

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.55671>

Práctica profesional de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia en el marco del sistema de salud colombiano

Professional practice of Physiotherapy graduates of Universidad Nacional de Colombia in the context of the Colombian health system

Recibido: 10/02/2016. Aceptado: 06/07/2016.

Nancy Jeaneth Molina-Achury¹ • Ana Luiza Vianna-D'Avila² • John Benavides-Piracón³ • Mónica Alejandra Quintana-Cortés¹

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento del Movimiento Corporal Humano - Bogotá D.C. - Colombia.

² Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Preventiva - São Paulo - Brasil.

³ Universidad EAN - Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas - Departamento de Salud - Bogotá D.C. - Colombia

Correspondencia: Nancy Jeaneth Molina-Achury. Departamento del Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 524C. Teléfono: +57 1 3165000, ext.: 15189. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: njmolinaa@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. Los cambios en el saber y en la práctica han logrado consolidar a la fisioterapia como una profesión emergente de rápido crecimiento; sin embargo, las dinámicas del mercado y los sistemas de salud han transformado las características del recurso humano, las condiciones de trabajo y los avances y tendencias de la práctica profesional.

Objetivo. Caracterizar el estado actual de la práctica profesional de la fisioterapia en el marco de organización del sistema de salud colombiano, cuyas transformaciones han impactado el conjunto de prácticas profesionales del sector salud.

Materiales y métodos. Se realizó una encuesta electrónica a estudiantes de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia graduados durante el período 1980-2012 que evalúa campos y áreas de desempeño, condiciones de trabajo, autonomía profesional, valoración social y perfil de morbilidad.

Resultados. La fisioterapia aparece como una profesión socialmente requerida, con campos y áreas de desempeño que se proyectan más allá del sector salud. Sin embargo, son preocupantes las condiciones de deterioro del trabajo, destacando las formas de contratación, los bajos salarios y las restricciones para la práctica profesional autónoma, en particular en el campo asistencial.

Conclusiones. Es necesario garantizar condiciones de trabajo que promuevan una práctica profesional idónea y que garanticen la permanencia de los profesionales, en especial en la práctica asistencial.

Palabras clave: Fisioterapia; Autonomía profesional; Gestión de recursos humanos; Práctica profesional (DeCS).

Molina-Achury NJ, Vianna-D'Avila AL, Benavides-Piracón J, Quintana-Cortés MA. Práctica profesional de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia en el marco del sistema de salud colombiano. Rev. Fac. Med. 2017;65(2):311-9. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.55671>.

| Abstract |

Introduction: Changes in knowledge and practice have consolidated physiotherapy as an emerging fast-growing profession. However, the market dynamics and the configuration of health systems have transformed the characteristics of human resources, as well as the working conditions, advances and trends of professional practice.

Objective: To characterize the current state of the professional practice of physiotherapy in the organizational framework of the Colombian health system, since its transformations have impacted the professional practices of the health sector.

Materials and methods: An online survey was applied to physiotherapists graduated from Universidad Nacional de Colombia between 1980 and 2012. The survey evaluates the fields and areas of performance, working conditions, professional autonomy, social assessment and morbidity profile.

Results: Physiotherapy is conceived as a profession required by society, with fields and areas of performance projected beyond the health sector. However, the deteriorating work conditions are worrying, particularly recruitment, low wages and restrictions for autonomous professional practice, especially those related to healthcare services.

Conclusions: It is necessary to ensure working conditions that promote a suitable professional practice and the permanence of professionals, particularly in clinical practice.

Keywords: Physical Therapy Specialty, Professional Autonomy, Personnel Management, Professional Practice (MeSH).

Molina-Achury NJ, Vianna-D'Ávila AL, Benavides-Piracón J, Quintana-Cortés MA. [Professional Practice of The Physical Therapy Under Colombian Health System]. *Rev. Fac. Med.* 2017;65(2):311-9. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.55671>.

Introducción

La fisioterapia es una profesión liberal del área de la salud cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, evaluados en el ambiente en donde se desenvuelven. Sus objetivos son el estudio, la comprensión y el manejo del movimiento corporal humano como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Esta disciplina 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 la calidad de vida y contribuir al desarrollo social (1).

Considerando que en el estudio de las profesiones existe una tendencia que identifica su desarrollo con las modificaciones histórico-sociales, estas se reconocen como un subsistema económico y de estatus (2-4), por lo cual la reflexión en torno a las transformaciones del modelo de organización del trabajo y el impacto en su desarrollo gana relevancia, más aún cuando los países intentan ajustarse a las condiciones exigidas por el proceso de internacionalización de la economía. Esta situación ha significado, a grandes rasgos, la flexibilización del proceso de producción y de los contratos de trabajo, cambios en la organización del trabajo, transformación del rol del Estado como principal regulador de la vida social y económica y mayor espacio para la participación del sector privado (5).

En este contexto, el sector salud ha tenido sus propias transformaciones estructurales: desmercantilización del acceso gracias a la constitución de los sistemas de protección social y de salud y al reconocimiento del derecho a la salud; mercantilización de la oferta-provisión, la cual inicia con el asalariamiento de los profesionales desde inicios del siglo XX y la intermediación financiera en el sector, y constitución de un campo de acumulación de capital en salud, representado en la conformación de un complejo industrial altamente dependiente de la innovación tecnológica, del avance científico, de la globalización y de la financiarización acelerada (6).

De manera concreta, Colombia, siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales, transforma el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) a partir de la Ley 100 de 1993 (7) y, luego, con las leyes 1122 de 2007 (8) y 1438 de 2011 (9); este cambio se hace sobre la base de los principios del modelo de competencia regulada, operacionalizado a partir de la propuesta del pluralismo estructurado (10) en el que las funciones principales están separadas e integradas de forma horizontal con las funciones asignadas al Estado (dirección y gobierno, financiamiento, provisión, otorgamiento de subsidios) y a agentes públicos y privados (aseguramiento y prestación de servicios). En últimas, esto ha significado el predominio del sector privado en la figura de intermediación, que presenta una tendencia monopolista tanto en la administración como en la provisión de los servicios, sin que el Estado asuma su control: lo anterior se resume en la llamada “captura del Estado” por los partidos y entes privados (11).

Dentro de los aspectos del balance del sistema que son objeto de debate nacional se encuentran los problemas de acceso efectivo a los

servicios y programas de salud (12,13), los logros en equidad (13), la sostenibilidad financiera (14) y los resultados en salud (12), que en últimas complejizan la relación profesional-paciente. Todo lo anterior coloca al sistema colombiano de salud en crisis, determinada por la sumisión a los intereses del sector privado y los valores imperantes del mercado.

Tal lógica del sistema de salud no estaría completa si no lograra un control en la fuerza de trabajo. En este sentido, la intencionalidad de ampliar la obtención de plusvalor en el sector incorpora los aspectos ya presentados de transformación en la organización del trabajo; las modificaciones en las relaciones laborales que en el sector salud se caracterizan por la pauperización de condición laboral, en donde se destaca una tendencia a la desaparición de contratos de trabajo; la presencia de cooperativas, y una no afiliación a la seguridad social integral. Estas nuevas formas han conllevado a una precarización del trabajo, desmejora en los ingresos y las garantías laborales, obstrucción para la organización y agremiación, entre otros (15,16).

Estos cambios han impactado la organización de los procesos de trabajo, las prácticas, los objetos de intervención de la salud y las condiciones laborales (15), al tiempo que han profundizado la división del trabajo en la forma de trabajo directivo y trabajo operativo, las formas de disciplina que despojan o debilitan la autonomía de los profesionales, la fragmentación del conocimiento y la descalificación constante, lo que garantiza condiciones para una mayor rentabilidad en la producción de los servicios y en el control del recurso humano que trabaja en el sector.

En el contexto de las prácticas profesionales en salud, se observa una fuerte disputa de valores entre el interés del mercado y la ética profesional, las posibilidades de la práctica liberal en contraposición con el salario y el mayor control en la organización de los procesos por parte de los actores vinculados con el aseguramiento y la intermediación que constriñen la autonomía profesional, con un claro impacto en los grados de satisfacción y morbilidad de los grupos profesionales (17).

En el caso particular de la fisioterapia, en Colombia la reglamentación de la práctica se establece mediante el Decreto Ley 1056 de 1954 (18), por el cual se define como labor auxiliar de la medicina, supervisada por profesionales especializados; esta normativa dio paso a la Ley 9 de 1976 (19), que determina su carácter profesional y de formación universitaria; por último, se reconoció su objeto profesional y el carácter de profesión liberal con la Ley 528 de 1999 (1) vigente en la actualidad (20,21).

Más allá de las definiciones normativas, vale la pena destacar que en el desarrollo de la profesión y en la situación actual de la misma se observa permanencia de relaciones de dominación y desigualdad de género e interprofesionales, aumento de control sobre la práctica profesional desde los aseguradores, fragmentación en campos y áreas que tienden a romper la integralidad de la práctica profesional y descalificación; todo esto a través de la exigencia de una educación profesional, especializada y continuada, pero sin suficiente reconocimiento salarial ni social y con debilitamiento de las formas organizativas (22).

Reconocer las características actuales de la práctica profesional del fisioterapeuta es una tarea difícil si se considera la información existente. Así, las cifras oficiales se caracterizan por aproximaciones parciales y hasta hace poco agregadas con otras profesiones, como fonoaudiología y terapia ocupacional bajo la nomenclatura terapias (23).

Por lo anterior, esta investigación pretende caracterizar la situación de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia, el cual inicia labores en el año 1966; el mismo ha sido acreditado en el 2006 y reacreditado en el 2011 y se constituye en uno de los programas con mayor reconocimiento social a nivel

nacional e internacional, lo que permite identificar los avances y tendencias de la práctica profesional.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional de tipo corte transversal analítico (24) para el que se elaboró una encuesta electrónica dividida en tres módulos que agrupan el dominio singular, el particular y el general. Estos módulos dieron cuenta de características sociodemográficas; condiciones sociales del desempeño profesional; condiciones de trabajo; autonomía, participación y organización gremial, social y ciudadana; valoración social de la profesión; calidad de vida y bienestar, y condiciones de salud. La encuesta estuvo compuesta por 171 preguntas (25).

Para este estudio se utilizó el instrumento validado por la Asociación Colombiana de Fisioterapeutas (ASCOFI) y la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (ASCOFAFI), el cual fue utilizado en el Estudio Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo de los Fisioterapeutas; dicho instrumento fue validado por seis fisioterapeutas con amplia experiencia en el ejercicio de la profesión y en la construcción de encuestas e instrumentos de evaluación; ellos emitieron el concepto de la encuesta teniendo en cuenta criterios de pertinencia, coherencia, suficiencia y claridad (26). Además, se realizó una prueba piloto con 20 egresados de tres universidades distintas y diferentes años de egreso, quienes respondieron la totalidad de la encuesta y realizaron observaciones; con base en ellas, se realizaron los ajustes correspondientes para el diseño definitivo del instrumento. De otro lado, para establecer la validación de la consistencia interna de instrumentos (27) en cada una de las categorías se utilizó de forma independiente el coeficiente alfa de Cronbach (28,29).

El universo se constituye de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia graduados entre los años 1980 y 2012 y corresponde a 912 individuos. La muestra se configura por conveniencia a partir del envío por correo electrónico de la encuesta a la totalidad de los egresados; del universo total, 201 egresados respondieron el cuestionario. Para estimar la precisión de la muestra se establece como proporción esperada de condiciones de salud asociadas al trabajo la definida por Nordin (30) para los fisioterapeutas con 0.48 y un nivel de confianza del 95% con error en la precisión de la muestra del 2.2%. La información fue recolectada entre diciembre de 2012 y marzo de 2013.

Los resultados se presentaron en análisis de frecuencia simple y análisis bivariado. Con la información recolectada se realizó, como prueba de contraste, el Chi cuadrado con un valor p de significancia del 0.05. Se excluyeron del análisis las relaciones entre variables en donde se superaba el 25% del valor esperado <5.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Además, fue presentada a la dirección del Departamento del Movimiento Corporal Humano de la Universidad Nacional de Colombia, la cual dio la autorización para su realización. Los participantes firmaron el consentimiento libre e informado.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

Se tuvieron en cuenta las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, año de graduación y otros estudios. Se destacan los principales hallazgos que caracterizan el grupo profesional joven, con mayor presencia de adultos entre 21 y 40 años (81.1%), con claro predominio de mujeres (83.6%), con prevalencia de soltería como

estado civil (54.7%) y con un importante porcentaje de profesionales con estudios de postgrado (53.2%), representados en su mayoría por especializaciones y maestrías. El 41.8% de los encuestados tiene un tiempo de egresado <6 años, el 25.9% de 6-10 años y el 32.3% >10 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Variables		n	%
Edad	21-30 años	92	45.8%
	31-40 años	71	35.3%
	41-50 años	32	15.9%
	51-60 años	6	3.0%
Sexo	Masculino	33	16.4%
	Femenino	168	83.6%
Estado civil	Soltero	110	54.7%
	Casado	52	25.9%
	Separado	13	6.5%
	Unión libre	25	12.4%
	Viudo	1	0.5%
Tiempo de egreso del pregrado	<1 año	19	9.5%
	1-5 años	65	32.3%
	6-10 años	52	25.9%
	11-15 años	28	13.9%
	>15 años	37	18.4%
Nivel de escolaridad	Pregrado	94	46.8%
	Postgrado	107	53.2%

Fuente: Elaboración propia.

Condiciones sociales del desempeño profesional

La práctica profesional en fisioterapia se proyecta en diversos campos de forma simultánea. Así, se destaca que, considerando algún tiempo de dedicación de la jornada de trabajo semanal, los profesionales hacen presencia en el campo asistencial (79.6%), educación superior (44.3%), trabajo administrativo (36.8%), asesorías y consultorías (32.3%) y labores de investigación formal (30.3%). Al considerar permanencia en los mismos a partir de una dedicación superior al 76% de la jornada de trabajo semanal, se observa que tan solo el 45% de los que hacen asistencia, el 28.1% de los que trabajan en educación, el 18.9% de los que realizan labores administrativas, el 10.8% de los que hacen asesorías y consultorías y el 3.3% de los que realizan investigación formal lo hacen como actividad principal (Tabla 2).

En relación a los campos de trabajo, se destaca una importante presencia en el área osteomuscular (61.7%), seguida de deporte y actividad física (47.3%), neurología (41.8%), cardiopulmonar (33.8%), salud ocupacional (28.9%), salud pública (18.4%), vascular (15.4%), estética (9%) y otras (20.9%). De nuevo, al considerar el tiempo de dedicación, se observan los mayores porcentajes de profesionales con un tiempo de dedicación superior al 76% de la

jornada semanal en salud pública (32.4%), cardiopulmonar (30.9%), salud ocupacional (27.6%), osteomuscular (25.8%), neurología (19.3%) y deporte y actividad física (15.8%).

Tabla 2. Campos de desempeño de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Campos de desempeño profesional		n	%
Educación superior	No	112	55.7%
	Sí	89	44.3%
Asistencial	No	41	20.4%
	Sí	160	79.6%
Investigación	No	140	69.7%
	Sí	61	30.3%
Administración	No	127	63.2%
	Sí	74	36.8%
Asesoría/consultoría	No	136	67.7%
	Sí	65	32.3%

Fuente: Elaboración propia.

En términos de escenarios de práctica, se encontraron mayores porcentajes en instituciones de tercer nivel de atención, seguida de instituciones de primer y segundo nivel (24.9%, 14.4% y 5.5%, respectivamente). Asimismo, se encontró que 38.3% realiza atención domiciliaria, de los cuales solo el 50% lo hace de forma independiente; además, el 21.4% de los fisioterapeutas refirió tener un desempeño clínico particular.

Empleo, calidad del empleo y condiciones de trabajo

En relación con los indicadores de empleo, la absorción mostró que el 84.7% de los participantes manifestaron que el tiempo de consecución del primer empleo fue <1 año; de otro lado, al momento de la consulta se encuentra que el 91.5% de la población tiene un trabajo relacionado con la profesión. En cuanto al desempleo, el 54.2% de la muestra nunca ha estado cesante; de quienes en algún momento lo estuvieron, el 73.9% refirió que fue por un periodo <1 año, el 22.8% de 1-2 años y el 3.2% de 3-4 años.

En relación a la calidad del empleo, los resultados muestran que, de quienes tienen algún tipo de vinculación (91.5% del total de la muestra), el 52.7% son de tipo directo (contratación a término indefinido, a término fijo, labor u obra, ocasional, convención colectiva, libre nombramiento y remoción y carrera administrativa profesional y por nombramiento), el 28.3% son de tipo indirecto (contratos por prestación de servicios y trabajo independiente) y el 19% tienen ambos tipos de vinculación. En cuanto al tipo de contratación, los resultados muestran que la forma más común en los profesionales es la prestación de servicios (35.9%), seguido del contrato a término indefinido (30.4%), término fijo (27.2%) y trabajo como independiente (17.9%) (Tabla 3).

En cuanto a los ingresos mensuales, se observa que el 28.4% de los fisioterapeutas recibe menos de dos salarios mínimos (el salario mínimo vigente para el 2012 fue de 566.700,00, USD 314 aprox) (31), el 46.8% recibe entre dos y cuatro y el 24.9% recibe más de cuatro. Entre quienes reciben menos de dos salarios mínimos, el 36.8% trabaja un promedio de 4 horas diarias y el 33.3% trabaja 6

horas; de los que reciben entre dos y cuatro, el 41.5% trabaja 8 horas y el 27.7% trabaja más de 8; por último, de quienes reciben más de cuatro, el 42% trabaja más de 8 horas y el 34% trabaja 8.

Tabla 3. Tipo y formas de contratación de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Variable		Recuento	%
Tipo de vinculación	Indirecta	52	28.3%
	Directa	97	52.7%
	Dos tipos vinculación	35	19.0%
Forma de vinculación			
A término indefinido	No	128	69.6%
	Sí	56	30.4%
A término fijo	No	134	72.8%
	Sí	50	27.2%
Por labor u obra	No	167	90.8%
	Sí	17	9.2%
Ocasional	No	175	95.1%
	Sí	9	4.9%
Convención colectiva	No	183	99.5%
	Sí	1	0.5%
Libre nombramiento y remoción	No	181	98.4%
	Sí	3	1.6%
Carrera administrativa profesional (empleados públicos)	No	182	98.9%
	Sí	2	1.1%
Carrera administrativa por nombramiento	No	175	95.1%
	Sí	9	4.9%
Independiente	No	151	82.1%
	Sí	33	17.9%
Prestación de servicios	No	118	64.1%
	Sí	66	35.9%

Fuente: Elaboración propia.

Valoración social de la profesión

El 94% de los profesionales de la muestra sienten que su trabajo es importante para la vida de otras personas y el 93.5% refiere que su familia comprende las implicaciones de su trabajo. Los profesionales se sienten reconocidos por sus pacientes (91.5%), sus colegas (92.5%), su familia (94%), las demás personas del trabajo (89.6%) y la comunidad (79.6%); sin embargo, el 70.1% de los fisioterapeutas considera que las políticas gubernamentales no hacen reconocimiento de la profesión.

Identidad, autonomía, participación y organización

Del conjunto de la muestra, el 56.2% refiere ser primer consultante, lo que significa que los pacientes pueden solicitar sus servicios de manera directa, sin necesidad de ser derivados por otro profesional de la salud; el 52.2% de los profesionales definen su propia agenda de trabajo, el 54.2% define el inicio y la finalización de las intervenciones, el 68.8% la duración, el 67.7% la frecuencia y el 52.2% la cantidad. Tan solo el 47.4% refirió basarse en su propio

diagnóstico. Estas cifras se presentan inferiores entre 2 a 8 puntos porcentuales cuando se realiza el análisis solo entre quienes dedican alguna parte de su jornada al campo asistencial, destacándose como excepción el indicador inicio y finalización de la intervención que aparece con un porcentaje superior en 8 puntos.

El 6% se encuentra vinculado a la Asociación Colombiana de Fisioterapia, el 10% al Colegio Colombiano de Fisioterapia y el 24.9 a otras formas organizativas. Asimismo, el 5% de los fisioterapeutas ha participado en cargos públicos de elección popular y el 11.4% en la generación de políticas nacionales.

Condiciones de calidad de vida

El 50% de los fisioterapeutas pertenece al estrato 3; el 25.3%, al 4; el 17.7%, al 1 y 2, y el 7.1%, al 5. En cuanto a la tenencia de la vivienda, los resultados muestran que el 37.8% de los participantes tienen vivienda propia, el 33.3% vivienda familiar y el 28.9% vive en alquiler.

Se observan altos porcentajes de satisfacción con el empleo y los logros académicos (93%) y con los logros profesionales (91.5%).

Esto contrasta con la satisfacción con el salario que es de 60.2%, la satisfacción de necesidades básicas en relación con el salario que es 86.6% y la satisfacción de necesidades de recreación que es de 68.2%. Asimismo, los resultados permiten identificar que el 66.2% de los fisioterapeutas consideran que el trabajo les reduce el tiempo para su vida personal y el 39.8% refiere que la empresa en la que trabajan nunca busca mejorar la calidad de vida.

El análisis bivariado mostró que, en relación con los campos de desempeño profesional, quienes actúan en la educación superior tienen los mayores porcentajes en relación con los mejores ingresos mensuales y la cobertura a la seguridad social (salud, pensión, riesgos profesionales y caja de compensación familiar) comparados con quienes no lo hacen; esas diferencias fueron estadísticamente significativas. Quienes participan del trabajo asistencial presentan el mayor porcentaje de profesionales con menos de dos salarios mínimos y menor cobertura en riesgos laborales y cajas de compensación en relación con quienes no realizan este tipo de actividades; estas diferencias también son estadísticamente significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Condiciones de trabajo según el campo de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Condiciones de empleo por campo de desempeño		Educación superior				p	Asistencia				p
		No		Sí			No		Sí		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	<2 SMLV	35	35.0%	9	10.7%	0.000	2	5.9%	42	28.0%	0.000
	2-4 SMLV	55	55.0%	36	42.9%		14	41.2%	77	51.3%	
	>4 SMLV	10	10.0%	39	46.4%		18	52.9%	31	20.7%	
Vacaciones pagas	No	53	53.0%	40	47.6%	0.467	15	44.1%	78	52.0%	0.407
	Sí	47	47.0%	44	52.4%		19	55.9%	72	48.0%	
Salud	No	9	9.0%	1	1.2%	---	0	0.0%	10	6.7%	---
	Sí	91	91.0%	83	98.8%		34	100%	140	93.3%	
Pensión	No	14	14.0%	5	6.0%	0.074	1	2.9%	18	12.0%	---
	Sí	86	86.0%	79	94.0%		33	97.1%	132	88.0%	
Riesgos laborales	No	22	22.0%	9	10.7%	0.042	1	2.9%	30	20.0%	0.016
	Sí	78	78.0%	75	89.3%		33	97.1%	120	80.0%	
Caja de compensación familiar	No	43	43.0%	16	19.0%	0.001	5	14.7%	54	36.0%	0.016
	Sí	57	57.0%	68	81.0%		29	85.3%	96	64.0%	
Forma de contrato directa	No	35	35.0%	17	20.2%	0.027	7	20.6%	45	30.0%	0.271
	Sí	65	65.0%	67	79.8%		27	79.4%	105	70.0%	

SMLV: salario mínimo legal vigente.

Fuente: Elaboración propia.

En relación al nivel de educación, se observaron diferencias estadísticamente significativas, en donde el grupo con formación de postgrado presenta los mayores porcentajes en los grupos con mejores ingresos mensuales, cobertura en pensiones y caja de compensación frente a quienes solo tienen la formación de pregrado (Tabla 5).

En relación al tiempo de egreso, se observan diferencias significativas en cuanto a los ingresos mensuales, el disfrute de

vacaciones y la cobertura a la caja de compensación familiar, en donde a menor tiempo de egreso menores porcentajes favorables (Tabla 6).

En relación al sexo, los datos muestran diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a ingresos mensuales, en donde los hombres están más representados en el grupo de ingresos menores a 2 SMLV y en el de más de 4 SMLV; estas diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 7).

Tabla 5. Condiciones de trabajo según nivel de educación de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Condiciones de empleo		Formación de posgrado				p
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	<2 SMLV	42	44.7%	15	14.0%	0.000
	2-4 SMLV	44	46.8%	50	46.7%	
	>4 SMLV	8	8.5%	42	39.3%	
Vacaciones pagas	No	57	60.6%	50	46.7%	0.074
	Sí	37	39.4%	57	53.3%	
Salud	No	10	10.6%	7	6.5%	---
	Sí	84	89.4%	100	93.5%	
Pensión	No	18	19.1%	9	8.4%	0.04*
	Sí	76	80.9%	98	91.6%	
Riesgos laborales	No	26	27.7%	16	15.0%	0.065
	Sí	68	72.3%	91	85.0%	
Caja de compensación familiar	No	46	48.9%	29	27.1%	0.002
	Sí	48	51.1%	78	72.9%	

SMLV: salario mínimo legal vigente.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Condiciones de trabajo según tiempo de graduados de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Condiciones de empleo		Año de graduación								p
		1981-1990		1991-2000		2001-2010		>2010		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ingresos mensuales	<2 SMLV	2	8.7%	6	20.0%	20	20.2%	16	50.0%	0.000
	2-4 SMLV	8	34.8%	8	26.7%	59	59.6%	16	50.0%	
	>4 SMLV	13	56.5%	16	53.3%	20	20.2%	0	0.0%	
Vacaciones pagas	No	8	34.8%	10	33.3%	55	55.6%	20	62.5%	0.034
	Sí	15	65.2%	20	66.7%	44	44.4%	12	37.5%	
Salud	No	0	0.0%	2	6.7%	5	5.1%	3	9.4%	---
	Sí	23	100%	28	93.3%	94	94.9%	29	90.6%	
Pensión	No	3	13.0%	4	13.3%	8	8.1%	4	12.5%	---
	Sí	20	87.0%	26	86.7%	91	91.9%	28	87.5%	
Riesgos laborales	No	4	17.4%	6	20.0%	15	15.2%	6	18.8%	0.918
	Sí	19	82.6%	24	80.0%	84	84.8%	26	81.3%	
Caja de compensación familiar	No	5	21.7%	8	26.7%	28	28.3%	18	56.3%	0.013
	Sí	18	78.3%	22	73.3%	71	71.7%	14	43.8%	
Forma de contrato directo	No	8	34.8%	8	26.7%	26	26.3%	10	31.3%	0.836
	Sí	15	65.2%	22	73.3%	73	73.7%	22	68.8%	

SMLV: salario mínimo legal vigente.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Condiciones de trabajo según sexo de los egresados del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. 1980-2012.

Condiciones de empleo		Sexo				p
		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	
Ingresos mensuales	<2 SMLV	9	33.3%	35	22.3%	0.083
	2-4 SMLV	8	29.6%	83	52.9%	
	>4 SMLV	10	37.0%	39	24.8%	
Vacaciones pagas	No	14	51.9%	79	50.3%	0.883
	Sí	13	48.1%	78	49.7%	
Salud	No	2	7.4%	8	5.1%	---
	Sí	25	92.6%	149	94.9%	
Pensión	No	3	11.1%	16	10.2%	---
	Sí	24	88.9%	141	89.8%	
Riesgos laborales	No	7	25.9%	24	15.3%	---
	Sí	20	74.1%	133	84.7%	
Caja de compensación familiar	No	11	40.7%	48	30.6%	0.296
	Sí	16	59.3%	109	69.4%	

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los estudios en el país que valoran la práctica profesional de la fisioterapia en el marco de organización del sistema de salud colombiano son escasos (32), aunque existen otros que se refieren a algunos aspectos de la situación del desempeño profesional en egresados (33,34). El presente estudio permite hacer un análisis de la práctica profesional, considerando variables que van más allá de indicadores generales sociolabores, y ampliar la mirada sobre aspectos vinculados a la organización social del trabajo (35) y su impacto en el bienestar laboral (36).

En este sentido, los resultados en primera instancia evidencian que la fisioterapia aparece como una profesión central en los procesos de atención en salud a la población afiliada al SGSSS de Colombia. Esto se corrobora con los resultados de alta absorción (84.7%) y empleabilidad (91.5%) que tiene el fisioterapeuta en el mercado laboral, dato que se presenta superior a las cifras nacionales de empleo profesional y a las de otras profesiones del sector salud en el país (37,38).

La caracterización por campos de desempeño refleja con claridad la transformación de perfil profesional en términos de la diversificación del mismo, pasando de una profesión eminentemente clínica asistencial a una profesión que se proyecta a nuevos campos tales como el educativo, la administración y la asesoría y asistencia técnica, aspectos que han sido identificados en trabajos previos (39,40). Asimismo, se destaca el bajo porcentaje de profesionales dedicados en su mayoría a labores de investigación, resultado coincidente con investigaciones previas (41).

En términos de áreas, se evidencia que si bien los profesionales mantienen presencia en todas ellas, al indagar por la principal en relación con tiempo de dedicación superior al 76% aparecen con porcentajes menores áreas clásicas como cardiopulmonar, osteomuscular y neurología (30.9%, 25.8% y 19.3%, respectivamente), mientras que áreas emergentes como salud pública, salud ocupacional y actividad física y deporte reportan mayores porcentajes de profesionales

(18.40%, 28.90% y 47.30%). Se destaca el reporte de porcentaje de profesionales dedicados a actividad física y deporte.

Uno de los aspectos que mantiene la trayectoria histórica del desempeño profesional se refiere a su presencia en instituciones de salud de tercer nivel de atención (24.9%) y con menor presencia en primer nivel (5.5%), una ubicación importante en consultorio particular (21%) y una expresión en el trabajo domiciliario (38%), aunque hoy esta alternativa se encuentra medianamente controlada por las aseguradoras.

Sin lugar a dudas, una razón que ha influenciado esta transformación tiene que ver con la evidencia de que, de todos los campos, el asistencial es el que presenta las peores condiciones en la calidad del empleo a partir del tipo de contrato, salario, cobertura a la seguridad social, riesgos y exigencias del trabajo, perfil de morbilidad, entre otras. Asimismo, los resultados muestran una tendencia al multiempleo.

Así, uno de los principales hallazgos se refiere a las transformaciones en la organización del trabajo y las relaciones laborales. Esto se hace evidente al encontrar que un poco menos de la mitad de la muestra entrevistada no contaba con una forma de vinculación laboral directa, lo que se presenta similar a otras profesiones (5,38). Asimismo, un porcentaje importante (28.4%) reporta baja remuneración, proporción aún mayor en profesionales jóvenes, con baja experiencia y nivel de formación universitario, estableciendo una precarización sistemática de la condición de trabajo. Sin embargo, estos datos son disímiles a los presentados por el observatorio de talento humano para el nivel profesional al tomar como referencia el ingreso base de cotización al SGSSS, el cual reporta que el 50% de la población tiene ingresos de 1.2 millones de pesos o menos (23). El resultado presentado para los egresados de la Universidad Nacional de Colombia es, asimismo, inferior al reportado como promedio nacional para fisioterapia, que es de 41.5% (25).

A estas condiciones de trabajo se suman las restricciones de la práctica autónoma, de tal forma que tan solo la mitad de los profesionales en general refieren este principio de actuación, aunque este resultado se muestra superior a otros reportados en investigaciones previas (42). De igual forma, la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) hace hincapié en la importancia de avanzar en la autonomía profesional y el acceso directo desde mediados de la década del 90, fortaleciendo la figura de profesional de primer contacto, lo que significa que los pacientes pueden solicitar sus servicios de manera directa y sin necesidad de ser derivados por otro profesional de la salud; para esto se requiere generar evidencia en cada contexto nacional que demuestre viabilidad, seguridad y efectividad económica y clínica. De igual forma, se explicita como una de las acciones prioritarias para garantizar las competencias necesarias en el ejercicio autónomo de la profesión (43,44).

La autonomía es fundamental de cara al desarrollo profesional, en tanto diversos autores destacan que el proceso de profesionalización incluye dedicación de procedimientos exclusivos para la evaluación, la formación de una asociación profesional, la regulación de la profesión y la redacción y adopción de un código de ética formal (45). En estos términos, llama la atención los bajos porcentajes encontrados en primer consultante, diagnóstico fisioterapéutico, definición de frecuencia y duración de las sesiones, así como el bajo nivel de participación y organización gremial de los fisioterapeutas.

En este aspecto es fundamental el papel de las instituciones educativas que cumplen un rol central en la formación de la identidad profesional al organizar lógicas que atribuyen un mayor estatus al estudiante de medicina, lo que conlleva a que se den una serie de patrones concretos de comportamiento, pues se genera un nexo de poder de género, raza y clase. De esta manera, las identidades se forjan

dentro de un concepto de poder/conocimiento (46) que requiere ser reflexionado y transformado.

Por último, y en general, el egresado de la Universidad Nacional de Colombia refiere satisfacción con el trabajo y con la respuesta a las necesidades básicas y de recreación. Sin embargo, en menor proporción le satisface su salario y la preocupación de la empresa por su bienestar, además tiene una mayor percepción de que el trabajo le resta tiempo de la vida personal.

Conclusiones

Los resultados evidencian un grupo importante de transformaciones en la práctica profesional, las cuales articulan la permanencia de unas características y la emergencia de nuevos elementos. Así, la práctica sigue siendo una actividad eminentemente femenina con un importante componente en el campo asistencial y con nuevos campos en educación superior, administración y, en menor medida, asesorías e investigación; todo esto con proyección en nuevas áreas como salud pública, salud de los trabajadores, actividad física y deporte.

En términos de la organización de la práctica profesional, es notoria la pérdida de espacios de práctica autónoma. Este retroceso se explica por los mecanismos de funcionamiento del actual sistema de salud que limita el primer contacto al organizar un sistema de provisión de servicios a partir del aseguramiento en salud y el diagnóstico fisioterapéutico.

En las condiciones de trabajo se hace evidente el crecimiento de formas de trabajo dependiente en detrimento de la práctica independiente y se constata la precarización de las condiciones de trabajo que evidencian cifras preocupantes en calidad del empleo, destacando lo referido al tipo de contratación, la ausencia de garantía de derechos laborales vinculados con la seguridad social y el bajo salario. Las situaciones más críticas se concentran entre los profesionales de género femenino, sin formación de postgrado, con menores años de experiencia, dedicados a laborales asistenciales y sin vinculación directa, lo que define a este grupo como de alta prioridad para el acompañamiento desde el gremio y las universidades.

Es necesario trabajar los componentes de identidad, autonomía profesional y asociatividad, que se presentan débiles, así como incentivar la participación en la toma de decisiones en los diversos ámbitos del ejercicio profesional.

Los resultados muestran similitud con las condiciones de trabajo de otros profesionales del sector salud, por lo que es posible y necesario establecer alianzas estratégicas con otras organizaciones sectoriales para incidir en la transformación de las condiciones de trabajo en el sector.

Como elementos favorables se destaca el reconocimiento de la ampliación del campo profesional y la permanencia de buenos niveles de satisfacción personal con la labor que se realiza.

Este artículo se deriva del trabajo de grado titulado *Educação em Fisioterapia: Análise crítica desde a prática Profissional*, presentado a la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo para la obtención del título de Doctora en Ciencias, São Paulo, 2015.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Investigación financiada parcialmente por jornada docente del investigador principal. Proyecto Hermes número 17977 titulado:

Estudio sobre condiciones de trabajo y salud de los fisioterapeutas en Colombia.

Referencias

- Colombia. Congreso de la República. Ley 528 de 1999 (septiembre 14): Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 43711; septiembre 20 de 1999. Available from: <https://goo.gl/U5RuXH>.
- Machado MH. Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque. *Revista Educación Médica y Salud*. 1991;25(1):28-36.
- Rodríguez JA, Guillén MF. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Reis*. 1992;(59):9-18.
- Pierantoni CR, Machado MH. Profesionales de la salud: Una formación cuestionada. *Educ Med Salud*. 1994;28(2):199-210.
- Florez-Acosta JH, Atehortúa-Becerra SC, Arenas-Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009;8(16):107-31.
- Viana ALda, Elias PEM, Silva HP. Economía política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulg. saúde debate*. 2007;(37):7-20.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 41148; diciembre 23 de 1993.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 46506; enero 9 de 2007.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 (enero 19). Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 47957; enero 19 de 2011.
- Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;41(1):1-36. <http://doi.org/bx99c8>.
- Molina-Marín G, Ramírez-Gómez A, Ruiz-Gutiérrez A, editors. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud Colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra Editores; 2013.
- Defensoría del pueblo. La tutela y el derecho a la Salud 2012. Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo; 2013.
- Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Documentos de trabajo sobre economía regional No. 204; 2014.
- Acosta P, García F, González JL, Mujica AV, Pinto D, Prada CF, et al. Efectos de la ley 100 en salud. Propuestas de reforma. Bogotá D.C.: Fedesarrollo; 2011.
- Brito-Qintana PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(1-2):43-54.
- Mosquera BJ. Relaciones laborales en el sector salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: El caso de la ciudad de Cali. Santiago de Cali: Ministerio de la Protección Social de Colombia, OPS-OMS, Observatorio de Recursos Humanos, Universidad del Valle; 2006.
- Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editors. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud. Medellín: La Carrera Editores; 2011.

18. Colombia. Congreso de la República. Decreto 1056 de 1954 (marzo 31). Por el cual se reglamenta el ejercicio de la Fisioterapia. Bogotá D.C.: Diario Oficial 28453; abril 9 de 1954.
19. Colombia. Congreso de la República. Ley 9 de 1976 (enero 30): Por la cual se reglamenta la profesión de la Fisioterapia. Bogotá D.C.: Diario Oficial 34489; febrero 13 de 1976.
20. Sarmiento M, Cruz I, Molina V. Nivelación y globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina. Diagnóstico curricular de la Fisioterapia en Colombia. Confederación Mundial De Fisioterapia, Región Sudamérica WCPT-SAR; 2004.
21. Cobo-Mejía EA. Repensando los periodos de la fisioterapia en Colombia. *Rev. salud. hist. sanid. on-line*. 2011;6(1).
22. Molina-Achury NJ. Educación en Fisioterapia: análisis crítico desde la práctica profesional. [Tesis doctoral]. São Paulo: Universidad de São Paulo; 2015.
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Documento de trabajo. Bogotá D.C.: MinSalud; 2012.
24. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Pública de México*. 2000;42(5):447-55.
25. Molina-Achury NJ, Forero S, Ramos D, Benavides J, Quintana M. Informe Estudio Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo de los Fisioterapeutas en Colombia. Bogotá D.C.: ASCOFI/ASCOFAFI; 2015.
26. Ding CS, Hershberger SL. Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 2002;9(2):283-97. <http://doi.org/dsj2ff>.
27. López-Pumar GM, del Castillo-Martín NP, Oramas-Viera A. Validez y confiabilidad del cuestionario Índice de Capacidad de Trabajo (ICT) en su versión cubana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2011;12(2):29-34.
28. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334. <http://doi.org/cc5>.
29. Molina-Achury N, Forero-Nieto S, Ramos-Caballero DM, Benavides-Piracón J, Quintana-Cortés MA. Diseño y validación de un instrumento de evaluación de condiciones de salud y trabajo de los fisioterapeutas en Colombia. *Rev Fac Med*. 2016;64(Suppl):S59-67. <http://doi.org/b8t9>.
30. Nordin NA, Leonard JH, Thye NC. Work-related injuries among physiotherapists in public hospitals: a Southeast Asian picture. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(3):373-8.
31. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 4919 de 2001 (diciembre 26): Por el cual se fija el salario mínimo legal. Bogotá D.C.; 2011 [cited 2013 Jan]. Available from: <https://goo.gl/rU74Qa>.
32. Moscoso-Herrera JR. Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: Una mirada a la toma de decisiones. *Movimiento Científico*. 2011;5(1):6-24.
33. Herrera-Villabona E, Camargo-Lemos DM. Perfil Profesional de los Fisioterapeutas egresados de la UIS: 1980-2003. *Salud UIS*. 2004;36(1):2-11.
34. Vernaza-Pinzón P, Paz-Peña CI. Dolor músculo-esquelético en fisioterapeutas del municipio de Popayán. *Ciencias de la Salud*. 2006;8(4):8-14.
35. Breilh J. Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinantes y proyecciones". In: Rodríguez M, coordinator. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 63-100.
36. Noriega M. Organización laboral, exigencias y enfermedad. In: Laurell C, coordinator. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. p. 167-187.
37. Barón J. Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios. *Lecturas de Economía*. 2012;(76).
38. Prada-Moreno C. Base de datos del RUN aporta indicadores sociolaborales de profesionales de enfermería. *ANEC Publicación oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia*. 2014;(78):44-5.
39. Asociación Colombiana de Fisioterapia. Caracterización de la profesión de Fisioterapia en Colombia. Bogotá D.C.: ASCOFI - SENA; 2008.
40. Agredo-Silva V, Franco JA, Mina EP. Perfil Profesional y Ocupacional de los Fisioterapeutas en Colombia. *CES Movimiento y Salud*. 2015;3(1):35-43.
41. Ramírez-Vélez R, Escobar-Hurtado C, Flórez-López ME, Agredo-Zúñiga RA. Perfil investigador de los profesionales en Colombia. *MÉD.UIS*. 2010;24(1):34-41.
42. Agredo-Silva V, Toro-Agudelo A, Tobón-Torres Y. Perfil y requerimientos de formación del Fisioterapeuta en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. 2013. *CES Movimiento y Salud*. 2014;2(2):65-79.
43. Souto-Camba S. Autonomía profesional y acceso directo, objetivos centrales de la Fisioterapia europea. In Conferencia Inaugural del XIV Congreso Nacional de Fisioterapia. Madrid: Asociación Española de Fisioterapeutas; 2012.
44. Mulero-Portela AL. Autonomía profesional en la práctica de terapia física. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2003;6(2):91-100.
45. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev. bras. fisio*. 2006;10(2):241-7.
46. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Med Teach*. 2012;34(9):e641-8. <http://doi.org/b8vb>.

