

A.L. Mulero Portela

Programa de Terapia Física.  
Departamento de Programas  
Graduados. Colegio de  
Profesiones Relacionadas con  
la Salud. Recinto de Ciencias  
Médicas. Universidad de  
Puerto Rico.

**Correspondencia:**  
Ana L. Mulero Portela  
Programa de Terapia Física, CPRS  
Recinto de Ciencias Médicas, UPR  
PO Box 365067  
San Juan, PR 00936-5067  
E-mail: anamulero@cprs.rcm.upr.edu

Fecha de recepción: 2/12/02  
Aceptado para su publicación: 28/8/03

---

### RESUMEN

Este artículo revisa la literatura relacionada a la autonomía profesional del fisioterapeuta. Se explora la relación entre la autonomía y la dominancia médica, así como un recuento de la práctica de la fisioterapia en los Estados Unidos según se relaciona con autonomía. Se ofrecen recomendaciones para el avance hacia una práctica profesional más autónoma.

### PALABRAS CLAVE

Autonomía profesional; Dominancia médica; Asuntos profesionales; Práctica de la fisioterapia.

### INTRODUCCIÓN

La autonomía profesional se ha definido como la capacidad de un profesional a determinar sus acciones a través de una elección independiente, basándose en un sistema de principios o leyes, al que el profesional se

### Autonomía profesional en la práctica de terapia física

*Professional autonomy  
in the physical therapy practice*

### SUMMARY

*This article reviews the literature related to physiotherapists' professional autonomy. It explores the relationship between autonomy and medical dominance, and the history of physiotherapy practice in the United States as it relates to autonomy. Recommendations for the advancement of a more autonomous practice are given.*

### KEY WORDS

*Professional autonomy; Medical dominance; Professional issues; Physical therapy practice.*

atiene<sup>1</sup>. Freidson<sup>2</sup> ha definido la autonomía como la cualidad de ser independiente, libre y auto-gobernante. Robbins<sup>3</sup> ha definido el término autonomía profesional como: la libertad, independencia y discreción en la toma de decisiones; la organización de las actividades del trabajo; y la determinación de los procedimientos a utilizar

- 92 para llevar a cabo dichas actividades. Estas definiciones tienen en común los componentes de auto-dirección y la habilidad de controlar los componentes y términos de la práctica profesional.

La Asociación Americana de Terapia Física (APTA por sus siglas en inglés) ha definido la práctica autónoma del fisioterapeuta como una que se caracteriza por independencia y auto-determinación en su juicio y acción profesional<sup>4</sup>. A esta definición se le han añadido aquellos atributos necesarios para mantener una práctica autónoma, con el objetivo de que los fisioterapeutas se ganen el reconocimiento y respeto como el profesional de predilección, y ganen reconocimiento y respeto por su educación, experiencia y peritaje en su área de práctica profesional. Estos atributos son:

1. Acceso directo a los servicios de fisioterapia sin restricciones legales, reglamentarias o de reembolso por intermediarios.
2. Habilidad profesional para referir a otros profesionales y/o proveedores de salud a aquellos pacientes/clientes cuyo cuidado vaya más allá del alcance de la práctica de la fisioterapia.
3. Habilidad profesional para llevar a cabo referidos sobre pruebas diagnósticas que ayuden a clarificar el estado del paciente.

Dentro del concepto de autonomía, Ballou<sup>1</sup> también ha identificado varios atributos necesarios para llevar a cabo una práctica autónoma. Estos atributos son la auto-gobernación dentro de un sistema de principios, la competencia en la base de conocimiento profesional, la toma de decisiones, el pensamiento crítico, la libertad y el ejercicio de la profesión con auto-control. Basándose en estas definiciones, un profesional autónomo debe ser capaz de actuar y tomar decisiones basadas en la reflexión y el razonamiento crítico. Estas decisiones deben ser guiadas por un sistema de estándares, principios o creencias. A su vez, el profesional autónomo debe dominar el conocimiento científico de su área profesional y, finalmente, tomar decisiones exentas de controles externos.

Los factores asociados con la autonomía profesional han sido explorados por varios investigadores.

Blanchfield y Biordi<sup>5</sup> han reportado una alta correlación entre autonomía y autoridad en la profesión de enfermería en el lugar del trabajo. En su estudio, las enfermeras con mayores responsabilidades y autoridad, como por ejemplo, las enfermeras en los turnos nocturnos que manejan y coordinan todo el cuidado del paciente, reportaron mayor percepción de su autonomía. Schoen<sup>6</sup> ha reportado una correlación alta entre la autonomía del profesional de enfermería con el nivel educativo de éste y su compromiso con la carrera de enfermería. El investigador encontró que aquellas enfermeras con educación de colegio o universidad (grado asociado o de bachillerato), con una base educacional más amplia y una perspectiva profesional mayor, se percibían más autónomas que aquellas enfermeras adiestradas en los hospitales. El compromiso con su carrera profesional, indicado por su participación activa en las asociaciones profesionales, fue relacionado con una actitud más favorable hacia el control sobre su práctica profesional.

Los hallazgos anteriores han sido sustentados por una encuesta a enfermeras de cuatro estados de los Estados Unidos, realizado por Schutzenhofer y Musser<sup>7</sup>, donde se exploraron los factores que correlacionan con la autonomía profesional. Los investigadores encontraron evidencia de que una educación a nivel graduado y membresía en organizaciones profesionales fueron factores significativos relacionados con un sentido mayor de autonomía profesional. Otros factores que correlacionaron con un alto sentido de autonomía profesional fueron el escenario de práctica y la especialidad clínica. Específicamente, las enfermeras en escenarios de salud pública y con especialidad en salud mental o psiquiatría reportaron el mayor nivel de autonomía.

La autonomía también se ha correlacionado con la satisfacción laboral y la integración social. McCloskey<sup>8</sup> entrevistó enfermeras que habían comenzado recientemente en su desempeño laboral, y se encontraban entre su sexto y duodécimo mes de trabajo. La integración social se definió como el sentido de cohesión de grupo, donde existen cuidados y empatía entre colegas. La autonomía se definió como la capacidad de las enfermeras de actuar independientemente, asumiendo control sobre su trabajo. El autor encontró una relación directa entre la autonomía, la integración social y la satisfacción

laboral. Las enfermeras que experimentaban satisfacción laboral también expresaron su intención de permanecer en su empleo, una buena motivación laboral y un compromiso con las organizaciones laborales.

La limitación de investigaciones publicadas donde se explore el tema de autonomía dentro de la profesión de fisioterapia produjo que esta revisión de literatura estuviera enfocada en estudios realizados dentro de la profesión de enfermería. Una limitación mayor de los estudios revisados consiste en la falta de información sobre la validez de las escalas usadas para medir autonomía profesional.

## TIPOS DE AUTONOMÍA PROFESIONAL

Se han propuesto varios tipos de autonomía profesional. Ovretveit<sup>9</sup> presenta dos categorías principales de autonomía profesional. La primera categoría trata de la autonomía en el ámbito nacional y estatal. En el ámbito nacional, las asociaciones profesionales establecen las guías de conducta profesional, el código de ética y los estándares de práctica. En el ámbito estatal, se concede a las juntas examinadoras el deber y el poder de establecer los requisitos para ejercer la profesión. Los documentos generados por dichas organizaciones nacionales y estatales llevan a una autonomía pues establecen límites en las demandas de los patronos y otros profesionales sobre el trabajo de los fisioterapeutas. En el ámbito nacional, la profesión también tiene el derecho de controlar el currículo para la preparación de fisioterapeutas y de proveer acreditación a los programas educativos que cumplan con los estándares mínimos de evaluación. En el ámbito estatal, las juntas examinadoras tienen el deber de examinar al egresado de estos programas académicos para asegurar un nivel de competencia mínimo requerido para la práctica profesional.

La segunda categoría principal presentada por Ovretveit<sup>10</sup> se refiere a la autonomía profesional a nivel del individuo. Esta categoría incluye autonomía de caso y autonomía de práctica. La autonomía de caso se refiere a la capacidad del fisioterapeuta en tomar decisiones concernientes a la evaluación y el tratamiento, sin necesidad de una revisión de una autoridad superior, a menos que se sospeche de negligencia, o que el fisiotera-

pista esté trabajando fuera del alcance de su área de práctica. Al exhibir autonomía de caso, el fisioterapeuta toma responsabilidad total de sus decisiones clínicas.

La autonomía de práctica se refiere a la responsabilidad del fisioterapeuta de tomar decisiones relacionadas a la administración de su práctica y de su tiempo, sin necesidad de una revisión por una autoridad superior, a menos que se haya violentado algún procedimiento o el presupuesto. La autonomía de práctica también incluye el derecho del fisioterapeuta a negarse a tratar un paciente, lo que corresponde al derecho del paciente a escoger su fisioterapeuta. Esto se conoce como elección paciente/proveedor de servicio.

Ovretveit<sup>9</sup> establece que la autonomía de caso usualmente es otorgada y garantizada por los administradores, una vez el fisioterapeuta haya demostrado su nivel de competencia y de seguridad. Sin embargo, la autonomía de práctica usualmente es más restringida, ya que los administradores son los responsables por asegurar el uso efectivo de los recursos. Dentro de la autonomía de práctica existe la autonomía clínica, la cual se refiere a la autonomía del fisioterapeuta sobre el manejo de su trabajo clínico. Los administradores no ejercen autoridad sobre la autonomía clínica; más bien se acepta la autoridad de los administradores en lo relacionado a los trabajos administrativos, de educación e investigación.

A nivel del individuo, existe otra forma de autonomía profesional conocida como responsabilidad primaria<sup>10</sup>. Esta es la responsabilidad del proveedor de servicios de evaluar al paciente, referir a otros servicios, recomendar y prescribir el tratamiento, y terminar el tratamiento cuando lo estime apropiado. De acuerdo a Ovretveit, son los médicos quienes principalmente practican este tipo de autonomía profesional.

## DOMINANCIA MÉDICA

La dominancia médica se refiere al tipo de relación que se puede establecer entre los médicos y otros profesionales de salud. Este término implica un control de la profesión médica en la división del trabajo y el ejercer autoridad sobre otros profesionales de la salud. Por lo tanto, se puede entender que existe una relación entre la autonomía de los profesionales aliados a la salud y la

- 94 dominancia de la clase médica. Existen dos visiones de dominancia médica. La primera visión fue inicialmente propuesta por Freidson<sup>11</sup>, donde se presenta la dominancia médica como un concepto donde se permite dos posibilidades: una autonomía total o ninguna autonomía. De acuerdo a la propuesta de Freidson<sup>11</sup>, los profesionales aliados a la salud existen bajo el amparo de la medicina. La protección que provee la medicina, en forma de paternalismo, se consideró necesaria para el crecimiento de las profesiones aliadas a la salud, a cambio de su independencia y control en la capacidad de crecimiento.

Freidson<sup>11</sup> conceptualizó cuatro aspectos que contribuyen al establecimiento de la dominancia médica sobre los profesionales aliados a la salud tales como enfermeras y enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. En primer lugar, el profesional aliado a la salud es dependiente de la base de conocimiento científico de la medicina, donde su trabajo y su investigación son aprobados por los médicos. En segundo lugar, los médicos hacen el diagnóstico y ayudan en la planificación de tratamiento. En tercer lugar, los servicios de los profesionales aliados a la salud se dan en la medida que son solicitados por médicos, así como supervisados por ellos. Los profesionales aliados a la salud reciben órdenes de los médicos, como por ejemplo, a través de una prescripción. En cuarto lugar, los profesionales aliados a la salud no tienen un estatus equivalente al de la profesión médica dominante.

De acuerdo con Freidson<sup>11</sup>, la medicina es central en el sistema de salud, lo que ayuda a que la misma mantenga su posición dominante dentro del sistema. Los médicos han tenido tradicionalmente el dominio de la división del trabajo, y la autoridad de supervisar y dirigir el trabajo de otros profesionales, sin someterse al escrutinio de otros profesionales. En la medida en que los médicos ejerzan control sobre el trabajo de los profesionales aliados a la salud, estos no podrán ser realmente autónomos y alcanzar el mismo nivel de autonomía de la clase médica. Como consecuencia, los profesionales aliados a la salud permanecerán en una posición subordinada y mantendrán un estatus profesional inferior al de los médicos<sup>11</sup>.

La segunda visión de dominancia médica propone varios grados de autonomía. La autonomía se considera

un atributo social, dependiente de dónde se sitúa el profesional dentro de la jerarquía organizacional. La dominancia médica se refiere al control de los médicos sobre la base de conocimiento de otros profesionales de la salud y el control sobre el acceso a otros servicios de salud. Starr<sup>12</sup> sugiere la noción de que la soberanía del médico está decayendo, permitiendo un aumento en la autonomía de los profesionales aliados a la salud. Scott<sup>13</sup> propone que la autonomía se da en gradaciones, de menor a mayor nivel de autonomía. De acuerdo a Scott, la autonomía se puede ganar gradualmente al adquirir más experiencia y al aumentar responsabilidades.

Kenny y Adamson<sup>14</sup> llevaron a cabo un estudio donde exploraron cómo los profesionales aliados a la salud se percibían ellos mismos en relación a la dominancia de la profesión médica. Realizaron 90 entrevistas estructuradas a cinco grupos ocupacionales en Australia: enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y sicólogos/trabajadores sociales. El análisis de los datos de las entrevistas reveló que 73 % de los profesionales de salud no se consideraban iguales al médico. El 66 % de los fisioterapeutas entrevistados consideraban que tenían suficiente autonomía en su trabajo. Las percepciones de dominancia médica y autonomía estuvieron relacionadas con el tiempo que llevaban empleados en el puesto actual y con el tiempo total que llevaban trabajando en el lugar de empleo. Los fisioterapeutas con más de cinco años de empleo y aquellos con puestos de supervisión o administración se sentían como iguales a los médicos. Las inquietudes de los fisioterapeutas estaban relacionadas con los siguientes aspectos: una remuneración pobre; el sistema de referido requerido para que un paciente tenga acceso a los servicios de fisioterapia; el estatus inferior dentro de la jerarquía organizacional; el poco conocimiento de los médicos con relación al área de peritaje de los fisioterapeutas; y la falta de una base de conocimiento perteneciente a la fisioterapia. De acuerdo a los autores, los fisioterapeutas experimentaban las relaciones más problemáticas con los médicos al compararlos con otros profesionales.

En un estudio más reciente, Adamson, Kenny y Wilson-Barnett<sup>15</sup>, exploraron la experiencia de las enfermeras en Australia e Inglaterra con relación a la dominancia médica. Una muestra de 133 enfermeras austra-

lianeras y 108 enfermeras inglesas completaron el cuestionario sobre las relaciones enfermera-médico, médico-paciente, enfermera-paciente y enfermera-administración del hospital. Los resultados de este estudio indicaron que las enfermeras percibían que los médicos tenían un control mayor sobre la provisión de los cuidados de salud. Específicamente, los médicos estaban en control sobre el manejo de los pacientes y la adjudicación de los fondos. Las enfermeras también percibieron que los médicos eran mejor entendidos, reconocidos y promovidos por el público que las enfermeras. Las percepciones de estas enfermeras fueron consistentes con la teoría sociológica acerca de la dominancia médica sobre las profesiones aliadas a la salud, según propone Freidson<sup>16</sup>, donde establece que los médicos ejercen su autonomía y mantienen autoridad sobre las enfermeras.

Mechanic<sup>17</sup> ha propuesto que los médicos están perdiendo gradualmente su control sobre otros profesionales de la salud. Los factores que han influenciado la disminución del control incluyen: un aumento en los costos del cuidado de la salud, la naturaleza cambiante de los servicios médicos y el hecho de que el cuidado médico se haya movido fuera de los hospitales. Estos factores han permitido que otros profesionales de la salud ganen credibilidad y autonomía sobre la medicina.

## PRÁCTICA DE LA FISIOTERAPIA EN ESTADOS UNIDOS

La práctica de la fisioterapia en Estados Unidos ha evolucionado de un grupo de mujeres trabajando bajo la guía y supervisión de médicos, a un grupo reconocido de proveedores de servicios de salud<sup>18</sup>. Esta evolución se dio, en gran medida, debido al desarrollo de la base científica de la profesión a través de la investigación y de la diseminación de ésta. En la década de los setenta, la profesión de fisioterapia confrontó grandes retos en Estados Unidos. Hasta ese entonces, la prioridad de la profesión no había sido el desarrollar y acumular su propio cuerpo de conocimiento; más bien, para desarrollar y justificar sus intervenciones extrapolaban de las teorías y prácticas de la medicina. Fue entonces que en la década de los setenta se generó un mandato en el ámbito nacional para desarrollar un cuerpo de conocimiento propio de la fisioterapia, al ver el riesgo que el fisioterapeuta tenía de perder su estatus como profesional y convertirse en personal técnico. El interés de los fisioterapeutas no estaba centrado en realizar investigaciones científicas con el propósito de construir un cuerpo de conocimiento. A pesar de esto, se desarrollaron iniciativas para generar esa base de conocimiento, lo que resultó en un aumento significativo de artículos de investigación publicados desde la década de los setenta hasta el presente<sup>19,20</sup>.

La investigación y la práctica profesional basada en los hallazgos de las investigaciones son factores que contribuyen a la adquisición de la autonomía de una profesión. Es a través de la práctica profesional basada en evidencia científica que los profesionales de salud son capaces de demostrar su contribución única en el cuidado de la salud. Precisamente, son los hallazgos de esas investigaciones los que sirven como base para desarrollar guías de práctica y evaluación de ejecutoria. La evaluación y la planificación de los servicios como resultado de las investigaciones resultan en un aumento en la autonomía profesional<sup>21</sup>.

La historia de la profesión de fisioterapia en Estados Unidos es el reflejo de la habilidad de los fisioterapeutas de asumir el control sobre su práctica. Entre los logros de la profesión se encuentran: la creación de una asociación profesional, el requisito de revalidación de conocimientos a través de un examen profesional para obtener la licencia de práctica, y la creación de una agencia acreditadora de los programas educativos en fisioterapia. En 1975, los fisioterapeutas asumen la dirección de esta agencia acreditadora, en lugar de los médicos, quienes hasta entonces mantenían el control en la otorgación de acreditación a los programas educativos de fisioterapia. Esto constituyó un adelanto significativo hacia aumentar la autonomía del fisioterapeuta.

Actualmente, los fisioterapeutas en Estados Unidos confrontan asuntos estrechamente relacionados con la autonomía profesional: escasez de recursos fiscales para operar sus prácticas y el decidir cuál es el nivel de educación apropiado para la profesión. En términos de recursos fiscales, se espera que el fisioterapeuta intervenga eficientemente con un presupuesto limitado, enfatizando el aumento en productividad. Las expectativas de un sis-

- 96** tema de salud que continúa cambiando y de un cuidado basado en capacitación puede producir que se generan guías de cuidado basadas en intereses económicos lo que puede disminuir los esfuerzos del fisioterapeuta en llevar una práctica autónoma.

En términos del grado académico como nivel de entrada a la profesión, se ha contemplado el grado doctoral como un paso más hacia el mantenimiento de una práctica profesional autónoma<sup>22</sup>. La decisión en cuanto al grado académico necesario para la entrada a la profesión ha sido un asunto de extenso debate. En 1979, la Casa de Delegados de la APTA elevó un mandato para que los programas educativos se ofrecieran al nivel post-bachillerato<sup>23</sup>. Actualmente en Estados Unidos, todos los programas educativos de entrada a la profesión son a nivel de maestría; con un número mayor de ellos cada año moviéndose al doctorado como el primer grado profesional en fisioterapia. La intención tras esto es preparar a través de un doctorado a un profesional mejor cualificado, más autónomo, capaz de aceptar mayores responsabilidades y de estimular y producir un desarrollo continuo de la profesión. Los cambios en el nivel educativo de entrada a la profesión, de bachillerato a post-bachillerato, a maestría y finalmente a doctorado, pueden sugerir una intención de los fisioterapeutas en modificar los términos de una relación subordinada a la medicina. Esfuerzos similares han sido realizados por los profesionales de enfermería al ofrecer sus grados académicos en universidades y ofrecer grados postgrados<sup>15</sup>.

### ROLES PROFESIONALES DEL FISIOTERAPISTA

Los roles de los profesionales aliados a la salud, incluyendo aquellos de los fisioterapeutas, han sido identificados por la Comisión Nacional de Ciencias Aliadas a la Salud (su nombre en inglés es National Commission on Allied Health), en Estados Unidos. Dicha comisión ha tomado en cuenta que los grupos profesionales definen el alcance de su práctica de la forma más amplia posible para prevenir que otros grupos profesionales invadan su campo de práctica<sup>24</sup>. Se han identificado cinco roles principales de práctica:

1. Experto o especialista en hacer un diagnóstico, al llevar a cabo evaluaciones y establecer un diagnóstico en terapia física.
2. Proveedores de cuidado directo al paciente, al desarrollar e implementar planes de cuidados.
3. Educador de los pacientes sobre la importancia de continuar su régimen de cuidado más allá de los límites de la clínica, educación a familiares, y educación sobre bienestar y prevención de accidentes, lesiones y enfermedades.
4. Manejadores de casos, al coordinar el cuidado y las intervenciones clínicas del equipo de salud.
5. Consultor, al proveer información y análisis necesario para un cuidado de calidad y costo-efectivo.

Los roles que asuma el fisioterapeuta dependerán de su escenario de trabajo. Ciertos escenarios demandan más roles y mayor responsabilidad del fisioterapeuta. Por ejemplo, en aquellos escenarios que no estén dirigidos por un médico, el fisioterapeuta podrá tener roles de coordinador de casos, supervisor de personal y administrador del centro. En centros de salud comunitaria, el fisioterapeuta asumirá los roles de educador en salud y promotor de salud, con énfasis en el trabajo en equipo, contabilidad y análisis financiero y asuntos del consumidor.

### FISIOTERAPIA COMO UNA PROFESIÓN DOMINADA POR MUJERES

En los Estados Unidos y en muchos otros países del mundo, la fisioterapia es una profesión dominada por mujeres. En Estados Unidos, el 66,2 % de fisioterapeutas son mujeres<sup>25</sup>. Aún cuando la mayoría de los fisioterapeutas son mujeres, existen discrepancias notables entre hombres y mujeres en términos de salarios y puestos que ocupan. Los hombres ocupan el mayor porcentaje de puestos administrativos y gerenciales, ganando significativamente más dinero que las mujeres<sup>26,27</sup>. Al ajustar los salarios entre hombres y mujeres considerando factores como la edad, números de años en el puesto y años de trabajo a jornada completa, se observa que los hombres continúan ganando más que las mujeres. Por lo tanto, existe inequidad en los escenarios de trabajo en términos

de autoridad, poder y control: las mujeres tienen menos oportunidades a ocupar puestos donde puedan ejercer autoridad ya que los hombres ocupan estos puestos, con mayores privilegios y responsabilidades.

El que la mayoría de los fisioterapeutas sean mujeres y provengan de una clase social más baja que los médicos pueden ser factores que han contribuido a la dominación de la medicina sobre las profesiones aliadas a la salud. Addams<sup>28</sup> apoya la noción de que el género y la clase social son factores que contribuyen a una autonomía disminuida en profesiones dominadas por las mujeres. Profesiones como la de enfermería han tenido dificultad en defender su peritaje profesional. Estos profesionales provenían primariamente de clases trabajadoras o de trasfondos rurales pobres, en contraste con los médicos de clase alta. En términos de áreas de trabajo y condiciones de empleo, estas mujeres enfermeras tenían menos poder social e influencia para controlar su destino profesional. Addams<sup>28</sup> concluye que aquellas ocupaciones donde sus practicantes son predominantemente hombres y de clases sociales más altas tienden a ser más exitosas en lo que respecta a mantener su autonomía profesional. El caso de los dentistas es un ejemplo de una profesión que ha sido capaz de oponerse exitosamente a los retos de la profesión médica y sus intentos de dominar su práctica. La autonomía profesional de los dentistas se ha mantenido en parte a las similitudes en género, en su mayoría hombres, y trasfondos socioeconómicos similares a los de los médicos.

Resumiendo, la revisión de la literatura existente sugiere que la terapia física en Estados Unidos se ha establecido como una profesión con autonomía. El liderazgo de la profesión, representado por la APTA, ha desarrollado guías para asegurar su estatus profesional y control sobre la práctica de terapia física. Las contribuciones más relevantes hacia el progreso de la profesión han sido el desarrollo de un cuerpo de conocimiento único, a través de la investigación, en el cual se basa la práctica profesional; y la definición de roles profesionales y el establecimiento de guías para asegurar una educación apropiada en estos roles.

La APTA establece como una de sus metas de su Visión 2020 que los fisioterapeutas mantengan todos los privilegios de una práctica autónoma y sean los practi-

cantes de la elección de los clientes en sus redes de salud<sup>29</sup>. Ciertamente, el futuro de la profesión descansa en la capacidad de los fisioterapeutas de continuar sus trabajos hacia el alcance de una práctica totalmente autónoma. Dicha práctica debe estar libre de las limitaciones establecidas por las clases profesionales más poderosas tradicionalmente, como lo es la medicina, y por los intereses económicos creados en parte por las aseguradoras de salud.

## RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Las publicaciones que traten el tema de la autonomía profesional en fisioterapia han sido escasas. La literatura publicada hasta este momento proviene mayormente de Estados Unidos e Inglaterra. Por lo tanto, no hay hallazgos cuantitativos ni cualitativos con relación a la autonomía de la profesión en el ámbito mundial, que ayuden a dirigir estrategias de intervención. Sin embargo, la experiencia en Estados Unidos ha demostrado que para el continuo desarrollo de una práctica autónoma, es necesario dirigir estrategias de intervención en tres áreas: educación, legislación y desarrollo de política.

La educación ha sido un punto de continuo desarrollo en Estados Unidos. Uno de los propósitos de ésta ha sido realizar la habilidad del fisioterapeuta en la toma de decisiones, aspecto clave de la autonomía profesional. Al momento, no existen grados académicos a nivel subgraduado para la educación de fisioterapeutas en Estados Unidos; todos los grados académicos son ofrecidos a nivel graduado, ya sea de maestría o doctorado. Los estándares de acreditación de los programas académicos están dirigidos mayormente a la formación de un profesional que pueda ser la puerta de acceso a los servicios de salud. Esto requiere educación en las áreas de cernimiento, diagnóstico y referido; patología, e investigación. Esta educación constituye una estrategia sólida para la toma de decisiones clínicas del profesional. La formación del fisioterapeuta a su vez se ha ampliado dando énfasis mayor a sus roles de administrador, consultor, investigador y educador. En Estados Unidos, la APTA tiene como visión que para el año 2020, la fisioterapia sea provista por doctores en fisioterapia, con la

98 expectativa de que el doctorado como nivel educacional de entrada a la profesión le proveerá al fisioterapeuta una educación que los cualifique para una práctica autónoma y un credencial que es asociado con excelencia y peritaje<sup>30</sup>.

Triezenberg<sup>31</sup> enfatiza la importancia de educación en ética a medida que la práctica de la fisioterapia va progresando a una más autónoma. Expone que se debe poner énfasis en la toma de decisiones éticas que pueda ayudar a resolver dilemas. Dichos dilemas pueden surgir debido a la dicotomía entre lo que es correcto hacer de acuerdo a los valores morales del fisioterapeuta y lo que es permitido de acuerdo a la ley de práctica de la fisioterapia. Es por ello que los aspectos legales y éticos son una dimensión importante en la toma de decisiones. Aún cuando el fisioterapeuta decida lo que es mejor para el usuario de los servicios, puede confrontar conflictos con la ley de práctica de fisioterapia en su estado o país.

En Estados Unidos, los esfuerzos son continuos para que cada estado de la nación tenga una ley de práctica que permita a los consumidores acceso directo a los servicios de fisioterapia. Esto tendría el efecto de aumentar la autonomía del profesional. La APTA ha visto en el acceso directo una oportunidad para que el fisioterapeuta sea proveedor primario de los servicios de cuidado de salud para aquellas personas que presenten condiciones de tipo muscular, esquelético, neurológico o integumentario. Sin embargo, en muchos estados en Estados Unidos, se practica una forma de acceso directo más restrictivo que el que se planificó originalmente. Algunos ejemplos de estas restricciones son un límite al número de visitas que un paciente puede hacer antes de ser referido a un médico, un diagnóstico médico ya establecido previo a intervenir, años de experiencia, evidencia de credenciales como proveedor primario o peritaje específico para cualificar como proveedor primario, y acceso por poblaciones selectas de pacientes.

Es importante que al regular la práctica profesional a través de legislación, se preserven y se protejan las áreas de práctica del fisioterapeuta. Existen fuerzas legislativas de otros grupos profesionales, tales como los quiropráticos, protetistas, ortotistas, masajistas, terapeutas respiratorios, entre otros, que intentan reclamar exclusividad en áreas donde tradicionalmente el fisioterapeuta ha

ejercido. Es por esto que es de suma importancia el estar atentos y el vigilar el derecho legal de continuar practicando en estas áreas.

Por último, la educación y la legislación no son los únicos elementos para el avance de una práctica autónoma. Es necesario además que se produzcan cambios en la arena política. Por ejemplo, algunas políticas de reembolso de las entidades aseguradoras que administran planes de cuidado de salud no facilitan el que se dé un acceso directo a los usuarios de los servicios de fisioterapia. Es impráctico para muchos pacientes el tener un acceso directo a un fisioterapeuta sin que la entidad aseguradora provea una cubierta que pague por tales servicios o que requiera una autorización médica para su pago, ya sea en forma de referido o de prescripción. Es necesario un cambio en la política de pagos de las entidades aseguradoras de cuidado de salud de modo que se gestionen pagos por los servicios ofrecidos por los fisioterapeutas cuando el usuario accesa el servicio sin intermediarios.

También se hace imperativo que ocurran cambios en los límites impuestos por las entidades aseguradoras de cuidado de salud en la cantidad pagada por la intervención del fisioterapeuta y cambios en el límite de visitas a que un paciente tiene derecho. Estos cambios le ofrecerían al fisioterapeuta una compensación adecuada por sus labores y a su vez ayudarían a que el paciente pueda recibir los servicios de fisioterapia por el tiempo que sea necesario. Los cambios en la política de salud del país podrían generar mayor autonomía para el fisioterapeuta. Por ejemplo, una política de salud que favorezca el bienestar, la eficiencia física y la prevención de lesiones, abre las puertas al fisioterapeuta para proveer servicios en escenarios de trabajo no tradicionales, donde no existe dominio de la clase médica. Los escenarios tales como industrias, parques donde se practiquen deportes y ejercicios y centros comunitarios son ejemplos de éstos. El fisioterapeuta debe prever que tiene un rol importante en esos ambientes e intervenir temprano, ayudando al establecimiento de política que favorezca su autonomía. La política de salud que se establece en los ambientes de trabajo, donde se definen los roles del fisioterapeuta, debe ser redactada de una manera que asegure el estatus profesional de éste y el control sobre su práctica profesional.

Dado que han sido muy pocas las investigaciones en esta área, es recomendable explorar la percepción de autonomía profesional del fisioterapesta, así como la percepción de los médicos, de otros profesionales de la salud, del público y del usuario, con relación al fisioterapesta. De implementarse estrategias dirigidas a realzar la autonomía, debe evaluarse la efectividad de las mismas de forma objetiva y sistemática. Por otro lado, la investigación juega un rol importante hacia el avance de una práctica autónoma. Esta propicia el continuo desarrollo y uso de un cuerpo de conocimiento exclusivo de la profesión. Es de vital importancia que la investi-

gación sobre la efectividad de las intervenciones en fisioterapia continúe, para promover el desarrollo y fortalecimiento continuo del conocimiento profesional. Los resultados de estas investigaciones deberán ser utilizadas para guiar la práctica profesional de manera que ésta se fundamente en la evidencia científica.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco la ayuda de la Prof. Ivette Bonet y de la Dra. Lourdes Reus en la revisión y edición final de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ballou KA. A concept analysis of autonomy. *J Prof Nurs* 1998; 14:102-10.
2. Freidson E. Professional Dominance. New York: Atherton Press, 1970.
3. Robbins SP. Essentials of Organizational Behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1997.
4. American Physical Therapy Association. Board of Directors minutes (Program 32, Competencies of the Autonomous Physical Therapist Practitioner, B of D 11/01). Disponible en: [www.apta.org/governance/governance\\_5/BODminutes](http://www.apta.org/governance/governance_5/BODminutes). Acceso: 30 de agosto de 2002.
5. Blanchfield KC, Biordi DL. Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nurs Adm Q* 1996;20:42-9.
6. Schoen DC. Nurses attitudes toward control over nursing practice. *Nurs Forum* 1992;21:27-34.
7. Schutzenhofer KK, Musser DB. Nurse characteristics and professional autonomy. *Image: J Nurs Scholarship* 1994;26: 201-5.
8. McCloskey JC. Two requirements for job contentment: Autonomy and social integration. *Image: J Nurs Scholarship* 1990; 22:140-3.
9. Ovreteit J. Changes in profession-management, autonomy, and accountability in physiotherapy. *Physiother* 1994;80:605-8.
10. Ovreteit J. Medical dominance and the development of professional autonomy in physiotherapy. *Sociol Health Illness* 1985;7:76-93.
11. Freidson E. Medical Work in America. Essays on Health Care. New Haven: Yale University, 1989.
12. Starr P. Medicine and the waning of professional sovereignty. *Daedalus*, 1978;107:175-93.
13. Scott PA. Morally autonomous practice? *Adv Nurs Sci* 1998;21: 69-79.
14. Kenny D, Adamson B. Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy, and authority. *Aust Health Rev* 1992;15:319-34.
15. Adamson B, Kenny D, Wilson-Barnett J. The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *J Adv Nurs* 1995;21:172-83.
16. Freidson E. Professional Power. Chigaco, IL; University of Chicago, 1986.
17. Mechanic D. Comparative medical systems. *Annu Rev Soc Sci* 1996;22:239-70.
18. Parry A. Ginger Rogers did everything Fred Astaire did backwards and in high heels. *Physiother* 1995;6:310-9.
19. Mulero-Portela AL, Harris SR. Research in pediatric physical therapy: A comparison of publication trends from 1975-1988. *Pediatr Phys Ther* 1993;5:183-7.
20. Robertson VJ. A quantitative analysis of research in Physical Therapy. *Phys Ther* 1995;75:313-27.
21. Bonell C. Evidence-based nursing: A stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *J Adv Nurs* 1999;30:18-23.
22. Threlkeld AJ, Jensen GM, Royeen CB. The clinical doctorate: A framework for analysis in physical therapist education. *Physical Therapy* 1999;79:567-81.
23. May BJ. The twenty-eighth Mary McMillan lecture: On decision making. *Phys Ther* 1996;76:1232-41.

- 100 24. National Commission on Allied Health. Workplace/Relationship Committee. *J Allied Health* 1996; p. 31-70.
25. United States Bureau of the Census. Statistical Abstract of the United States, 115<sup>th</sup> ed. Washington, DC: Reference Press, 1995; p. 411.
26. Rozier CK, Hersh-Cochran MS, Whitright AM. Gender Differences in Career Attitudes for Female Dominated Professions. The Case of Physical Therapy. Business and Economics Monograph No. 3, Department of Business and Economics. Denton, Texas: Texas Woman's University, 1993.
27. Rozier CK, Hersh-Cochran MS. Gender differences in managerial characteristics in a female-dominated health profession. *Health Care Supervisor* 1996;14:57-70.
28. Addams T. Dentistry and medical dominance. *Soc Sci Med* 1999;48:407-20.
29. American Physical Therapy Association. APTA House of Delegates Endorses a Vision for the Future. Disponible en: [https://www.apta.org/news/news\\_releases/news\\_archives/visionstatementrelease](https://www.apta.org/news/news_releases/news_archives/visionstatementrelease). Acceso: 30 de agosto de 2002.
30. Massey BF. Straight talk about the DPT. *Phys Ther Magazine*, January 2001. Disponible en: [http://www.apta.org/pt\\_magazine/jan01/BOARDjan01.htm](http://www.apta.org/pt_magazine/jan01/BOARDjan01.htm). Acceso: 30 de septiembre de 2002.
31. Triezenberg HL. The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Phys Ther* 1996;76:1097-106.