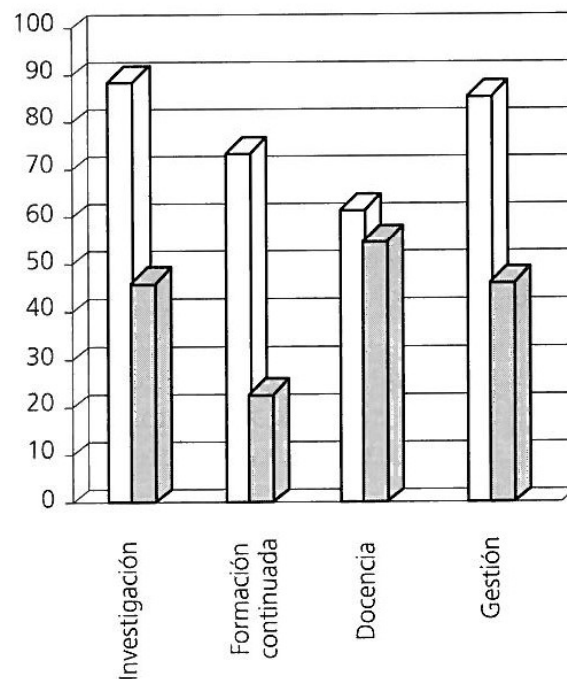


FIG. 5. Blanco: privado. Gris: público.

En cuanto al segundo punto «el poco fomento de actividades no asistenciales por parte de los centros de trabajo», podría ser una de las razones de la falta de interés o motivación por estas actividades. Así, más de la mitad piensa que no se fomenta o se fomenta poco la participación en: investigación (75 %), gestión (72,5 %), docencia (59,2 %) y formación continuada (56,8 %).

### ***Sobre los aspectos relativos a la «realización de la historia de Fisioterapia»***

Hemos seleccionado un conjunto de preguntas con el objeto de detectar si los profesionales recogen por escrito los datos de sus pacientes. En este sentido, hemos obtenido algunos datos que nos pueden ser indicativos de dicha situación.

En primer lugar, preguntamos sobre si solían recoger por escrito los datos de la valoración y tratamiento de sus pacientes. Los datos hablan por sí mismos, ya que más de un 67 % lo hacían regularmente o siempre.

Si bien hemos considerado como significativo el hecho de que del resto de profesionales que contestaron que nunca o pocas veces realizan historia fisioterapéutica (33 %), el 75 % de ellos lleva desempeñando más de 15 años el ejercicio de su profesión.

En segundo lugar, preguntamos acerca de la influencia que tenía la realización de dicha historia en determinados aspectos. La mayoría de los encuestados opinó que la realización de historias sí influye positivamente (en muchas ocasiones o siempre) en la realización de protocolos (90,3 %) y de trabajos de investigación (87,1 %), así como en la credibilidad del fisioterapeuta (88,9 %). También contestaron del mismo modo y con parecidos porcentajes, cosa curiosa, los profesio-

nales que no realizan la historia de Fisioterapia (33 %).

## **CONCLUSIONES**

Se puede considerar que en cada uno de los apartados de los resultados señalados, a medida que hemos ido analizando e interpretando la información recibida, se han ido presentando también, de forma implícita, algunas conclusiones. No obstante, a modo de resumen podemos decir que:

— No se dan las condiciones necesarias para el «trabajo en equipo» en el ámbito de la Fisioterapia, ya que son muy pocos los «contactos profesionales» (interconsultas, sesiones clínicas...).

— No se da un clima social positivo con los miembros del equipo.

— El fisioterapeuta no participa o lo hace poco en aquella parte del plan para la cual está mejor capacitado.

— Los fisioterapeutas, por lo general, apenas participan en actividades no asistenciales, además de que en su lugar de trabajo se fomentan poco dichas actividades.

— Es en el ámbito privado donde se tienen más en cuenta las actividades no asistenciales.

— La mayoría de los fisioterapeutas realizan la historia de Fisioterapia, opinando que influye positivamente en la realización de protocolos y trabajos de investigación y en la credibilidad de la Fisioterapia y del propio fisioterapeuta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Álvarez R. Estadística básica y procesamiento de datos con S. P. S. S. aplicado a las Ciencias



- de la Salud. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.
- Ariza A. y cols. El equipo multidisciplinar de la educación especial. *Scientia* (Revista de la Fundación Andaluza de Ciencias de la Salud) 1 (2): 39-52, 1996.
- Colás P. y cols. *Investigación educativa*. Sevilla. Alfar, 1992.
- Delgado I. Marco jurídico de la Fisioterapia. *Fisioterapia* 18 (2): 121-124, 1996.
- Denisse F. y cols. Investigación científica en Ciencias de la Salud, 3.ª ed. México. Interamericana McGraw-Hill, 1991.
- Gil J. y cols. Estadística básica aplicada a las ciencias de la educación. Sevilla. Kronos, 1995.
- Huk E. Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud. Barcelona. Ed. Científicas y Técnicas. Masson, 1992.
- Ley General de Sanidad (ley 14/86) B. O. E. 29/4/86.
- Mansilla J. y cols. Guía práctica para usuarios de Excel 5.0. Madrid. Ed. Anaya Multimedia, 1994.
- Organización del equipo de atención primaria IN-SALUD. Madrid, 1990.
- Rebollo J. y cols. Evaluación de necesidades formativas del profesorado universitario de Fisioterapia. *Fisioterapia* 16 (4): 209-216, 1994.
- Reglamento General de A. E. F.
- Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Ed. Díaz de Santos, 1985.