



Jorge Lubin Rojas Tafur - "programa Arte y Talentos Especiales" Academia de Artes Guerrero

Julialba Castellanos Ruiz
Fisioterapeuta. MSc en Educación y Desarrollo Humano
Grupo de Investigación Cuerpo -Movimiento
Docente investigadora - Universidad Autónoma de Manizales
jcastellanos@autonoma.edu.co

Diana Eugenia Gómez Gomez
Fisioterapeuta
Grupo de Investigación Cuerpo -Movimiento
Docente Investigadora - Coordinadora Programa de Fisioterapia
Universidad Autónoma de Manizales
dgomez@autonoma.edu.co

Diana Patricia Jaramillo Ortigón
Fisioterapeuta. MSc en Salud Pública
Docente Investigadora - Universidad Autónoma de Manizales
djaramillo@autonoma.edu.co

Clara Eugenia Echeverry Cañas
Fisioterapeuta. MSc en Neurorehabilitación
Grupo de Investigación Cuerpo -Movimiento
Docente Universidad Autónoma de Manizales
cecheverry@autonoma.edu.co

Lina María Montealegre
Fisioterapeuta. MSc en Actividad física y Deporte
Docente Universidad Autónoma de Manizales
lmontealegre@autonoma.edu.co

EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL PROGRAMA DE FISIOTERAPIA - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES Intervention experiences in formative internships of the Physical Therapy Program - Autonoma University of Manizales

Fecha de recepción: 4 de abril de 2016 - Fecha de aprobación: 10 de agosto de 2016

RESUMEN

La investigación surge como necesidad de desarrollar procesos de sistematización de las prácticas formativas en un programa de formación. El estudio tuvo como objetivo caracterizar sociodemográfica y epidemiológicamente, desde el desempeño profesional, la intervención en las prácticas formativas del Programa de Fisioterapia de la Universidad Autónoma de Manizales 2006 – 2011. El tipo de estudio fue descriptivo, con análisis univariado de las variables sociodemográficas, epidemiológicas y de desempeño profesional de las prácticas. Se encontró una mayor proporción de atención de población proveniente del área urbana, con afiliación más o menos homogénea al régimen de salud contributivo y al subsidiado, con mayor predominio del sexo masculino. Los diagnósticos más frecuentes, desde las categorías del CIE10, se enfocaron hacia traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias externas de morbilidad y mortalidad, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, del sistema circulatorio, respiratorio y nervioso. Fue evidente el énfasis de intervenciones en instituciones de salud como escenarios clínicos, con acciones de prevención secundaria y desde el campo de acción de la terapéutica. Se concluye que las intervenciones fisioterapéuticas se centraron especialmente en población del género masculino, pertenecientes al régimen contributivo, de procedencia urbana, y como grupo poblacional predominó la atención hacia adultos mayores y niños. El énfasis de las intervenciones se dio en los sistemas o dominios corporales a nivel musculoesquelético, cardiovascular y pulmonar, y neuromuscular.

PALABRAS CLAVE

Prácticas clínicas, fisioterapia, modalidades de fisioterapia, intervención.

ABSTRACT

This research arises as a necessity from the Physical Therapy Program to develop systematization processes for its internships. Objective: To characterize the participation in formative internships of the Physical Therapy Program at Autonoma University of Manizales from a socio-demographic and epidemiological perspective, between the years 2006 and 2011. Methodology: This was a descriptive study with an univariate analysis of sociodemographic, epidemiological and professional performance variables. Results: A greater care proportion of urban population was determined, with a relatively homogeneous affiliation to contributory and subsidized health plans, as well as a predominant attention to males. The most frequent diagnoses from the ICD-10 classification were focused on trauma, poisoning and certain external consequences of morbidity and mortality, diseases of the musculoskeletal and connective tissue system as well as the circulatory, respiratory and nervous systems. Emphasis on health care interventions in clinical settings was evident, with secondary prevention actions from a therapeutic perspective. Conclusion: Physiotherapy interventions focused mainly on the urban male population, who belong to the contributory regime. Attention was given predominantly to the elderly population and to children. The emphasis was on therapeutic interventions that took place in the musculoskeletal, cardiovascular, pulmonary and neuromuscular systems.

KEY WORDS

Clinical clerkship, physical therapy, physical therapy modalities, intervention.

INTRODUCCIÓN

La intervención fisioterapéutica como el “proceso de interacción entre el fisioterapeuta y el sujeto, su familia y la comunidad encaminado al bienestar cinético y a la salud relacionada con el movimiento corporal, desde el contexto del desarrollo humano y social” (Universidad Autónoma de Manizales, 2010), se constituye en el elemento básico para los procesos de formación de fisioterapeutas al interior de las prácticas formativas. En el marco de la fisioterapia, la intervención entonces, se da en diferentes campos de acción y áreas de desempeño, lo cual implica el diseño, implementación, monitoreo y gestión de acciones de promoción y protección específica, manejo terapéutico y de habilitación-rehabilitación.

Acorde con los lineamientos de la Ley 528 de 1999, por medio de la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la fisioterapia en Colombia, se evidencia que existen escenarios de actuación profesional similares a los que se manejan a nivel mundial y que las acciones en salud corresponden a los parámetros trazados por la WCPT, por lo cual en Colombia se han definido 4 escenarios de actuación profesional que son: Clínico, Educativo, laboral y Deportivo, los cuales corresponden a los escenarios de actuación profesional que se tenían para las prácticas formativas del programa de fisioterapia Universidad Autónoma de Manizales (UAM®) entre los años 2006 y 2011.

Con base en todo anterior y retomando lo planteado por la Asociación Colombiana de Fisioterapia (ASCOFI, 2010), respecto a los escenarios de actuación profesional como son el clínico, espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de propuestas de intervención sobre el movimiento corporal alterado por factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos, aplicando acciones y procesos de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación con el propósito de potencializar el movimiento y recuperar la salud.

En el Proyecto Educativo del Programa de Fisioterapia de la UAM®, (Universidad Autónoma de Manizales, 2010), las áreas de desempeño profesional, han sido definidas con referencia a las áreas de intervención fisioterapéutica y estas tradicionalmente se han estructurado con relación a los sistemas o dominios biológicos determinados por la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT), dominios que se articulan en los diferentes grupos poblacionales sujetos de intervención, y en los escenarios de actuación profesional.

En los programas de fisioterapia en Colombia, y en coherencia con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud-OMS 2007, es prioridad generar procesos de sistematización de las prácticas formativas, a través de la construcción de indicadores que permitan establecer las características y alcances del desarrollo de la intervención fisioterapéutica. Estos procesos deben partir de un análisis de carácter cuantitativo, que permita reconocer las características sociodemográficas, epidemiológicas y de desempeño profesional de dichas intervenciones, para contribuir al mejoramiento de los procesos de formación.

A partir de la década de los 80'so, surgen diferentes conceptos de sistematización, en donde se resalta a Sergio Martinic (1984, citado por Berdegué, Ocampo y Escobar, 2004) quien plantea que “La sistematización es un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado” (pag. 3).

Así Ghiso (2001) define la sistematización “como un proceso de recuperación, tematización y apropiación de una práctica formativa determinada, que al relacionar sistemática e históricamente sus componentes teórico-prácticos, permite a los sujetos comprender y explicar los contextos”. Se resalta que en la sistematización confluyen elementos comunes que permiten enfocar el proceso de sistematización como espacio de reflexión, ordenamiento, comprensión y transformación de acciones específicas.

Por su parte, Martínez Matheus, Rodríguez, y Cárdenas (2010) pretendieron establecer el impacto de la situación de los programas académicos de campo del programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario, a través de indicadores de gestión durante el periodo 2004-2007, con el fin de establecer las características de la población objeto de la prestación de servicios y procurar información verificable que dé soporte para la construcción de procesos de cambio dentro de la dinámica de mejoramiento continuo que debe tener cualquier institución. Este seguimiento es útil para la toma de decisiones de planeación académica, en la medida en que contribuye a mejorar sus procesos, facilita el cumplimiento de los propósitos de formación para cada práctica, ayuda a ser elemento de análisis para directivos, instructores y estudiantes en la orientación del proceso de gestión académico-administrativo; además de retroalimentar los procesos de planeación y programación académica.

De otra parte, en la Universidad Manuela Beltrán, Baquero (2014), quien realizó un estudio transversal, con la participación de pacientes mayores de 15 años, atendidos por afecciones neurológicas en los servicios de Fisioterapia, lugar en el que realizaban sus prácticas. Entre los resultados se encontró que en el período comprendido entre febrero y noviembre de 2012 se atendieron un total 1062 personas a causa de enfermedades neurológicas, de las cuales el 19.6% de estas tuvieron como motivo de remisión a Fisioterapia, la Enfermedad de Alzheimer, y un 77.5% de las personas con esta patología correspondieron al género femenino, siendo este estudio, un aporte significativo, en tanto, muestra como otros programas de fisioterapia, también han procurado caracterizar y sistematizar la población atendida en las prácticas formativas

Con base en lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta la importancia de los procesos de sistematización para la reflexión y toma de decisiones respecto a la formación de profesionales de la salud, en el programa de fisioterapia de la UAM®, se generó la necesidad de caracterizar el contexto de las intervenciones fisioterapéuticas y sus interacciones con los diferentes grupos poblacionales a los cuales se dirigen, permitiendo generar cambios basados en la experiencia. Desde esta perspectiva, esta investigación respondió a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población atendida y las variables de desempeño profesional de las prácticas formativas del Programa de Fisioterapia de la Universidad Autónoma de Manizales 2006 – 2011?

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con 15 instituciones sede de práctica con las cuales la UAM® tuvo convenios en el periodo comprendido entre 2006 y 2011. De carácter público: Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas, Hospital de Caldas y Clínica Rita Arango Álvarez del Pino, instituciones de tercer nivel de atención que cubren población joven, adulta y adulta mayor con condiciones de salud diversas; Hospital Geriátrico San Isidro, especializado en la atención de adultos mayores con diversas condiciones de salud; ASSBASALUD, institución de primero y segundo nivel de atención que atiende todo tipo de población; Centros Día de la Alcaldía de Manizales, enfocados a programas de P y P para adultos mayores de la ciudad de Manizales. De carácter privado: Clínica Versalles, institución de tercer nivel de atención que cubre población joven, adulta y adulta mayor con condiciones de salud diversas; IPS UAM, que oferta servicios de fisioterapia a través de la modalidad de consulta externa a todos los grupos poblacionales; Once Caldas S.A., club deportivo cuyo énfasis se centra en procesos de atención a deportistas de alto rendimiento en fútbol; Hospital Infantil de La Cruz Roja de Caldas, institución de tercer nivel de atención que centra su atención en la población pediátrica con diversas condiciones de salud; LICALFIS, en esta institución se interviene población joven y adulta en situación de discapacidad dedicada a la práctica deportiva; Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEDER), y Fundación Instituto Integral en Educación Especial (IINES), instituciones que enfocan sus acciones al manejo de procesos de rehabilitación de niños, adolescentes y jóvenes en situación de discapacidad; ASOVIEJOS, Centro de Promoción y Protección al Adulto mayor; Jardín Infantil Pelusa, institución que presta servicios educativos a niños sanos y en situación de discapacidad.

El tipo de muestreo realizado fue por conveniencia. Del total de las instituciones (15) con convenio docente asistencial y de cooperación en el municipio de Manizales, se seleccionaron las 11 que cumplieron con los criterios de inclusión: Instituciones con convenio docente servicio o de cooperación vigente mayor o igual a dos años en el periodo antes señalado y personas intervenidas residentes en el departamento de Caldas, inscritas en el formato de registro de prácticas formativas del programa de fisioterapia.

Las instituciones que fueron parte de la muestra se clasificaron acorde con la variable de desempeño profesional (escenarios clínicos y no clínicos), de las 11 instituciones sede de práctica entre los años 2006 a 2011 que cumplieron los criterios de inclusión, el 64% de ellas son instituciones del sector salud y por tanto pertenecen al escenario de actuación profesional clínico, el 36% restante son instituciones de otros sectores como el educativo y deportivo que se incluyen como escenarios de actuación no clínicos.

Para efectos de clasificar los diagnósticos médicos, por los cuales consultaron los usuarios a fisioterapia, se utilizaron las categorías

establecidas en la Clasificación Internacional de las Enfermedades – CIE-10 (OMS, 1992).

En el estudio se tuvieron en cuenta: Variables sociodemográficas: Edad, género, seguridad social y procedencia. Características epidemiológicas: Diagnóstico médico, y variables de desempeño profesional: Nivel de prevención, campos de acción, escenario de actuación profesional y grupo poblacional.

Se utilizó como instrumento de recolección de información el formato de registro de prácticas formativas del programa de fisioterapia, en el cual se llevaron a cabo los registros de información entre 2006 y 2011.

El procedimiento de recolección y procesamiento de información se llevó a cabo por fases así: Identificación de la fuente de información, a través de la revisión documental se identificó como elemento clave el formato de registro diario, en el cual los fisioterapeutas consignaban la información relacionada con los usuarios atendidos en las diferentes instituciones en el periodo 2006- 2011. Posteriormente, la selección y organización de los formatos de registro por institución y por año. Por último, para el procesamiento de la información se elaboró la base de datos en el programa estadístico SPSS-22.0 (Statistics IPackage for the Social Science), licencias concurrentes de la Universidad Autónoma de Manizales.

Para el análisis e interpretación de la información, se llevó a cabo un análisis descriptivo a partir de la información sociodemográfica, epidemiológica y de desempeño profesional contenida en los formatos de registro de las intervenciones fisioterapéuticas realizadas en la práctica, por medio de un análisis univariado.

RESULTADOS

Desde los escenarios clínicos, las prácticas formativas durante los años 2006 y 2011, se desarrollaron en instituciones de salud de carácter público como: Hospital Departamental Santa Sofía, Hospital de Caldas y Clínica Rita Arango Álvarez del Pino, en las cuales se desarrollaron intervenciones a personas jóvenes, adultas y adultas mayores con condiciones de salud de origen principalmente cardiovascular, pulmonar, musculoesquelético, neurológico, sistémico y traumático. En la Clínica Versalles, institución privada donde se trabajó con población joven, adulta y adulta mayor con condiciones de salud de origen neurológico, sistémico, circulatorio, respiratorio, musculoesquelético y traumático.

En otras instituciones como el Hospital Geriátrico San Isidro que da cobertura a población de adultos mayores, se realizaron intervenciones enfocadas a condiciones de salud de orden respiratorio, circulatorio, nervioso, mental y traumático. Hospital Infantil de la Cruz Roja Rafael Henao Toro, institución privada especializada en el manejo de niños y adolescentes con condiciones de salud respiratorias, musculoesqueléticas, traumáticas, neuromusculares, congénitas y de carácter oncológico.

En la IPS - UAM®, centro de prácticas propio de la Universidad Autónoma, se encontraron, entre las condiciones de salud tra-

tadas en todos los grupos poblacionales (niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores), las de índole musculoesquelético, digestivo (sistema estomatognático), nervioso, circulatorio, traumático y mental.

Desde el escenario no clínico educativo, como espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desarrollo de proyectos para la construcción de saberes y prácticas saludables en la comunidad escolar, a partir del desarrollo y potencialización del movimiento corporal humano como facilitador de los procesos educativos, que permitan la construcción de estilos de vida saludables desde, para y por los sujetos propios de la escuela; dadas las características de las instituciones educativas sede de práctica como el Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEDER) y la Fundación Instituto Integral en Educación Especial (IINES), las acciones se encaminaron al apoyo de los procesos de Rehabilitación de niños, adolescentes, jóvenes y adultos.

En cuanto al escenario no clínico Deportivo, espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación y argumentación y desarrollo de propuestas de interacción del movimiento corporal por medio del ejercicio físico, la actividad física y el deporte, en las prácticas formativas se desarrollaron acciones enfocadas a la promoción de la salud, la protección específica y la terapéutica. Entre las instituciones sede de práctica se encontraban el Once Caldas S.A. y LICALFIS, la primera club deportivo de fútbol en el cual se trabajaba con el equipo de divisiones menores (adolescentes y jóvenes) y la escuela de formación (niños y adolescentes), a través de intervenciones enfocadas a la prevención y manejo de lesiones deportivas, en esta institución se desarrollaban además intervenciones de educación en salud para los acudientes de la población objeto; en la segunda como Liga de carácter deportivo que convoca a las personas con discapacidad, se desarrollaron acciones para favorecer la práctica deportiva de adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad.

En el escenario no clínico laboral, como espacio destinado a la comprensión, análisis, interpretación, argumentación y desa-

rollo de propuestas de intervención del movimiento corporal humano en relación con el proceso de salud - enfermedad en situaciones de trabajo, las prácticas formativas durante los años incluidos en la investigación se enfocaron solamente a la realización de pausas activas como factor protector para los trabajadores de la Clínica Versalles.

Desde lo sociodemográfico se observó, que la población que en mayor proporción se atiende en el municipio de Manizales proviene del área urbana, en el período comprendido entre 2006 y 2011, con porcentajes entre el 95,8% y 98%. Con respecto al régimen de seguridad social en salud, en igual periodo de tiempo, se encontró una mayor proporción de usuarios pertenecientes al régimen contributivo (54,9% y 59,2%), seguido por el régimen subsidiado (entre 31,4% y 41%), y en último lugar, por las personas pobres no afiliadas (entre 0,30% y 7,3%). En cuanto al sexo, la población predominante en la atención entre 2006 y 2011, correspondió al género masculino (57% a 64,4%), seguida por el femenino (35,6% a 41,8%).

Acorde con los resultados de la investigación como se evidencia en la **figura 1**, entre los años 2006 y 2011 el mayor porcentaje de personas intervenidas pertenecen a los grupos de inicio y final del ciclo vital, es decir niños y adultos mayores.

Con respecto a la población atendida de la ciudad de Manizales, y con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, la categoría de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo tiene la más alta proporción con un 15,9%, seguido de la categoría no aplica establecida para las actividades de promoción de la salud y protección específica con 15,3%, traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 14,3%, enfermedades del sistema respiratorio 12,9%, trastornos mentales y del comportamiento 11,8%, y enfermedades del sistema circulatorio y nervioso con 9,9 y 6,9% respectivamente.

De forma particular, en las instituciones de carácter clínico se observó que: En el Hospital Geriátrico San Isidro, las actividades más representativas están centradas en las categorías del sistema

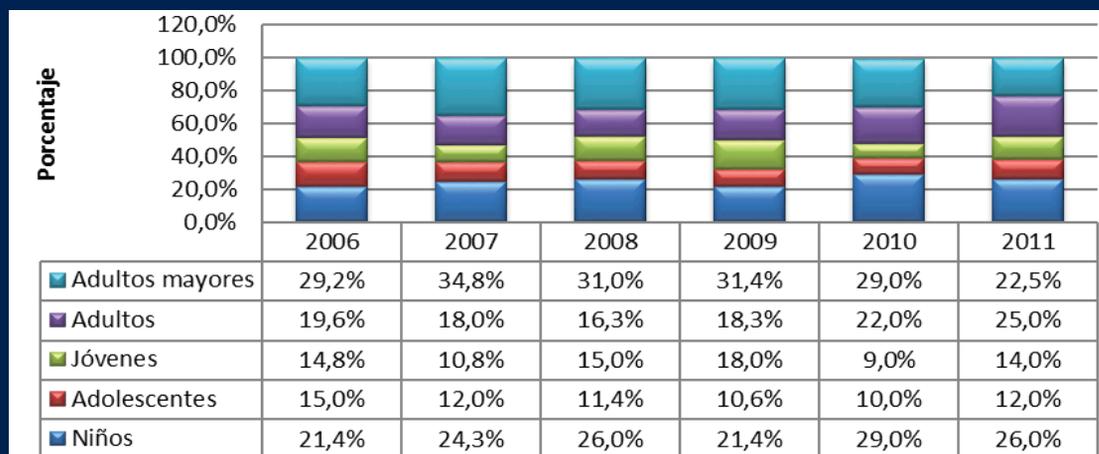


Figura 1. Distribución de la población de Manizales intervenida según grupo poblacional y años.

respiratorio con un total de 230 registros, seguidas de enfermedades del sistema circulatorio con 194, sistema nervioso con 44, enfermedades mentales y del comportamiento con 43 y enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 28 registros.

Por su parte, el Hospital Departamental Santa Sofía, dentro de las categorías más representativas se encuentra en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio con 658 reportes, seguido de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con 223, causa externa de morbimortalidad 148, enfermedades del sistema nervioso 89, enfermedades infecciosas y parasitarias 82, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 81, enfermedades del sistema respiratorio 76 y tumores 48.

En el Hospital Infantil se evidencia como encabezan el listado, los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas con 674 registros, seguido de enfermedades del sistema respiratorio con 122, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 120, enfermedades del sistema nervioso 117, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 85, trastornos mentales y del comportamiento con 43, enfermedades del sistema digestivo 27, malformaciones congénitas 22, enfermedades infecciosas y parasitarias 19 y tumores con 15 registros. Es importante tener en cuenta que dentro de la categoría de traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas, se encuentran involucrados los diagnósticos de quemadura, y que debido a que el Hospital Infantil era un importante centro receptor de éstos casos a nivel del Eje Cafetero y el Tolima, se encuentra la marcada diferencia en el número de registros entre ésta categoría y la que le sigue inmediatamente, con un resultado de 674 y 122 casos reportados respectivamente.

En la IPS UAM® también encabeza la categoría de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 307 casos, seguido de enfermedades del sistema digestivo con 150, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas 144, enfermedades del sistema nervioso y circulatorio con 75 y 35 registros respectivamente, trastornos mentales y del comportamiento con 20 y malformaciones congénitas y causas externas de morbimortalidad con 10 casos para cada uno.

En la Clínica Rita Arango Álvarez del Pino, inicialmente se atendían los diagnósticos incluidos en la categoría de enfermedades del sistema respiratorio con 382 registros, seguido de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con 324, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 175, enfermedades del sistema circulatorio, sistema nervioso y sistema digestivo con 82, 45 y 39 respectivamente, tumores 28, enfermedades infecciosas y parasitarias 21 finalizando con síntomas, signos y hallazgos anormales no clasificados con 12 registros.

En la clínica Versailles, inicialmente se encuentra la categoría de enfermedades del sistema respiratorio y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 90 y 84 casos para cada uno, enfermedades del sistema circulatorio 45, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa 26, enfermedades del sistema nervioso y sistema digestivo con 25 y 16 registros para cada uno.

Finalmente para el Hospital de Caldas, en primer lugar se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio con 147 reportes, seguidas de causas externas de morbimortalidad con 13, enfermedades del sistema circulatorio y traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas con 10 reportes para cada uno, enfermedades del sistema digestivo 6, enfermedades del sistema nervioso 4, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 3, finalizando con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con dos reportes.

Con respecto a las instituciones no clínicas, se observó que: En el Once Caldas, las actividades de promoción de la salud y protección específica son un componente importante, las cuales se evidencian en la alta proporción de población sana intervenida, con 538 registros, seguido de actividades de tipo terapéutico debido a alteraciones del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 415 registros, traumatismos y otras causas externas con 94, causa externa de morbimortalidad con 14 seguido de enfermedades del sistema nervioso y circulatorio con 13 registros para ambas, finalizando con enfermedades del sistema digestivo con 3 registros y un registro para enfermedades infecciosas, endocrinas, nutricionales y metabólicas.

En Licalfis, Liga Caldense de Limitados Físicos, fue una institución en la que se realizó la práctica formativa en los años 2006-2009, encontrando en primer lugar las enfermedades del sistema nervioso con 58 registros, seguido de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa con 21, enfermedades del sistema circulatorio 18, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo 5, finalizando con trastornos mentales y del comportamiento 2 casos.

Para el CEDER, la primera causa de interconsulta fue la categoría de trastornos mentales y del comportamiento con 610 registros, malformaciones congénitas 101, enfermedades del sistema nervioso 77, traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas 22 y enfermedades del sistema circulatorio con 13 registros.

En la Fundación IINES, se realizaron intervenciones en los años 2010 y 2011 en donde se atendían niños y adolescentes con discapacidad física y mental en donde en primer lugar se encontró la categoría de trastornos mentales y del comportamiento con 37 casos, enfermedades del sistema nervioso 17 y sistema circulatorio y malformaciones congénitas con 1 caso respectivamente.

Respecto a las variables de desempeño profesional, las cuales se enmarcan en nivel de prevención, campos de acción, escenario de actuación profesional y grupo poblacional, los resultados se contextualizan para cada institución objeto de análisis.

Como se observa en la **tabla 1**, de las 11 instituciones sede de práctica entre los años 2006 a 2011, 7 (64%) de ellas son instituciones del sector salud y por tanto pertenecen al escenario de actuación profesional clínico, las 4 (36%) restantes son instituciones de otros sectores como el educativo y deportivo que se incluyen como escenarios de actuación no clínicos.

Tabla 1. Relación entre instituciones sede de práctica y variables del desempeño profesional.

Variables de Desempeño Profesional				
Institución	Grupo poblacional	Acciones de prevención	Campo Acción	Escenario de actuación
Hospital Santa Sofía de Caldas	Jóvenes, adultos, adultos mayores	Secundaria	Terapéutica	Clínico
Hospital Infantil Universitario	Niños, adolescentes, jóvenes			
Clínica Versalles	Jóvenes, adultos, adultos mayores			
Hospital de Caldas	Adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores			
Clínica Rita Arango	Jóvenes, adultos, adultos mayores			
Hospital Geriátrico San Isidro	Adultos, adultos mayores			
IPS UAM®	Niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores			
CEDER	Niños, adolescentes, jóvenes, adultos	Terciaria	Rehabilitación	No clínico Educativo
IINES	Niños, adolescentes, jóvenes, adultos	Secundaria	Terapéutica	
LICALFIS	Adolescentes, jóvenes, adultos	Primaria	Promoción y Protección de la Salud	No clínico Deportivo
Once Caldas (Divisiones menores – Escuelas Deportivas)	Niños, adolescentes, jóvenes, adultos	Primaria y secundaria	Promoción y Protección de la Salud	

Por tanto, se identifica que la mayor parte de intervenciones se llevaron a cabo en instituciones de salud, donde se realizaron acciones de prevención secundaria enmarcadas en el campo de acción de la terapéutica y dando cobertura a todos los grupos poblacionales, aunque según los resultados la mayor proporción de usuarios atendidos corresponden a niños y adultos mayores.

Respecto a las instituciones de los otros dos sectores, específicamente en el educativo se resalta que solo en una de ellas se realizaron acciones de prevención terciaria enmarcadas en el campo de acción de rehabilitación. En cuanto a las instituciones del sector deportivo se desarrollaron acciones enmarcadas en los niveles de prevención primaria y secundaria que corresponden a los campos de acción de promoción de la salud y protección específica y de terapéutica. En estas instituciones, por el carácter de las mismas, la atención se enfocó a todos los grupos poblacionales exceptuando los adultos mayores.

DISCUSION

El contexto sociodemográfico y epidemiológico para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brinda la posibilidad de comprender la “distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con los procesos de salud-enfermedad en las poblaciones humanas (Andrighetti, 2011). Al respecto, en los procesos de intervención fisioterapéutica de las prácticas formativas ha sido prioridad responder a las demandas de ese contexto, para lo cual, según los resultados antes mencionados, se observa que en el Programa de Fisioterapia desde sus prácticas, la fuerza de la intervención fisioterapéutica está centrada principalmente en los grupos poblacionales de adultos mayores y niños, cuyo comportamiento es coherente con las tendencias demográficas

y epidemiológicas, propias de los países como Colombia, las cuales están ligadas al volumen y estructuras de las poblaciones, su organización socioeconómica y su capacidad para atender la enfermedad, en donde un cambio característico es la mayor robustez poblacional en los extremos de los grupos poblacionales y por la consiguiente variación en la presentación de las condiciones de salud.

Así las cosas, y como lo planteó Ghiso (2001), la sistematización de las prácticas formativas, permitieron la recuperación, ordenamiento y apropiación de la información resultante de los procesos de intervención fisioterapéutica para obtener una mirada reflexiva y contextual encaminada a la comprensión de las dinámicas propias de las prácticas y su interrelación con el entorno circundante a nivel municipal y regional, y como lo menciona dicho autor favorecer la proposición y adaptación de propuestas educativas y curriculares.

En éste sentido, es importante desde las Prácticas Formativas del Programa de Fisioterapia UAM®, garantizar que durante el proceso de formación, la interacción de los estudiantes en escenarios fisioterapéuticos clínicos y no clínicos, responda al desarrollo de toma de decisiones basado en el conocimiento real y oportuno de las características epidemiológicas de la población (Baquero y López, 2004) y sus diferentes condiciones de salud.

Es así como, para la población de Manizales, las intervenciones están enmarcadas primordialmente en las categorías de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, enfermedades del sistema circulatorio y sistema respiratorio, población sana y trastornos mentales y del comportamiento, dado por factores determinados, los cuales son abordados desde el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, en donde se especifica

cómo los perfiles epidemiológicos de acuerdo a la interacción entre factores demográficos, económicos y sociales de las regiones y del País, trae consigo una carga de morbilidad y mortalidad con características propias dadas por el proceso de transición demográfica y epidemiológica (Ministerio de Protección Social, 2013), propio de los países en vía de desarrollo.

Por ello, cobran cada vez mayor relevancia las enfermedades crónicas no transmisibles, pero de igual manera, aún se presentan condiciones causadas por enfermedades transmisibles, producto de las carencias sociales y las enfermedades emergentes y reemergentes que afectan las diferentes etapas del curso de vida, que no solo dependen de agentes infecciosos sino que se relacionan con aspectos como la exposición a contaminación ambiental, los cambios climáticos, estilos de vida, entre otros (Barahona et al, 2005).

Dentro del análisis por grandes grupos de carga de enfermedad, 76% de la morbilidad del País fue ocasionada por las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), el 15% a enfermedades trasmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, y el 9% asociada a lesiones de causa externa, lo cual también se ve reflejado en la caracterización de la población atendida dentro de la práctica formativa de la UAM®, evidenciándose que se responde a las demandas locales, y nacionales.

Sumado a lo anterior, toma fuerza la discusión respecto al desempeño profesional, donde se ponen juego los campos de acción para los profesionales de la salud, los niveles de prevención y las áreas de desempeño profesional que incluyen dominios o sistemas corporales, grupos poblacionales y escenarios de actuación.

Tomando como base el estudio sobre Caracterización de la Fisioterapia en Colombia (ASCOFI, 2010), en el cual, se describe el contexto ocupacional de la fisioterapia a nivel internacional y nacional, encontramos que acorde a la planteado por la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT siglas en inglés), la Asociación Americana de Fisioterapia (APTA siglas en inglés), la Asociación Canadiense de Fisioterapia (CPA siglas en inglés), y la Asociación Australiana de Fisioterapia (APA siglas en inglés).

Quienes han definido dos ámbitos profesionales para los fisioterapeutas, el clínico y el no clínico que incluyen lo educativo, laboral y deportivo, se evidencia que las instituciones sede de las prácticas formativas en el programa de fisioterapia, respondían entre los años 2006 a 2011 a los ámbitos de actuación profesional definidos a nivel internacional, en los cuales se ejecutan acciones en salud enfocadas a Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Habilitación, desarrolladas en Hospitales, Consulta externa, Centros de rehabilitación, Hogares geriátricos, Centros de educación, Colegios y jardines, Centros de salud corporativos, Industrias, Casas atléticas, Centros de fitness.

En el contexto del Proyecto Educativo del Programa de Fisioterapia de la UAM® - PEP (Universidad Autónoma de Manizales, 2010), los campos de acción en salud, han sido asumidos por la comunidad académica del programa de fisioterapia de la Universidad Autónoma de Manizales (2010), como espacios que permite la praxis social

de las profesiones, los cuales responden a problemas de la realidad con relación al hacer profesional, desde esta perspectiva, la Promoción de la salud y protección específica, en el marco de la prevención primaria, responde por un lado a la generación de ambientes, condiciones y estilos de vida saludables, que permitan mantener la capacidad motora y el buen desempeño del sujeto en las diferentes actividades motrices y por otro a la identificación, control y reducción de los factores de riesgo que ocasionan discapacidad; la Terapéutica, enmarcada en los procesos de prevención secundaria, valora las implicaciones funcionales de la enfermedad a nivel motriz y la intervención para el control de las mismas; la Rehabilitación, como parte de la prevención terciaria, responde a los procesos de readaptación de la persona con discapacidad a una vida independiente e inclusión social de la persona con discapacidad.

De otra parte, el programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario, con Martínez Matheus, Rodríguez y Cárdenas (2010) realizó un estudio en el que se presentó un análisis de indicadores de demanda por género, régimen de Seguridad Social en Salud, procedimiento y morbilidad de los Programas Académicos de Campo Integral Pediátrico, Integral de Adultos y Rehabilitación cardíaca y/o pulmonar, cuyos resultados desde lo sociodemográfico mostraron que el mayor número de usuarios pertenecía al régimen contributivo con un total del 70%; resultados similares a los reportados en la investigación de la UAM®. De igual manera, en ambos estudios se encontró que la mayor proporción de usuarios atendidos correspondió al género masculino.

Las intervenciones fisioterapéuticas se centraron especialmente en población del género masculino, pertenecientes al régimen contributivo, de procedencia urbana, y como grupo poblacional predominó la atención hacia adultos mayores y niños, siendo coherente con las tendencias de transición demográfica por las que atraviesan los países en vía de desarrollo, en donde aún persisten las enfermedades de tipo infeccioso en la población infantil y aumento en la presentación de enfermedades crónicas y discapacitantes en otros grupos.

Se evidencia que durante las prácticas formativas del programa, la mayor cantidad de personas intervenidas distribuidas según su condición de salud en las categorías del CIE 10, los procesos de intervención fisioterapéutica se enfocaron a traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias externas de morbimortalidad, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema nervioso, con base en esto, se puede inferir que el énfasis de las intervenciones se dio en los sistemas o dominios corporales a nivel musculoesquelético, cardiovascular y pulmonar y neuromuscular.

Respecto a los campos de acción, se concluye que los procesos de intervención fisioterapéutica en el marco de las prácticas formativas que se realizaron entre 2006 y 2011 tuvieron un énfasis mayor en instituciones de salud como escenarios clínicos, con acciones de prevención secundaria y desde la terapéutica como campo de acción que busca identificar, modificar, potenciar o mantener la condición de salud de los sujetos a partir del proceso de valoración, evaluación,

diagnóstico e intervención sobre las implicaciones funcionales en el movimiento corporal humano.

Las intervenciones enfocadas desde la prevención primaria y terciaria en los campos de acción de promoción de la salud y protección específica de la salud y la rehabilitación fueron pocas, puesto que de las instituciones incluidas como escenarios no clínicos específicamente la del sector educativo, solo en una de ellas se realizaron acciones de prevención terciaria enmarcadas en el campo de acción de rehabilitación, en cuanto a las instituciones del sector deportivo se desarrollaron acciones enmarcadas en los niveles de prevención primaria y secundaria que corresponden a los campos de acción de promoción de la salud y protección específica y de la terapéutica.

Teniendo la claridad de que el presente estudio no es epidemiológico, realizar investigaciones epidemiológicas relacionadas con los procesos de intervención fisioterapéutica, permitiría fundamentar la realización de actividades en salud pública y describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, como medio para monitorear

la salud de las poblaciones e identificar los problemas emergentes que causan las enfermedades, así como determinar la incorporación del conocimiento, los enfoques preventivos y marcadores de riesgo, para vigilar la aparición y los cambios en los patrones de las enfermedades, al igual que encontrar sus causas y dirigir el desarrollo de las intervenciones.

Es necesario garantizar el reconocimiento de las dinámicas y perfiles epidemiológicos propios de las instituciones, que permitan establecer realmente cómo un Programa de Fisioterapia, a través de sus prácticas formativas, puede responder a las necesidades y características propias de cada una, por medio del desarrollo de procesos de investigación en salud, alrededor de los perfiles y tendencias epidemiológicas. Insumos que podrían apoyar la ejecución posterior de una evaluación de la intervención fisioterapéutica en las prácticas formativas, que dé cuenta del impacto de las acciones desarrolladas y a su vez, sirva de insumo para la retroalimentación y proceso de toma de decisiones a nivel curricular, en investigación y en proyección social.

REFERENCIAS

- Andraghett. R. (Febrero, 2011). Curso OPS de Comunicación de Riesgo. *Enfermedades emergentes y reemergentes, factores condicionantes para la aparición de estas enfermedades y su prevención y control*. Organización Panamericana de la Salud.
- ASCOFI (2010). *Caracterización de la Profesión de Fisioterapia en Colombia*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Baquero, G. (2014). Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer entre las entidades neurológicas atendidas en Fisioterapia. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 13 (1), 80-86.
- Baquero, G. & López, O. (2004). El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la Fisioterapia en Colombia. *Salud Pública de México*, Carta al Editor. Doi: 10.1590/S0036-36342004000100001
- Barahona D., Guerrero M., Muñoz, C., Ortiz, F., Unubio, I., Velandia, Y. & Villamil, L. (2005). Características demográficas y epidemiológicas de la atención de afecciones respiratorias en un hospital de II nivel en Bogotá. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4781933.pdf>
- Berdegué, J., Ocampo, A & Escobar, G. (2004). *Sistematización de Experiencias Locales de Desarrollo Agrícola y Rural. Guías de Terreno*. Versión 3 Recuperado de <http://200.110.137.61/wp/wp-content/uploads/2010/02/guideterrenodesistematizacionfidamericapreval.pdf>
- Ghiso, A. (2001). *Sistematización de experiencias en educación popular*. Foro Los Contextos actuales de la Educación Popular. Fe y Alegría regionales. Medellín.
- Martínez Matheus, M., Rodríguez, L., & Cárdenas, C. (2007). Indicadores de gestión en los programas académicos de campo (PAC) del Programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(3), 7-18.
- Ministerio de Protección Social (2013). Plan Decenal de la Salud Pública 2012-2021: *La salud de Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- OMS (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10*. Decima Revisión. Ginebra.
- OMS (Mayo, 2007). *60 Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf
- Universidad Autónoma de Manizales - UAM. (2010). *Modelo de Práctica del Programa de Fisioterapia*. Manizales.
- Universidad Autónoma de Manizales, U. (2008). *Proyecto Educativo Institucional*. Manizales.
- Universidad Autónoma de Manizales. (2010). *Proyecto Educativo Programa de Fisioterapia - Campos de Acción de la profesión*. Manizales.