



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Carrera de Kinesiología

**IMPORTANCIA OTORGADA POR LOS KINESIÓLOGOS
DE VALPARAÍSO AL ÁREA DE COMPETENCIA SALUD
DEL DOCUMENTO “PERFIL OCUPACIONAL POR
COMPETENCIAS DEL KINESIÓLOGO”, ENTRE
AGOSTO Y OCTUBRE DEL 2009.**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA**

AUTORES: FELIPE FLORES MORALES
SEBASTIÁN GONZÁLEZ ASTELE
ANDRÉS RUBIO VARAS

PROFESOR GUÍA: PAMELA SOTO DROGUETT, Klg.
Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Valparaíso-Chile
2009



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Carrera de Kinesiología

**IMPORTANCIA OTORGADA POR LOS KINESIÓLOGOS
DE VALPARAÍSO AL ÁREA DE COMPETENCIA SALUD
DEL DOCUMENTO “PERFIL OCUPACIONAL POR
COMPETENCIAS DEL KINESIÓLOGO”, ENTRE
AGOSTO Y OCTUBRE DEL 2009.**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN KINESIOLOGÍA**

AUTORES: FELIPE FLORES MORALES
SEBASTIÁN GONZÁLEZ ASTELE
ANDRÉS RUBIO VARAS

PROFESOR GUÍA: PAMELA SOTO DROGUETT, Klg.
Carrera de Kinesiología
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

Valparaíso-Chile
2009

DEDICATORIA.

*A mis padres, gracias a sus esfuerzos y sacrificios estoy en este momento importante de mi vida.
A mis hermanos y a toda mi familia, recordando de manera muy especial a mi abuelita Pitta que siempre fue la más feliz y orgullosa por que estudiara esta carrera.
A mis amigos, Los Panteras y a todas aquellas personas que han sido importantes en mi vida y formación.*

Felipe

*A mis padres Osvaldo y Carmen y a mi hermana Rossio, por su infinita entrega de amor, ayuda y dedicación en todo momento de mi vida.
A mi gran amor Ornella, simplemente por ser tú...por alentarme día a día a resolver mis deberes y cumplir mis objetivos.
A mis queridos abuelitos, especialmente a mi abuelita Ema, que con su sabiduría y ternura han hecho de mí una mejor persona.
Y a todos mis grandes amigos y amigas que me han apoyado y acompañado en este largo proceso universitario.*

Sebastián

*A mis padres, por su inagotable fe en mí.
A Bernardita, mi compañera y mi soporte durante toda esta jornada.
A Catalina, mi alegría de todos los días.*

Andrés

AGRADECIMIENTOS.

Al finalizar nuestro seminario de tesis, queremos agradecer sinceramente:

- En primer lugar, a la kinesióloga Pamela Soto Droguett, quien como tutora nos guió, acompañó y animó en este proceso. Y con su experiencia y conocimiento de la profesión se convirtió en el complemento ideal para adentrarnos en el tema.

- A la profesora Lorena Villarroel, por la gran disposición mostrada a la hora de aconsejarnos sobre el rumbo de nuestra tesis y por las correcciones que nos ayudaron a dar con el enfoque necesario.

- A la kinesióloga Verónica Vargas, por orientarnos cuando más lo necesitábamos y facilitarnos valiosa información.

- A los kinesiólogos Leopoldo Galindo, Andrea Martínez y a la profesora Johana Soto, por su colaboración y disposición a responder nuestras dudas. Al profesor José Pascual, quien con mucha paciencia y voluntad nos dio los primeros indicios sobre estadística para realizar nuestro estudio.

- Al taller de estadística, quienes liderados por la doctora Mónica Catalán nos ayudaron y guiaron en la metodología y estadística de nuestra tesis.

- A todos los kinesiólogos encuestados, que gracias a su colaboración y buena disposición hicieron posible el desarrollo de este proyecto.

Y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera colaboraron y nos apoyaron durante este largo proceso de elaboración de nuestro seminario de tesis.

ÍNDICE.

	Páginas
1. Portada	i
2. Dedicatoria	ii
3. Agradecimientos	iii
4. Índice	iv
5. Índice de tablas	vii
6. Índice de figuras	viii
7. Abstract	x
8. Resumen	xi
9. Abreviaturas y/o siglas	xii
10. Introducción	1
11. Marco teórico	4
11.1. Estructura y actualidad de la Kinesiología	5
11.1.1. Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G.	9
11.2. Documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”	10
11.2.1. Metodología DACUM	12

11.3. Competencias laborales	13
11.3.1. Competencias laborales en salud	15
11.3.1.1. Realidad en Chile	16
11.4. La encuesta	17
12. Objetivos	20
12.1. Objetivo general	20
12.2. Objetivos específicos	20
13. Metodología	22
13.1. Insumos	22
13.2. Población	22
13.3. Muestra	23
13.3.1. Criterios de inclusión	23
13.3.2. Criterios de exclusión	24
13.4. Diseño	24
13.5. Instrumento de recolección de datos	25
13.5.1. Aplicación del instrumento	27
13.6. Análisis de datos	27
14. Resultados	35

14.1. Distribución de los kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según variable, año 2009.	35
14.2. Actividades más y menos importantes según variable, año 2009.	43
14.3. Actividades más y menos importantes en conjunto, año 2009.	52
15. Discusión	54
15.1. Información Complementaria	65
15.2. Limitaciones de la investigación	67
15.3. Proyecciones de la investigación	68
16. Conclusiones	70
17. Referencias	72
18. Anexos	79
18.1. Anexo 1	79
18.2. Anexo 2	80
18.3. Anexo 3	96
18.4. Anexo 4	97
18.5. Anexo 5	98

ÍNDICE DE TABLAS.

	Páginas
Tabla 1. Variables y su presentación, de la parte I de la encuesta.	26
Tabla 2. Variables y su clasificación utilizada para el análisis de datos.	29
Tabla 3. Escala de puntuación según de los niveles de importancia de las actividades, según Escala de Likert.	31
Tabla 4. Sistema de puntuación para establecer actividad más y menos importante.	32
Tabla 5. Puntaje ideal respecto al nivel de importancia, donde: Puntaje ideal= n (164) multiplicado por valor de nivel de importancia asignado.	33
Tabla 6. Rangos de puntaje para establecer niveles de importancia.	33
Tabla 7. Actividad más y menos importantes según variable, año 2009.	44

ÍNDICE DE FIGURAS.

	Páginas
Figura 1. Denominación de actividades por letra.	30
Figura 2. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según sexo, año 2009.	36
Figura 3. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según rangos de edad, año 2009.	37
Figura 4. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según área kinésica, año 2009.	38
Figura 5. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según área kinésica Otras, año 2009.	39
Figura 6. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según sector laboral de trabajo, año 2009.	40
Figura 7. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según años de experiencia laboral, año 2009.	41
Figura 8. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según Establecimiento educacional de egreso, año 2009.	42
Figura 9. Actividad más y menos importante según sexo, año 2009.	45
Figura 10. Actividad más y menos importante según rango de edad, año 2009.	46
Figura 11. Actividad más y menos importante según área kinésica.	

año 2009.	48
Figura 12. Actividad más y menos importante según sector laboral. año 2009.	49
Figura 13. Actividad más y menos importante según rango de años de experiencia laboral, año 2009.	50
Figura 14. Actividad más y menos importante según establecimiento educacional de egreso otorgador del título de Kinesiólogo, año 2009.	52
Figura 15. Actividad más y menos importante en conjunto (incluyendo todas las variables), año 2009.	53

1. ABSTRACT.

This is a descriptive and exploratory study, which aims to determine the level of importance than the collegial kinesiologists of Valparaíso province attach to the activities of the health competition area established by the document "Occupational Profile for Kinesiologist Competencies" of the College of Kinesiologists of Chile AG. **Method:** Was designed a survey that was submitted to a pilot test and later applied to a sample of 164 collegial kinesiologists of Valparaiso province, between the months of August and October of 2009, which were asked to give a level of importance to 25 activities of the health competition area extracted of the document "Occupational Profile for Kinesiologist Competencies". **Results:** The activities related to assessment and presentation of objectives of physiotherapy treatment were considered as most important, while those related to assessment and intervention in the patient interaction with their environment were seen as less important. Also, all the activities analyzed were considered important and very important, reflecting a concordance with the thought of the College of Kinesiologists of Chile, following the ideological guideline of international institutions of kinesiology in relation to standards for the practice of profession and its standardization.

Key words: kinesiologist, kinesiology, physiotherapist, physiotherapy, kinesics activities, competence, occupational profile, survey, College of Kinesiologists of Chile, World Confederation for Physical Therapy (WCPT).

2. RESUMEN.

El presente estudio es de carácter descriptivo y exploratorio, el cual tiene por objetivo determinar el nivel de importancia que los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso le otorgan a las actividades del área de competencia salud, establecidas por el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo” del Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G.. **Método:** Se elaboró una encuesta que fue sometida a una prueba piloto y posteriormente aplicada a una muestra de 164 kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso, entre los meses de Agosto y Octubre del 2009, a los cuales se les solicitó otorgar un nivel de importancia a 25 actividades kinésicas del área de competencia salud extraídas del documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo” . **Resultados:** Las actividades relacionadas con la evaluación y planteamiento de objetivos de tratamiento kinésico fueron consideradas como las más importantes, mientras que aquellas relacionadas con la valoración e intervención en la interacción del paciente con su medio ambiente fueron consideradas como las menos importantes. Asimismo, la totalidad de las actividades analizadas fueron consideradas importantes y muy importantes, lo que refleja una concordancia con el pensamiento del Colegio de Kinesiólogos de Chile siguiendo el lineamiento ideológico de las instituciones internacionales de la Kinesiología en relación a las normas para la práctica de la profesión y su estandarización.

Palabras clave: kinesiólogo, kinesiología, fisioterapeuta, fisioterapia, actividades kinésicas, competencia, perfil ocupacional, encuesta, Colegio de Kinesiólogos de Chile, Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT).

3. ABREVIATURAS Y/O SIGLAS.

A.G.: Asociación gremial.

A. Más I.: Actividad más importante.

A. Menos I.: Actividad menos importante.

CINTERFOR: Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional.

CLADEFK: Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología.

CLAFK: Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología.

DACUM: *Developing a Curriculum*.

DENAKE: Departamento Nacional de Acreditación de Especialidades en Kinesiología.

Ej.: Ejemplo.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile.

PUCV: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Rehab.: Rehabilitación.

UA: Universidad de Antofagasta.

UCH: Universidad de Chile.

UCM: Universidad Católica del Maule.

UPLA: Universidad de Playa Ancha.

WCPT: *World Confederation for Physical Therapy* (Confederación Mundial de Terapia Física).

10. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, diversas entidades representativas de la kinesiología alrededor del mundo establecen dentro de sus principios y objetivos la idea de promover la profesión, fortalecer la actividad gremial y fomentar el continuo aprendizaje en favor de la formación profesional y, por consiguiente, del mejoramiento de la salud a nivel mundial^{1, 2, 3}. A nivel latinoamericano, el Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología (CLADEFK) se adhiere a este pensamiento y manifiesta su interés por establecer un diagnóstico referente a la formación académica de los profesionales fisioterapeutas/kinesiólogos de la región⁴. De esta manera, propone realizar una caracterización del perfil ocupacional de los kinesiólogos de cada país para identificar las prioridades de intervención profesional del kinesiólogo dentro de un contexto sanitario regional⁵.

En nuestro país y en concordancia a las políticas anteriormente expuestas, el Colegio de Kinesiólogos, entre los años 2003 y 2005, conforma una comisión de competencias para elaborar el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo” (Anexo 1), en trabajo

conjunto con el Ministerio de Salud y diversos Colegios Profesionales del área de la Salud de Chile, con el objeto de entregar una perspectiva global del perfil ocupacional por competencias del profesional kinesiólogo de Chile, utilizando la metodología DACUM para desarrollar este análisis ocupacional por competencias⁶.

“En la actualidad, en América y en Chile existen distintas metodologías para levantar competencias relacionadas al área de la salud, pero lamentablemente aún no se cuenta con un instrumento versátil y estandarizado para la programación y ejecución de programas y proyectos educativos que utilicen el enfoque de competencias. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en trabajo conjunto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con el Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (CINTERFOR), buscan elaborar un instrumento que se generalice en todos los servicios de salud, instituciones educativas y responsables de la educación en salud en la región. Esto, para que sea desarrollado por las instituciones que se ocupan de la formación técnica y profesional de sus estudiantes y trabajadores, así

como también del personal activo en los servicios de salud, entre ellos, el kinesiólogo”¹.

Para ayudar al desarrollo y beneficio de los proyectos formativos profesionales de la región que señala la corriente internacional sobre la perfección y mejoramiento de la kinesiología, este estudio pretende, mediante la aplicación y análisis de una encuesta, complementar la información descrita por el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo” entregando una información clara y detallada de las opiniones que tienen los profesionales de la Kinesiología laboralmente activos de la provincia de Valparaíso respecto a las actividades propias del kinesiólogo en Chile, durante los meses de Agosto y Octubre del año 2009.

¹ Entrevista realizada a Claudia Mansilla E., Jefe de Proyectos, Centro de Innovación en Capital Humano, Fundación Chile. 2009

11. MARCO TEÓRICO.

Los primeros antecedentes del uso de medios físicos con fines curativos se remontan al año 1100 a.c., pero no sería hasta mediados del siglo XX que dos hechos resultarían fundamentales para la instauración de la terapia física como parte esencial de la rehabilitación de la salud en las personas: la segunda guerra mundial en la década de los '40, y la epidemia de poliomielitis en los años '50, generando un aumento en la demanda de fisioterapeutas sin precedentes^{7,8}.

Los crecientes avances en las áreas de conocimiento de la medicina y la gran cantidad de resultados positivos de la práctica rehabilitadora han logrado posicionar a la terapia física como un complemento importante de la medicina tradicional, siendo adoptada como parte fundamental del equipo multidisciplinario de salud en la mayoría de los países del mundo. Respondiendo a esta realidad, existen diferentes acepciones para esta disciplina: en lugares como España, América Latina e Inglaterra se conoce con el nombre de Fisioterapia, definida como la utilización de métodos físicos para promover, mantener y restaurar salud física, psicológica y bienestar social, teniendo en cuenta las variaciones en el estado de salud^{9,10}.

Por otro lado, en Estados Unidos de Norteamérica el concepto es el mismo que en el resto del mundo sólo que es llamado de manera diferente: *Physical Therapy*, mientras que en Canadá y Chile la terapia física es conocida como Kinesiología.

Esta particular variabilidad de términos respecto a un mismo concepto se asocia también a la existencia de múltiples organizaciones que buscan mantener a esta área del conocimiento de la salud unida, con la colaboración de todos sus miembros y representantes bajo un mismo precepto.

11.1. Estructura y Actualidad de la Kinesiología.

La Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) es una confederación sin fines de lucro fundada en el año 1951 en Copenhague, Dinamarca, que congrega a las asociaciones nacionales de terapia física de 101 países y representa a los más de 300.000 fisioterapeutas alrededor del orbe^{1, 11}. Está organizada en 5 regiones (África, Asia y Pacífico Occidental, Europa, América del Norte – Caribe y América del Sur) y su objetivo principal es promover la profesión y mejorar la salud mundial; incentivando

la educación, práctica e investigación profesional apoyando así al intercambio cultural y científico entre los países miembros, dentro los cuales se encuentra Chile desde el año 1967^{12, 13}.

El trabajo realizado por la WCPT, en conjunto con la ONU y la OMS, ha derivado en un sinnúmero de contribuciones para el progreso y globalización de la profesión. Así, se han desarrollado diversos programas y estatutos que proporcionan de guías normativas y políticas convenidas para estandarizar la educación y la correcta práctica del kinesiólogo¹². Un ejemplo de esto lo representa la elaboración y documentación de las Declaraciones de Posición (*Position Statement*) establecidas por la WCPT, en donde se especifican una serie de normas acordadas para la práctica de la terapia física, sentando de esta manera las bases para la evaluación del profesional y declarando el rendimiento y condiciones que se espera cumplan los terapeutas físicos para proporcionar una atención de calidad, precisando en áreas tales como: administración y gestión de la práctica, comunicación, responsabilidad comunitaria, competencia cultural, documentación, educación, comportamiento ético, consentimiento informado, legalidad, cuidados y manejo de pacientes, desarrollo

profesional, garantía de calidad, investigación y personal de apoyo (Anexo 2). Si bien estos estatutos representan las políticas de todos los países miembros, la WCPT establece que estos deben ser desarrollados por cada país de forma individual para adaptarse a sus circunstancias sociales, políticas y económicas locales¹⁴.

El creciente pensamiento que refiere el desarrollo y progreso de la kinesiología a nivel mundial hace necesario que cada región se organice y trabaje de manera articulada para representar a una comunidad de países con realidades similares y objetivos afines. Es en este contexto que en Latinoamérica se crea la Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología (CLAFK), institución autónoma y sin finalidad de lucro que agrupa y representa a las organizaciones nacionales de kinesiología de América Latina, fortaleciendo las organizaciones gremiales y promoviendo el intercambio cultural, académico y clínico de la profesión¹⁵. Fundada en la ciudad de Santiago de Chile el 19 de Noviembre de 1967, actualmente está integrada por asociaciones, confederaciones, federaciones, sociedades o colegios de fisioterapia o kinesiología de once países de América Latina

(Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Paraguay, Uruguay, y Venezuela)⁴.

La permanente preocupación por la formación profesional de los fisioterapeutas de la región se materializa en el año 1996 con la creación del Centro Latinoamericano de Desarrollo en Fisioterapia y Kinesiología (CLADEFK), el cual opera bajo la figura de redes integradas de académicos e investigadores, encargadas de adelantar, trabajar e innovar en proyectos estratégicos de investigación para desarrollar una garantía de calidad, vigencia e impacto de la profesión, favoreciendo así el desarrollo científico y tecnológico de la kinesiología en América Latina^{16,17}. En consecuencia, la CLADEFK propone en su plan de acción, entre julio del 2008 y julio del 2012, una serie de estrategias orientadas al desarrollo regional de la kinesiología otorgándole gran énfasis a los procesos de formación educacional de profesionales teórico-prácticos, realizando una caracterización del perfil ocupacional de los kinesiólogos de cada país perteneciente a esta entidad, para de esta manera lograr identificar las prioridades de intervención profesional en un contexto sanitario regional de América Latina⁵.

11.1.1. Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G.

La organización gremial de la kinesiología en Chile tiene sus inicios en el año 1941 con la creación de la Asociación de Kinesiólogos de la Universidad de Chile, pero es el 06 de mayo de 1969 cuando esta asociación pasa a llamarse Colegio de Kinesiólogos de Chile; por este motivo es que en esta fecha se celebre en nuestro país el día del Kinesiólogo¹⁸. Posteriormente, gracias a la Ley 3.621 de 1981, el Colegio pasa a llamarse Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G., nombre por el cual se le conoce actualmente^{18, 19}. De esta forma, al igual que las entidades internacionales, el Colegio tiene por objeto principal promover la racionalización, desarrollo, protección, progreso, prestigio y prerrogativas de la kinesiología²⁰. Asimismo, pretende establecer políticas y estrategias para cumplir con sus objetivos, velando siempre por el correcto ejercicio de la profesión y bienestar de sus miembros y representarles²¹.

Por la necesidad de contar con profesionales kinesiólogos proactivos y mejor preparados para enfrentar el avanzado nivel tecnológico-científico actual, en el año 2004 el Colegio crea el Departamento Nacional de Acreditación de Especialidades en Kinesiología (DENAKE), organismo de

certificación que pretende organizar la información de los especialistas y crear mecanismos para fortalecer e incentivar la creación de programas académicos de especialidades en las universidades y con ello responder a la necesidad de formación continua de los profesionales en el contexto de la reforma de salud^{22, 23}. En Chile son siete las especialidades acreditadas por el DENAKE (Kinesiología en Traumatología y Ortopedia; Kinesiología Respiratoria; Kinesiología Intensiva; Neurokinesiología; Kinesiología en Geriátrica y Gerontología; Kinesiología en Quemados y Cirugía Plástica Reconstructiva y Kinesiología en Cardiología y Cirugía Cardiovascular), y para que un kinesiólogo sea acreditado como especialista, deberá poseer un mínimo de 560 puntos de acuerdo a un sistema de puntuación establecido²⁴ (ANEXO 3).

11.2. Documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”.

Entre los años 2003 y 2005, en respuesta a las políticas mundiales y por la necesidad de contar con un instrumento marco de referencia para la definición del perfil ocupacional de las profesiones de la salud de Chile, la comisión de competencias del Colegio de Kinesiólogos, junto al Ministerio

de Salud y diversos colegios profesionales del área de la salud (Matronas, Nutricionistas, Dentistas, Kinesiólogos, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Tecnólogos Médicos, Protesistas y Ortesistas, Psicólogos, Enfermeras y Técnicos Paramédicos), elaboran el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”. Este documento pretende establecer las estrategias actuales de intervención kinésica, involucrando una serie de conocimientos, bases teóricas, métodos y habilidades comunes a un grupo humano organizado, constituyendo una base de requisitos para el óptimo desempeño de la profesión y reflejando en gran parte la realidad actual de los diversos ámbitos de desempeño de la Kinesiología en Chile⁶. Además, se describen distintas áreas de competencia del kinesiólogo, cada una con funciones determinadas y cada función con tareas respectivas, las que a su vez poseen actividades específicas. La terminología utilizada por este documento para definir estos conceptos es la siguiente:

- Área de competencias: Grandes categorías o ámbitos de desempeño profesional que definen en su conjunto el quehacer profesional. En el documento se señalan 5 áreas de competencias: Salud, Salud Ocupacional,

Educación, Gestión – Administración e Investigación Científica y Tecnológica.

- Funciones: Conjunto arbitrario de tareas de una misma naturaleza, involucrada en cada una de las áreas de competencia.

- Tareas: Acciones que en conjunto lograrán las funciones. Se expresan en infinitivo.

- Actividades: Niveles de mayor desagregación de una tarea. Se refiere a los pasos lógicos que se consideran necesarios para la realización de cada una de las tareas.

La metodología aplicada en la elaboración de dicho documento es la denominada DACUM (*Developing a Curriculum*)⁶.

11.2.1. Metodología DACUM.

La metodología DACUM es una técnica que tiene por objetivo analizar los puestos de trabajo y las tareas específicas de una profesión para definir un currículo de formación²⁵. En la actualidad, este método es

comúnmente utilizado para establecer las competencias de una ocupación o profesión determinada a través de un análisis ocupacional de competencias laborales, el cual se define como un proceso de identificación a través de la observación, entrevista y estudio de las actividades y requisitos del trabajador y de los factores técnicos y ambientales de su ocupación, que en su conjunto representan los requisitos para la ejecución satisfactoria de la ocupación estudiada^{26, 27}.

11.3. Competencias Laborales.

La palabra competencia proviene del latín *competentia*, y se define como la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado²⁸. Por su lado, competencia laboral refiere la capacidad para desempeñar una función productiva en diferentes contextos, de acuerdo a requerimientos de calidad del sector productivo²⁹. Ducci, miembro de la OIT, las define como la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no solo a través de la instrucción, sino también, y en gran medida, mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones

concretas de trabajo³⁰. Chile, por su lado, entiende por competencia laboral a las aptitudes, conocimientos y destrezas necesarias para cumplir exitosamente las actividades que componen una función laboral, según estándares definidos por el sector productivo³¹. Como se puede observar, para las competencias laborales existen múltiples y variadas aproximaciones conceptuales y definiciones, pero siempre se reconocen como una capacidad real y demostrada y no como una probabilidad de éxito en la ejecución de un trabajo³².

Las competencias laborales abarcan los conocimientos (saber), actitudes (saber ser) y habilidades (saber hacer) de un individuo. Así, una persona es competente cuando: sabe movilizar recursos personales (conocimientos, habilidades, actitudes) y del entorno (tecnología, organización, otros) para responder a situaciones complejas; y cuando realiza actividades según criterios de éxito explícitos y logrando los resultados esperados³³.

11.3.1. Competencias laborales en Salud.

Se definen como un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que un profesional de la salud desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias. Asimismo, la identificación de las mismas permite que la sociedad y sus instituciones conozcan con mayor claridad lo que saben hacer los profesionales de la salud, favoreciendo su desarrollo y la creación de oportunidades de trabajo³⁴.

Las distintas disciplinas del área de la salud presentan competencias nucleares que debe poseer todo profesional, independientemente del ámbito donde desempeñe su actividad profesional y de la actividad que desarrolle; sin embargo, estas han realizado esfuerzos por desarrollar estudios que diferencien sus competencias de las otras profesiones, creando metodologías para renovar los planes de estudio y establecer perfiles de competencias profesionales y académicas, reformulando objetivos de formación curricular e instaurando diversos métodos de enseñanza/aprendizaje y evaluación de los estudiantes^{34, 35, 36}.

En el ámbito de la salud existe un tipo particular de competencias que no existe en otra área profesional: las competencias clínicas. Estas tratan de armonizar los conocimientos con las habilidades y con las actitudes para llegar a ser habilitado y reconocido como un buen profesional. Sólo el que ha adquirido las competencias clínicas apropiadas junto a los conocimientos precisos, puede ser considerado como un profesional capacitado para ejercer su profesión³⁷.

11.3.1.1. Realidad en Chile.

“En Chile, las entidades impulsoras en instaurar un modelo de competencias en los sectores productivos son Fundación Chile y Chile Califica, las cuales han intentado unir diferentes instituciones públicas de salud para contar con un catálogo de competencias del sector; sin embargo estos esfuerzos no han logrado consolidarse. Para ilustrar esto, en el año 2007 se generó una propuesta de trabajo entre tres hospitales pediátricos de la Región Metropolitana, la cual fue firmada por los respectivos directores de los centros, pero lamentablemente por presupuesto y contingencias del momento no se realizó. Ha sido difícil que este sector (salud) se organice

para así poder generar un esfuerzo único. No obstante, la experiencia sobre levantamiento de competencias en el sector salud en nuestro país no ha sido del todo desfavorable. Actualmente existen experiencias de distintas instituciones de salud que han definido las competencias de sus trabajadores dentro de la necesidad de la empresa de implementar un sistema de gestión de Recursos Humanos basado en competencias. Algunas de las Instituciones son: Clínica Santa María, Asociación Chilena de Seguridad y Servicio Médico de Codelco (División Codelco Norte) y El Salvador. Las dos primeras Instituciones han levantado, diagnosticado y elaborado un plan de capacitación en base a competencias de los trabajadores que mantienen contacto con el paciente, entre ellos el kinesiólogo².

11.4. La Encuesta.

En la investigación descriptiva, tipo de estudio comúnmente utilizado en ciencias del comportamiento, el método más frecuente es la encuesta en donde el investigador pretende determinar prácticas actuales (u opiniones) de una población concreta³⁸.

² Entrevista realizada a Claudia Mansilla E., Jefe de Proyectos, Centro de Innovación en Capital Humano, Fundación Chile. 2009

La encuesta utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de una población o universo más amplio del cual se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características³⁹. Esta técnica representa una herramienta muy útil a la hora de realizar trabajos en grandes poblaciones, pues permite obtener y elaborar los datos recolectados de una manera rápida y eficaz. Esta posibilidad de aplicación masiva, junto a la diversidad de temas que puede abarcar, refleja una gran ventaja para su uso en trabajos relacionados con el área sanitaria, logrando extrapolar la información obtenida hacia comunidades enteras⁴⁰.

Cualquiera sea la encuesta que se utilice como instrumento de investigación, debe seguir un correcto diseño para un óptimo funcionamiento⁴⁰. En la planificación de una encuesta el instrumento más utilizado es el cuestionario, el cual representa el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta^{40, 41}. En el proceso de diseño del cuestionario se debe tener especial cuidado en el tipo y redacción de las preguntas, así como también en el orden y en la extensión del mismo^{40, 42}. Una vez redactadas y

adecuadamente situadas las preguntas, se lleva a cabo una prueba piloto o pre-test para finalmente lograr un formato aplicable y definitivo del cuestionario^{40, 42}.

12. OBJETIVOS.

9.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de importancia que le otorgan los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso a las actividades del área de competencia salud del kinesiólogo, establecidas por el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”.

9.2. Objetivos Específicos.

1. Analizar las actividades del área de competencia salud del kinesiólogo, establecidas por el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”.
2. Complementar las actividades del área de competencia salud del kinesiólogo con su tarea y subdivisión correspondientes.
3. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según sexo.

4. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según edad.
5. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según área laboral.
6. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según sector laboral.
7. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según años de experiencia laboral.
8. Describir la distribución de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso según establecimiento educacional de egreso otorgador del título de Kinesiólogo.
9. Caracterizar el nivel de importancia que le otorgan los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso a las actividades kinésicas del área de competencia salud, establecidas por el documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”.

13. METODOLOGÍA.

13.1. Insumos.

- Una resma de papel tamaño carta.
- Un cartucho de tinta color negro para impresora Epson Stylus C-79.
- Tres lápices pasta.
- Tres documentos certificadores de la legitimidad de la situación académica de los alumnos tesistas, elaborados por la dirección de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Valparaíso (ANEXO 4).

13.2. Población.

La población que abarca este estudio (N=279) corresponde a los kinesiólogos que aparecen en la nómina del Colegio Regional Valparaíso – Aconcagua de diciembre del 2008, y cuyo domicilio personal y/o profesional pertenezca a la provincia de Valparaíso, la cual incluye a las siguientes comunas: Valparaíso, Casablanca, Concón, Juan Fernández, Puchuncaví, Quilpué, Quintero, Villa Alemana y Viña del Mar^{43, 44}.

13.3 Muestra.

Para obtener una muestra representativa se utilizó un muestreo por proporción de 0.5, con un 95% de confianza, resultando $n=164$. Luego, los individuos se eligieron por selección aleatoria. Posteriormente, se confeccionó una lista de espera con los individuos restantes, también seleccionados aleatoriamente.

13.3.1. Criterios de inclusión.

- Kinesiólogos pertenecientes al Colegio de Kinesiólogos de Chile A. G., tanto habilitados como no habilitados.
- Kinesiólogos que aparezcan en la nómina del Colegio Regional Valparaíso – Aconcagua de diciembre del 2008.
- Kinesiólogos cuyos domicilios personales y/o profesionales pertenezcan a la provincia de Valparaíso, según la nómina del Colegio Regional Valparaíso – Aconcagua de diciembre del 2008.

13.3.2 Criterios de exclusión.

- Kinesiólogos fallecidos.
- Kinesiólogos que no ejerzan la profesión.
- Kinesiólogos que se encuentren fuera de la región al momento de la aplicación de la encuesta.
- Kinesiólogos que se rehúsen a contestar la encuesta.
- Kinesiólogos que no se hayan podido contactar por poseer información de localización insuficiente de los mismos.

13.4 Diseño.

El diseño del presente estudio es Descriptivo y Exploratorio⁴⁴.

Para lograr los objetivos planteados, este estudio se basa en la información contenida en el documento del Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G. “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”, el cual desarrolla una matriz consolidada que describe distintas áreas de competencia del kinesiólogo, cada una con funciones determinadas, cada función presenta tareas respectivas y cada tarea posee actividades

específicas, las que se subdividen dependiendo de la actividad. En primer lugar, se decidió trabajar con las actividades del área de competencia salud. Luego, se analizaron las 24 actividades correspondientes a esta área y, en ocasiones para facilitar su comprensión, se complementaron con su tarea y subdivisiones correspondientes, dando como resultado un total de 25 actividades.

13.5. Instrumento de Recolección de Datos.

Para recolectar la información a estudiar fue necesaria la elaboración de un instrumento, el cual corresponde en una encuesta escrita constituida de dos partes (Anexo 5). En la primera, se presentan distintos ítems con una serie de variables tales como: Sexo; Edad; Área Kinésica, que corresponde al área de ejercicio profesional propia de la kinesiología; Sector Laboral, se refiere al nivel de atención de salud en donde el profesional kinesiólogo se puede desempeñar laboralmente; Años de Experiencia Laboral como profesional kinesiólogo y Establecimiento Educativo de Egreso de la carrera de kinesiología, refiriéndose a la universidad que le otorga el título de Kinesiólogo al encuestado (Tabla 1). En la segunda parte, los individuos

encuestados debieron clasificar numéricamente del 1 al 5 cada actividad mencionada, según su juicio, en: Muy Importante (5), Importante (4), Indiferente o Regularmente Importante (3), Poco Importante (2) y Sin Importancia (1).

Tabla 1. Variables y su presentación, de la parte I de la encuesta.

VARIABLE	PRESENTACIÓN
Sexo	M (Masculino) F (Femenino)
Edad	Pregunta abierta
Área Kinésica	Pregunta abierta
Sector Laboral	Atención pública primaria Atención pública terciaria Atención privada Ejercicio libre de la profesión Otras: (<i>pregunta abierta</i>)
Años de Experiencia Laboral	Pregunta abierta
Establecimiento Educativo de Egreso	Pregunta abierta

Fuente: Elaboración propia

13.5.1. Aplicación del instrumento.

La encuesta elaborada fue sometida a una prueba piloto a 25 kinesiólogos de la región de Valparaíso durante el mes de julio del 2009. Luego del pilotaje, la aplicación final de la encuesta a los individuos seleccionados de la muestra se realizó entre los meses de Agosto y Octubre del 2009. Para contactar a los kinesiólogos elegidos se utilizaron diferentes vías (telefónica, entrevista en el lugar de trabajo del encuestado y vía e-mail), instancia que se aprovechó también para entregar información sobre la encuesta y explicar, entre otras cosas, la idea y los motivos del estudio. La entrega de la encuesta se realizó esencialmente de forma presencial entre el(los) alumno(s) encuestador(es) y el kinesiólogo seleccionado, y en casos especiales requeridos por el encuestado, vía correo electrónico. En todos los casos la encuesta fue respondida de manera auto-administrada, y las dudas suscitadas, contestadas por los alumnos tesistas.

13.6. Análisis de Datos.

Para efectos del análisis de datos de este estudio, y de acuerdo a los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento, las variables utilizadas en la encuesta se organizaron tomando en consideración el comportamiento de las respuestas. Por un lado, se crearon grupos de acuerdo a las respuestas más recurrentes y, por otro lado, se agruparon las respuestas que resultaron menos significativas (Tabla 2).

Tabla 2. Variables y su clasificación utilizada para el análisis de datos.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN
Sexo	Masculino (M) Femenino (F)
Edad	Rangos en años: 1: 25 a 35 2: 36 a 46 3: 47 a 57 4: 58 a 68
Área Kinésica	Respiratoria Musculoesquelética Neurológica Otras
Sector Laboral	Atención pública Atención privada Académico universitario
Años de Experiencia Laboral	Rangos en años: 1: 1 a 13 2: 14 a 27 3: 28 a 41

<p style="text-align: center;">Establecimiento Educativo de Egreso</p>	<p style="text-align: center;">UPLA PUCV UCH UA UCM PUC Otras</p>
--	---

Fuente: Elaboración propia

La información obtenida tras la aplicación de la encuesta fue organizada en diversas hojas de cálculo del programa Microsoft Excel 2003, las cuales relacionan las respuestas de actividad con cada una de las variables descritas en el instrumento. Para una identificación más rápida, las 25 actividades se catalogaron en letras desde la “a” hasta la “x” (Figura 1).

Figura 1. Denominación de actividades por letra.

ACTIVIDADES
a. Registrar antecedentes personales, mórbidos y factores de riesgo.
b. Realizar análisis clínico de datos recogidos en anamnesis, ficha clínica y exámenes complementarios.
c. Examinar cambios en la función y en la estructura corporal.
d. Revisar sistemas y estructuras corporales (incluye aplicar test y realizar mediciones).
e. Observar y cuantificar funciones relacionadas con el movimiento global: patrones nomales de movimiento, manipulación, incorporación, marcha, transferencias.
f. Evaluar factores ambientales e identificar cualitativa y cuantitativamente factores de riesgo y factores protectores derivados del ambiente físico, social y psicológico.
g. Valorar los productos y tecnología disponibles para el paciente en: actividades de la vida diaria, movilidad, transporte, comunicación, arquitectura, educación, entorno natural y otros.
h. Valorar el impacto funcional que ejercen los distintos factores (ambientales, personales, etc.) sobre el paciente.
i. Valorar los factores que influyen en la adhesión del tratamiento.
j. Analizar hallazgos de la evaluación kinésica.
k. Formular conclusión de diagnóstico kinésico.
l. Comparar el diagnóstico de ingreso con el diagnóstico kinésico y derivar cuando corresponda.
m. Identificar y priorizar problemas o impedimentos para el tratamiento kinésico.
n. Determinar objetivos de tratamiento kinésico.
ñ. Definir las intervenciones realizadas al paciente (estrategias y procedimientos de fisioterapia y/o kinesiterapia).
o. Determinar las necesidades de recursos kinésicos a fin de de prever y proveer soportes e implementos terapéuticos.
p. Programar parámetros de frecuencia, intensidad y duración, así como también dosificar medicamentos según protocolos IRA, ERA, SAMU u otros.
q. Proyectar la evolución clínica del paciente en una unidad de tiempo, con y sin intervención terapéutica.
r. Realizar fomento y promoción de la salud
s. Detectar riesgos e intervenir oportunamente para prevenir complicaciones en etapas preclínicas y clínicas.
t. Prevenir la recurrencia de enfermedades prevalentes.
u. Contribuir a recuperar las funciones y estructuras corporales, basados en un concepto integral de individuo.
v. Disminuir el impacto de la discapacidad y propiciar la reinserción social.
w. Realizar intervenciones comunitarias y/o del medio ambiente potenciando agentes facilitadores y modificando o eliminando barreras, vivienda, arquitectura, urbanismo, señalética, espacios públicos, puestos de trabajo, etc.
x. Disminuir signos y síntomas que comprometan negativamente la calidad de vida del paciente terminal y su familia

Fuente: Elaboración propia

Una vez ordenados los datos, estos se analizaron de manera descriptiva para obtener la distribución de la muestra para cada variable aplicada. De esta manera, se consiguieron los valores y porcentajes respectivos de cada clasificación del grupo de variables.

Posteriormente, a cada nivel de importancia respondido se le aplicó una escala de puntuación basada en la Escala de Likert, la cual le asigna un puntaje individual de 1 a 5 puntos, conforme se incrementa el nivel de importancia otorgado a la actividad⁴⁴ (Tabla 3).

Tabla 3. Escala de puntuación según de los niveles de importancia de las actividades, según Escala de Likert.

Nivel de Importancia	Puntaje asignado
Muy importante	5
Importante	4
Regular importancia	3
Poco importante	2
Sin importancia	1

Fuente: Elaboración propia

Para identificar la actividad considerada de mayor y menor importancia respectivamente para cada variable, se toma cada actividad y se multiplica el número de respuestas otorgado a cada nivel de importancia por su puntaje asignado (Tabla 4). Este cálculo se repite en cada variable con sus actividades correspondientes. De esta manera se conoce el puntaje obtenido por cada actividad, estableciendo las actividades consideradas más y menos importantes como aquellas que presentan el mayor y menor puntaje respectivamente.

Tabla 4. Sistema de puntuación para establecer actividad más y menos importante. Ej.: Puntaje asignado a la actividad “a”, correspondiente a la variable sexo en su clasificación Femenino: $395 + 76 + 2 = 473$ puntos.

Cuenta de Individuos	Femenino
-----------------------------	-----------------

A	Puntaje
Muy Importante	79 x 5 = 395
Importante	19 x 4 = 76
Indiferente	0
Poco Importante	1 x 2 = 2
Sin importancia	0
Total general	473

Fuente: Elaboración propia

Para identificar la importancia de las actividades del área de competencia salud como conjunto, se establecieron rangos determinados de acuerdo a puntajes ideales en base a las cinco posibles respuestas sobre el nivel de importancia (Tabla 5).

Tabla 5. Puntaje ideal respecto al nivel de importancia, donde:
Puntaje ideal = n (164) multiplicado por valor de nivel de importancia asignado (ver Tabla 3).

Nivel de Importancia	Puntaje ideal
Muy Importante	820
Importante	656
Indiferente	492
Poco Importante	328
Sin importancia	164

Fuente: Elaboración propia

Luego, para agrupar las actividades según su nivel de importancia, se estableció un punto medio entre cada rango que corresponde al punto de corte entre categorías de importancia, estableciendo rangos de puntos, los cuales agrupan a las actividades según su nivel de importancia (Tabla 6).

Tabla 6. Rangos de puntaje para establecer niveles de importancia.

Nivel de Importancia	Rangos de puntaje
Muy Importante	820 – 738
Importante	737 – 574
Indiferente	573 – 410
Poco Importante	409 – 246
Sin importancia	245 – 164

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior, una actividad es considerada como “Muy Importante” si su puntaje fluctúa entre 820 y 738 puntos; “Importante” entre 737 y 574; Indiferente entre 573 y 410; “Poco Importante” entre 409 y 246 y “Sin Importancia” entre 245 y 164 puntos.

14. RESULTADOS.

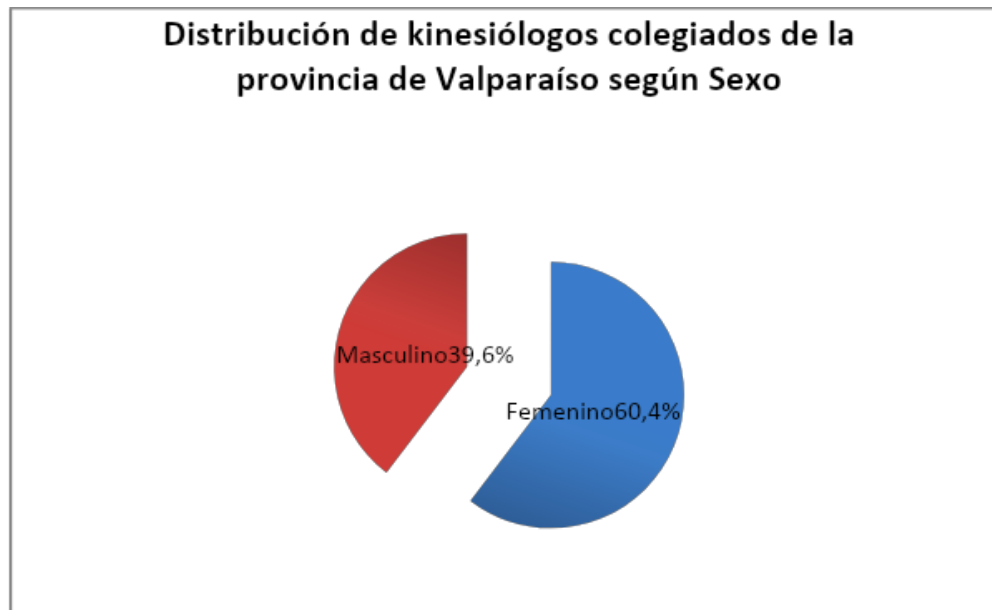
En primer lugar se señala la distribución de los kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según cada variable estipulada en la encuesta. Posteriormente se detalla la actividad que resultó ser la más y menos importante, para cada grupo de kinesiólogos, por variable. Finalmente se especifica la actividad más y menos importante como conjunto, en donde se

incluyen las respuestas de la totalidad de los kinesiólogos encuestados sin diferenciación por variable.

14.1. Distribución de los kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según variable, año 2009.

El 39,6% (65) de los kinesiólogos encuestados son de sexo Masculino, mientras que el 60,4% (99) de los kinesiólogos encuestados son de sexo Femenino (Figura 2).

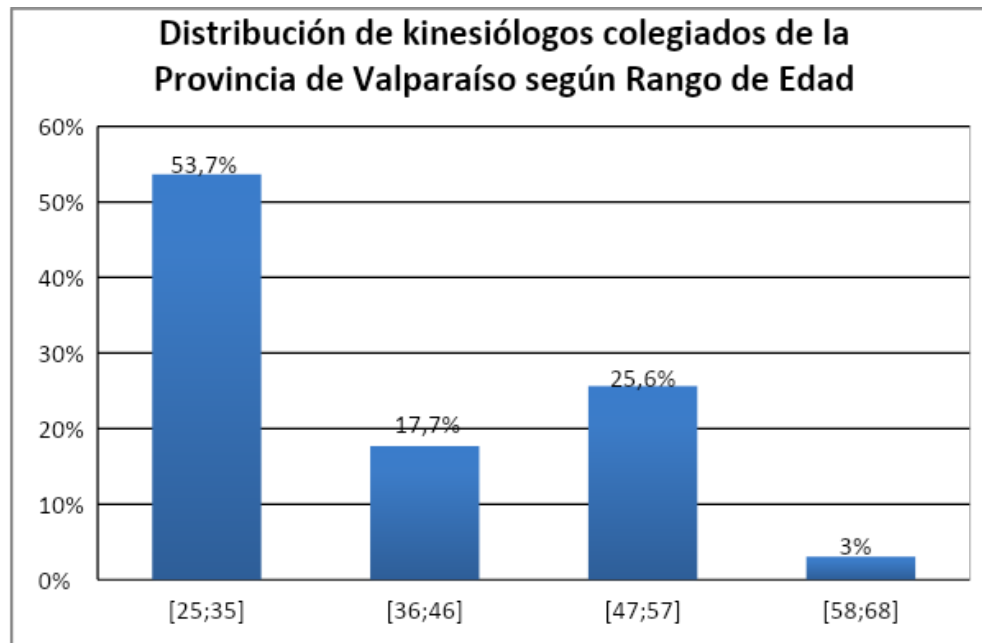
Figura 2. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según sexo, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

El 53,7% (88) de los kinesiólogos encuestados se encuentran entre los 25 y 35 años de edad. El 17,7% (29) de los kinesiólogos encuestados se encuentran entre los 36 y 46 años de edad. El 25,6% (42) de los kinesiólogos encuestados se encuentran entre los 47 y 57 años de edad. El 3% (5) de los kinesiólogos encuestados se encuentran entre los 58 y 68 años de edad (Figura 3).

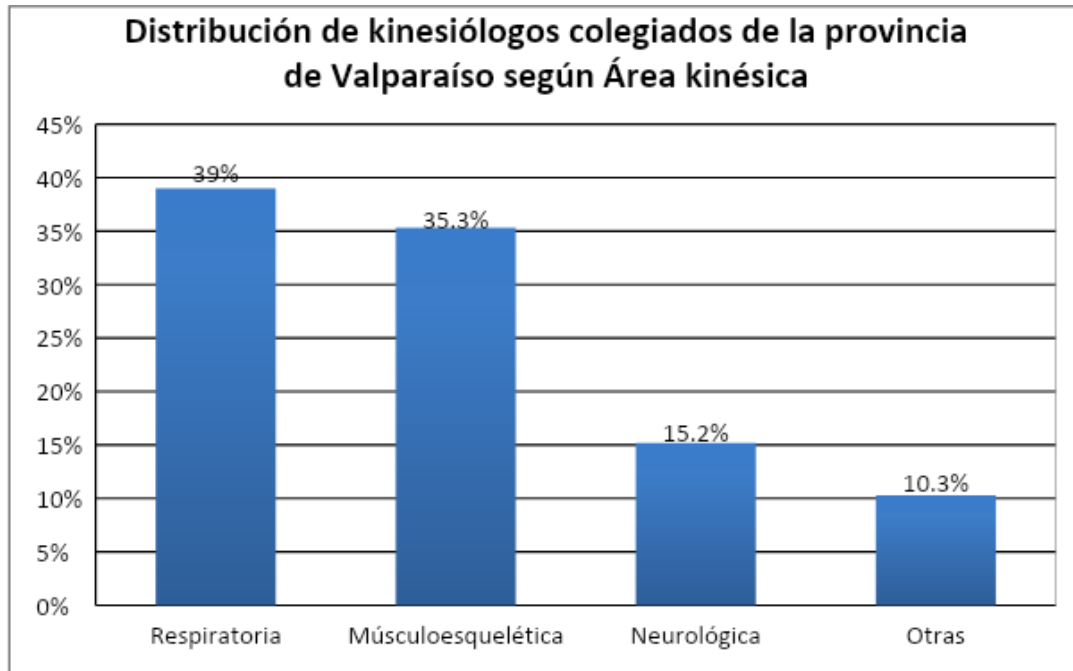
Figura 3. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según rangos de edad, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

El 39% (64) de los kinesiólogos encuestados desempeñan labores profesionales en el área kinésica Respiratoria. El 35,3% (58) de los kinesiólogos encuestados desempeñan labores profesionales en el área kinésica Musculoesquelética. El 15,2% (25) de los kinesiólogos encuestados desempeñan labores profesionales en el área kinésica Neurológica. El 10,3% (17) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en Otras Áreas kinésicas (Figura 4).

Figura 4. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según área kinésica, año 2009.

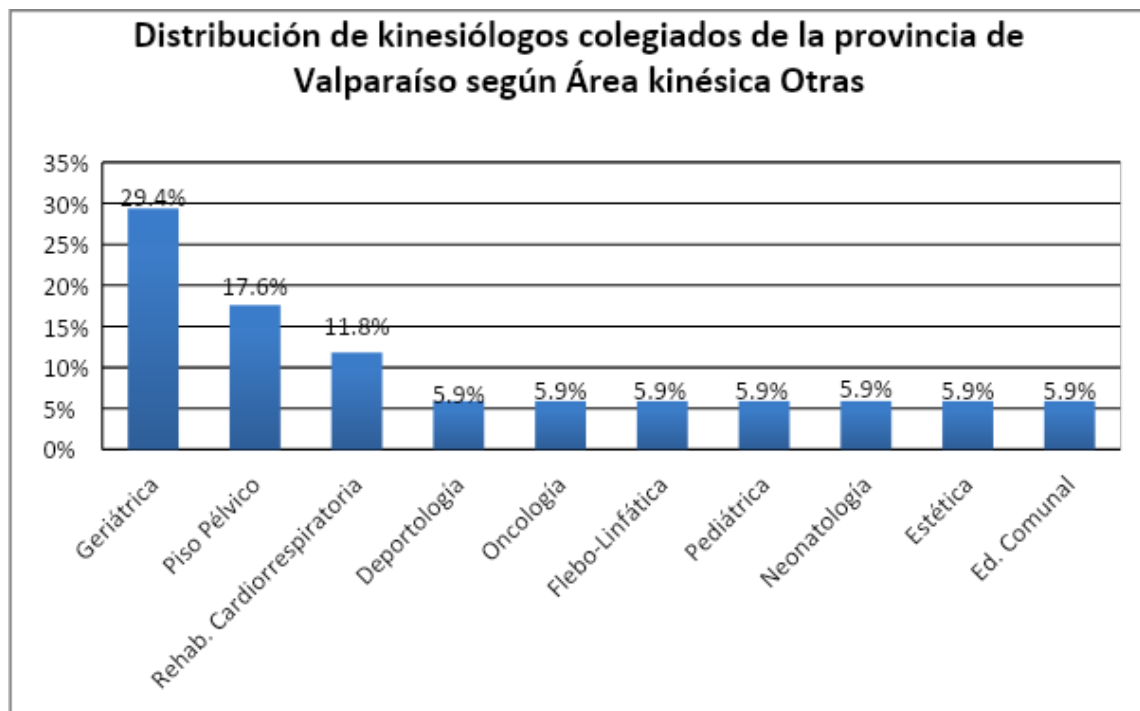


Fuente: Elaboración propia

En el área kinésica Otras, el 29,4% (5) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Geriátrica. El 17,6% (3) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Piso Pélvico. El 11,8% (2) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Rehabilitación Cardiorrespiratoria. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Deportología. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Oncología. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Flebo-Linfática. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Pediátrica. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en

el área Neonatología. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Estética. El 5,9% (1) de los kinesiólogos encuestados se desempeñan en el área Educación comunal (Figura 5).

Figura 5. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según área kinésica Otras, año 2009.

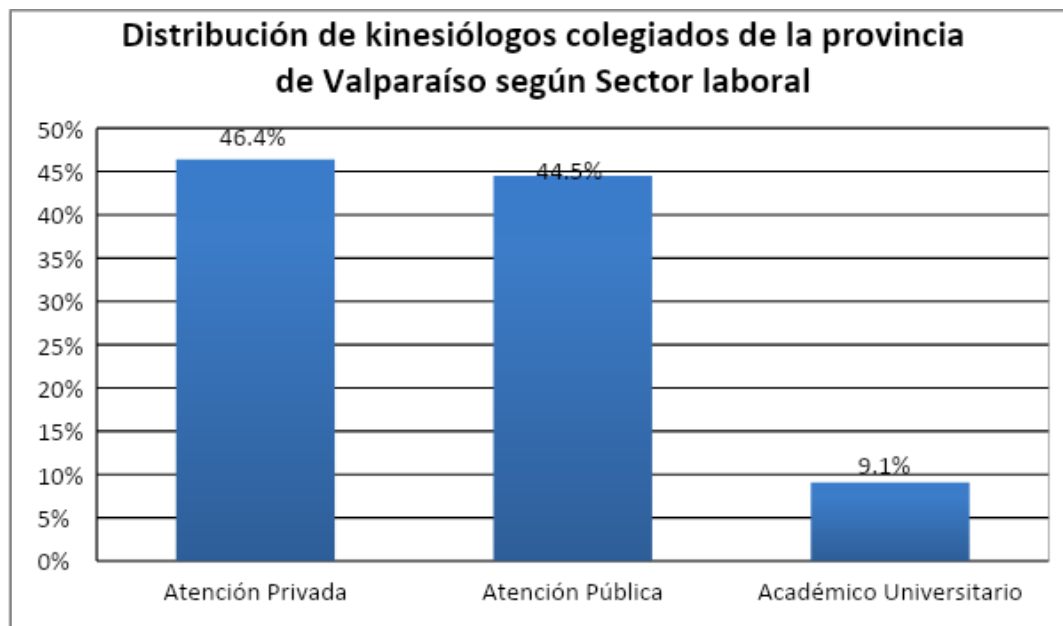


Fuente: Elaboración propia

El 44,5% (73) de los kinesiólogos encuestados desempeñan labores profesionales en atención pública. El 46,3% (76) de los kinesiólogos encuestados desempeñan labores profesionales en atención privada. El 9,1%

(15) de los kinesiólogos encuestados desempeña labores profesionales como académico universitario (Figura 6).

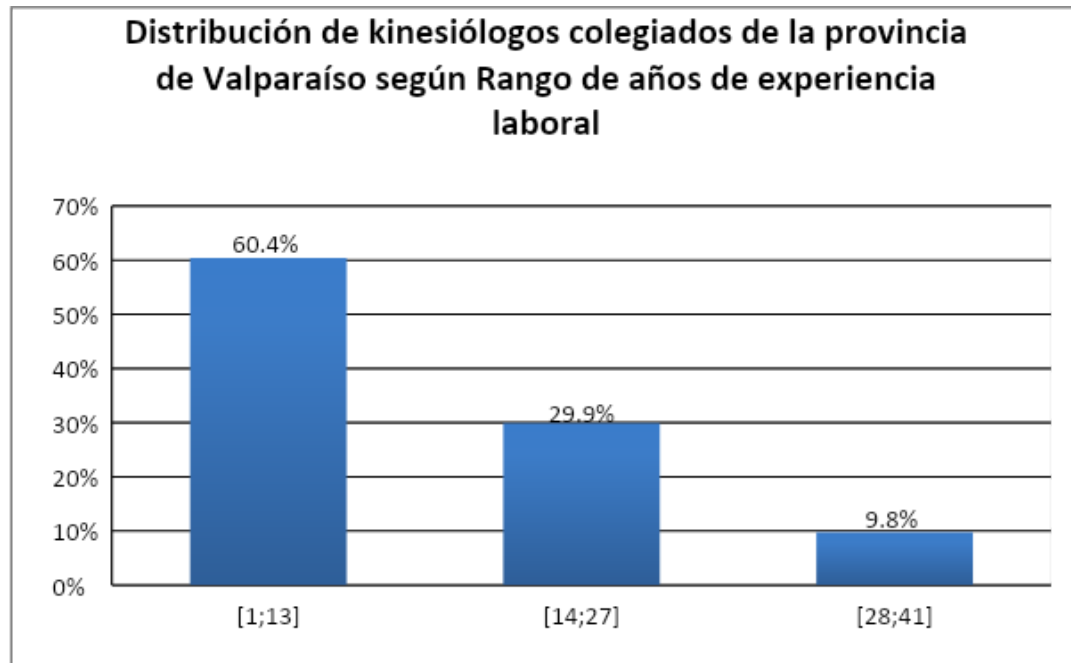
Figura 6. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según sector laboral de trabajo, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

El 60,4% (99) de los kinesiólogos encuestados tienen entre 1 y 13 años de experiencia laboral. El 29,9% (49) de los kinesiólogos encuestados tienen entre 14 y 27 años de experiencia laboral. El 9,8% (16) de los kinesiólogos encuestados tienen entre 28 y 41 años de experiencia laboral (Figura 7).

Figura 7. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según años de experiencia laboral, año 2009.

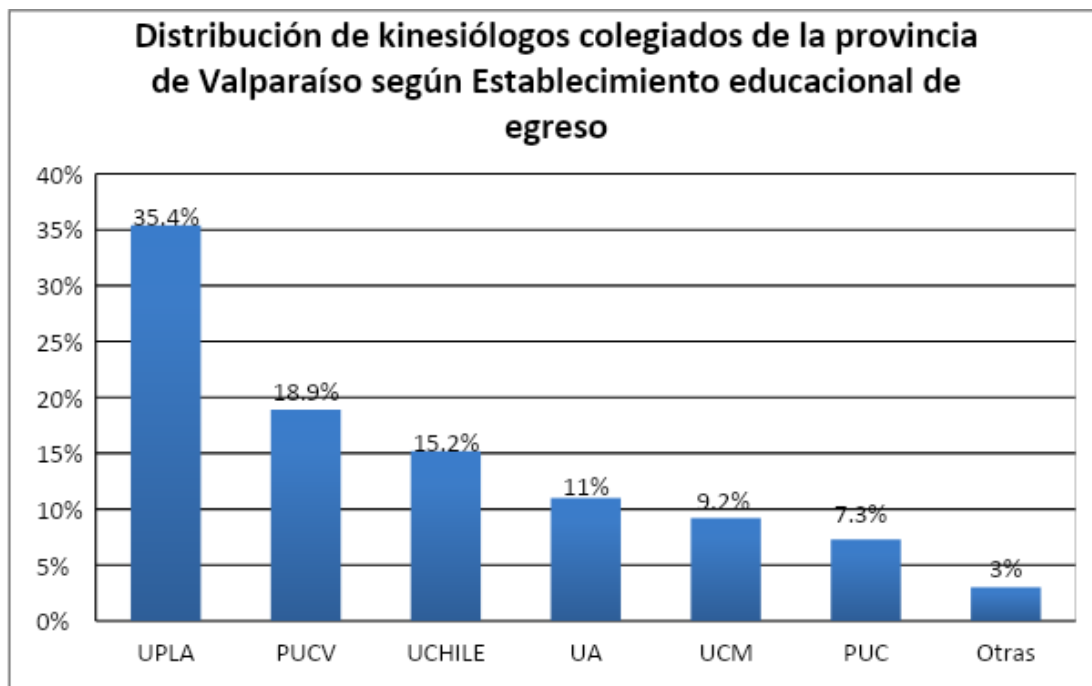


Fuente: Elaboración propia

El 35,4% (58) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la UPLA. El 18,9% (31) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la PUCV. El 15,2% (25) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la UCH. El 11% (18) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la UA. El 9,1% (15) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la UCM. El 7,3% (12) de los kinesiólogos encuestados son titulados de la PUC. El 3%

(5) de los kinesiólogos encuestados son titulados de Otras universidades (Figura 8).

Figura 8. Distribución de kinesiólogos de la provincia de Valparaíso según Establecimiento educacional de egreso, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

14.2. Actividades más y menos importantes según variable, año 2009.

Las actividades consideradas más y menos importantes según variable, son (Tabla 7):

Tabla 7. Actividad más y menos importantes según variable, año 2009.

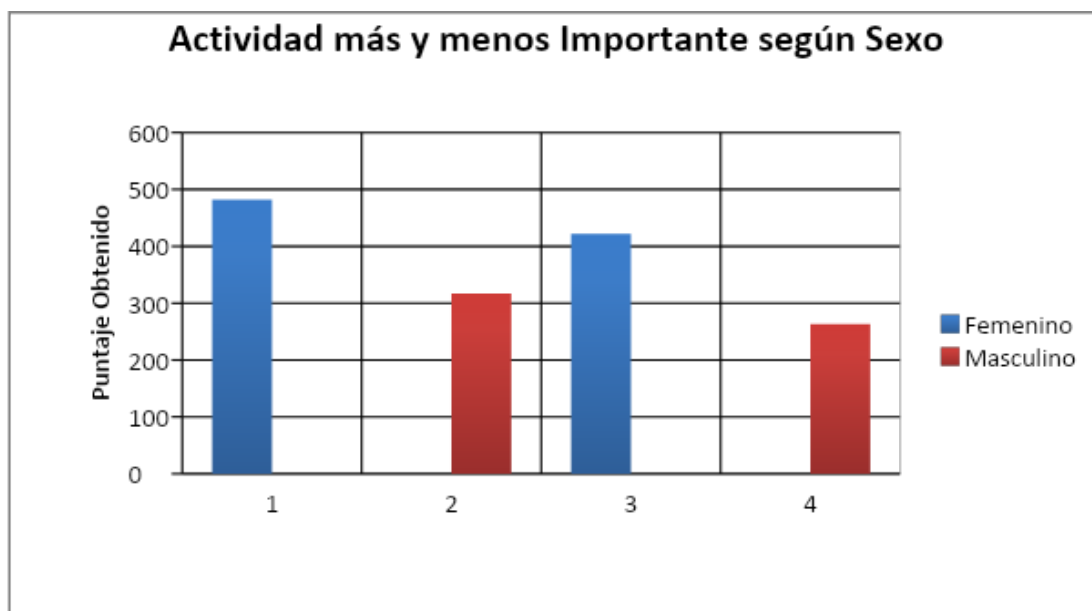
VARIABLE	CLASIFICACIÓN	A. Más I.	A. Menos I.
Sexo	M (Masculino) F (Femenino)	J (317 pts.) N (482 pts.)	W (263 pts.) G (422 pts.)
Edad	1 2 3 4	J y N (482 pts.) N (208 pts.) J y K (139 pts.) J, N y U (25 pts.)	G (367 pts.) W (174 pts.) P (123 pts.) P (16 pts.)
Área Kinésica	Respiratoria Musculoesquelética Neurológica Otras	N (313 pts.) J (284 pts.) J (123 pts.) A y N (84 pts.)	G (264 pts.) W (229 pts.) P (106 pts.) P (72 pts.)
Sector Laboral	Atención pública Atención privada Académico universitario	N (357 pts.) J (372 pts.) N (74 pts.)	G (304 pts.) W (316 pts.) Q (60 pts.)
Años de Experiencia Laboral	1 2 3	N (483 pts.) N (239 pts.) J y K (79 pts.)	G (414 pts.) P (197 pts.) G (67 pts.)
Establecimiento Educativo de Egreso	UPLA PUCV UCH UA UCM PUC	K y N (284 pts.) J (151 pts.) K (122 pts.) K (88 pts.) N (73 pts.) N (60 pts.)	W (243 pts.) W (128 pts.) P (99 pts.) Q (71 pts.) W (58 pts.) P (47 pts.)

Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas, por los individuos del sexo Femenino, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (482 pts.) y G (422 pts.). Mientras que las actividades consideradas, por los individuos del sexo

Masculino, más y menos importantes respectivamente, fueron: J (317 pts.) y W (263 pts.) (Figura 9).

Figura 9. Actividad más y menos importante según sexo, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas más y menos importantes, por los individuos del rango de edad entre 25 y 35 años, fueron respectivamente: J y N (482 pts.) y G (367 pts.). Las actividades consideradas más y menos importantes, por los individuos del rango de edad entre 36 y 46 años, fueron respectivamente: N (208 pts.) y W (174 pts.). Las actividades consideradas más y menos importantes, por los individuos del rango de edad entre 47 y

57 años fueron respectivamente: J y K (139 pts.) y P (123 pts.). Las actividades consideradas más y menos importantes, por los individuos del rango de edad entre 58 y 68 años fueron respectivamente: J, N y U (25 pts.) y P (16 pts.) (Figura 10).

Figura 10. Actividad más y menos importante según rango de edad, año 2009.

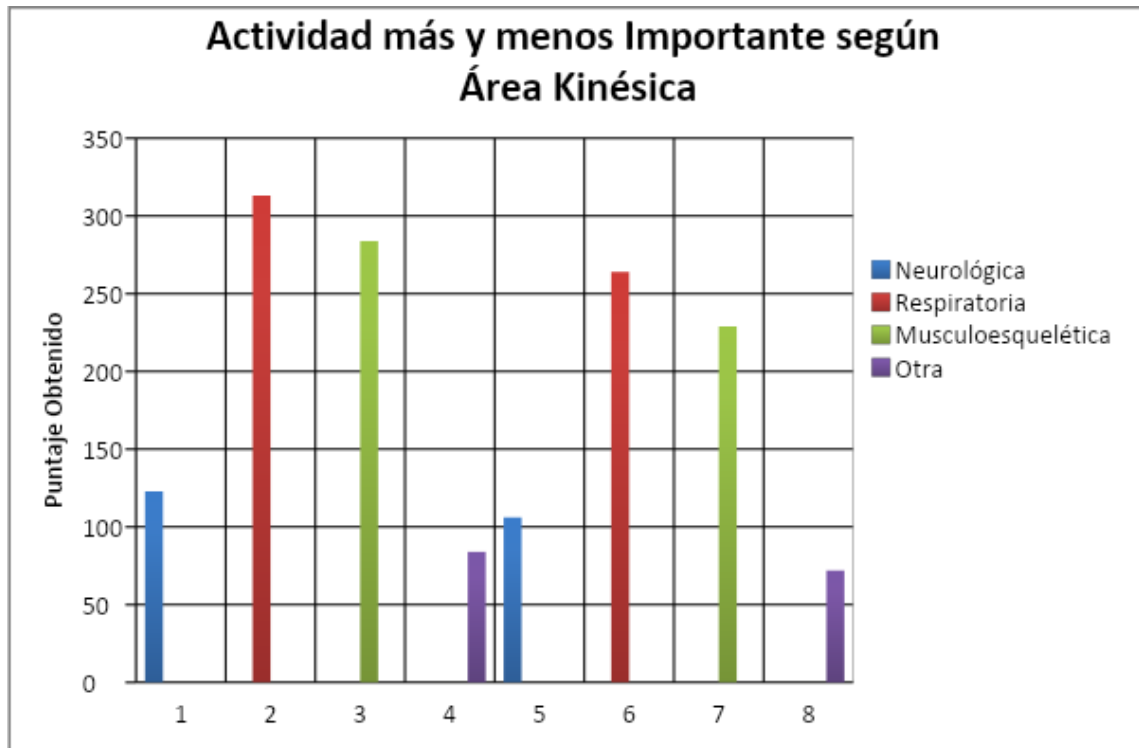


Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el área kinésica Respiratoria, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (313 pts.) y G (264 pts.). Las actividades consideradas, por los

individuos que se desempeñan en el área kinésica Musculoesquelética, más y menos importantes respectivamente, fueron: J (284 pts.) y W (229 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el área kinésica Neurológica, más y menos importantes respectivamente, fueron: J (123 pts.) y P (106 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el área kinésica Otras, más y menos importantes respectivamente, fueron: A y N (84 pts.) y P (72 pts.) (Figura 11).

Figura 11. Actividad más y menos importante según área kinésica, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el sector laboral de atención pública, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (357 pts.) y G (304 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el sector laboral de atención privada, más y menos importantes respectivamente, fueron: J (372 pts.) y W (316 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos que se desempeñan en el sector laboral académico universitario, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (74 pts.) y Q (60 pts.) (Figura 12).

Figura 12. Actividad más y menos importante según sector laboral, año 2009.



Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas más y menos importantes, por los individuos del rango de experiencia laboral entre 1 y 13 años, fueron respectivamente: N (483 pts.) y G (414 pts.). Las actividades consideradas más y menos importante, por los individuos del rango de experiencia laboral entre 14 y 27 años, fueron respectivamente: N (239 pts.) y P (197 pts.). Las actividades consideradas más y menos importantes, por los

individuos del rango de experiencia laboral entre 28 y 41 años, fueron respectivamente: J y K (79 pts.) y G (67 pts.) (Figura 13).

Figura 13. Actividad más y menos importante según rango de años de experiencia laboral, año 2009.

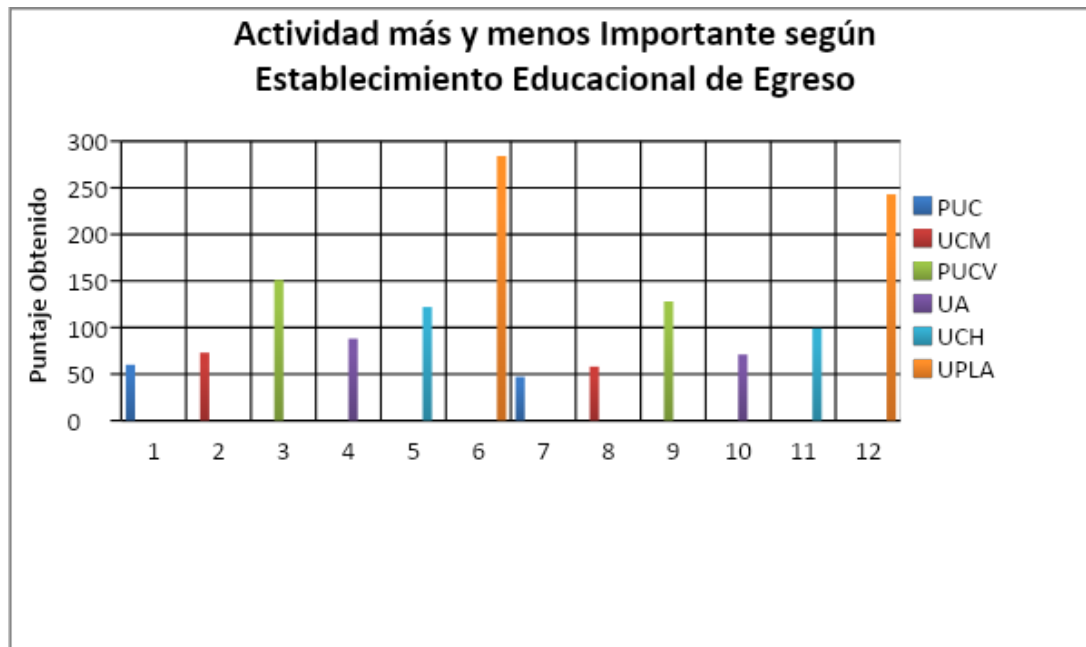


Fuente: Elaboración propia

Las actividades consideradas, por los individuos titulados de la PUC, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (60 pts.) y P (47 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos titulados de la UCM, más y menos importantes respectivamente, fueron: N (73 pts.) y W (58 pts.). Las

actividades consideradas, por los individuos titulados de la PUCV, más y menos importantes respectivamente, fueron: J (151 pts.) y W (128 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos titulados de la UA, más y menos importantes respectivamente, fueron: K (88 pts.) y Q (71 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos titulados de la UCH, más y menos importantes respectivamente, fueron: K (122 pts.) y P (99 pts.). Las actividades consideradas, por los individuos titulados de la UPLA, más y menos importantes respectivamente, fueron: K y N (284 pts.) y W (243 pts.) (Figura 14).

Figura 14. Actividad más y menos importante según establecimiento educacional de egreso otorgador del título de Kinesiólogo, año 2009.

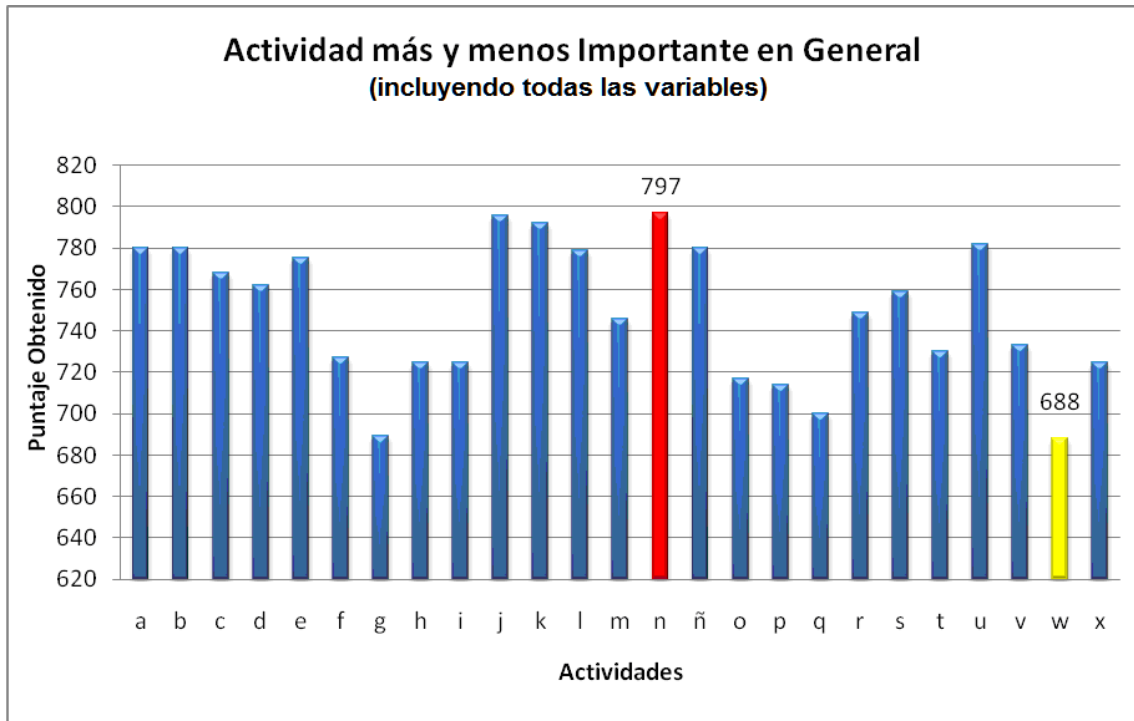


Fuente: Elaboración propia

14.3. Actividades más y menos importantes en conjunto, año 2009.

Las actividades consideradas por los kinesiólogos de la provincia de Valparaíso más y menos importantes en conjunto, incluyendo todas las variables, fueron: N (797 pts.) y W (688 pts.) respectivamente (Figura 15).

Figura 15. Actividad más y menos importante en conjunto (incluyendo todas las variables), año 2009.



Fuente: Elaboración propia

15. DISCUSIÓN.

Gracias al tamaño muestral y al diseño considerado en este estudio, los resultados obtenidos son extrapolables a la totalidad de la población de kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso.

Actualmente, la literatura existente denota una escasez de documentación relacionada con las competencias profesionales del kinesiólogo y las actividades que este como profesional debe desarrollar. En el contexto de la búsqueda de una norma estandarizada de actividades kinésicas que cuenten con un respaldo importante, nos encontramos en que a nivel latinoamericano no existe información concreta dentro de los estatutos de la CLAFK ni en los colegios o agrupaciones de fisioterapeutas de cada país de la región, lo que dificulta realizar una comparación entre un estándar latinoamericano y el estudio realizado por el Colegio de Kinesiólogos de Chile. Sin embargo, las entidades rectoras de la Kinesiología a nivel mundial, como la WCPT y su agrupación europea, presentan estatutos y documentos que entregan información concreta acerca de competencias, expectativas y actividades normadas para la práctica de la Terapia Física, la cual representa una fuente comparativa válida para

contrastar las expectativas mundiales de la actividad kinésica con la realidad nacional.

En relación a la encuesta aplicada, el 60% de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso resultaron ser de sexo femenino, mayoría que guarda relación con la tendencia a nivel nacional respecto a la cantidad de alumnos mujeres matriculados en las carreras de Kinesiología durante primer año, así como también de la mayor presencia en el número total de estudiantes cursando la carrera en el país, lo que se evidencia finalmente en el número total de kinesiólogos titulados en Chile donde las mujeres conforman un grupo mayoritario respecto al de los hombres⁴⁵.

A su vez, la distribución de la muestra según rangos de años de edad denota una mayoría de profesionales pertenecientes al rango entre 25 y 35 años, reflejando que el gran núcleo de los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso son profesionales jóvenes. Sumando esto a los resultados obtenidos en la distribución por años de experiencia laboral que muestran un grupo de encuestados mayoritariamente con una experiencia entre 1 y 13 años, podríamos suponer que el origen de esta relación sería una consecuencia al explosivo aumento de apertura de carreras de

kinesiología de la región de Valparaíso durante los últimos 14 años, que se inició en la Universidad de Playa Ancha en el año 1996⁴⁶.

Las áreas kinésicas más demandadas son el área respiratoria y la musculoesquelética con un 39% y 35,3% respectivamente, difiriendo con la cantidad de especialistas que se encuentran acreditados en el registro de especialistas del DENAKE, donde el área que reúne el mayor número de acreditados es la Neurokinesiología, que como área de desempeño del kinesiólogo queda muy distante de las dos primeras opciones con sólo un 15,2%⁴⁷. Como dato de interés en las respuestas de Otras de esta misma variable, las áreas de geriatría, piso pélvico y rehabilitación cardiopulmonar refieren un mayor desarrollo respecto a la deportología, oncología, flebo-linfática, pediátrica, neonatología, estética y educación comunal, campos que pueden indicar posibles nuevas áreas para desarrollar perspectivas laborales para que el kinesiólogo expanda su quehacer profesional.

En lo que respecta al sector laboral de desempeño, la diferencia entre el sector público y el privado es insignificante, pues la distribución de profesionales es casi la misma en ambos sectores de atención. Lo que se

destaca en esta variable es que cerca del 10% de los encuestados afirma dedicarse primordialmente a labores académicas universitarias, indicando una creciente demanda de kinesiólogos formadores de profesionales debido, seguramente, a la gran cantidad de carreras de kinesiología en la zona.

En relación a la determinación de la actividad más y menos importante según sexo, se constató que un buen análisis de los hallazgos obtenidos en la evaluación resulta fundamental para determinar los correctos objetivos de tratamiento kinésico. Estas actividades, que resultaron ser las actividades más importantes para los encuestados de sexo masculino y femenino, se encuentran íntimamente relacionadas como pasos lógicos y continuos de la puesta en práctica de la profesión.

Las respuestas referidas en la variable rango de edad revelan un leve contraste entre los rangos de mayor y menor edad a la hora de designar sus actividades más y menos importantes. Para los encuestados que poseen entre 25 y 46 años (rangos de edad 1 y 2), las actividades más importantes siguen siendo aquellas relacionadas con el análisis de hallazgos en la evaluación y la formulación de objetivos kinésicos, continuando con la tendencia general de la muestra. Por otro lado, aquellos encuestados que

poseen entre 47 y 68 años (rangos de edad 3 y 4), si bien mantienen el alineamiento respecto a las actividades más importantes, agregan nuevos elementos como la formulación de diagnóstico kinésico y la importancia del concepto integral del individuo. En relación a las actividades consideradas menos importantes, surge una diferencia de opinión marcada entre ambos grupos ya descritos. Mientras que para los más jóvenes se continúa con la tendencia de no otorgarle mucha relevancia a las actividades relacionadas con la valoración y manejo de factores que afecten o faciliten la relación del paciente con su medio, los grupos de mayor edad le conceden menor relevancia a las actividades de programar parámetros y dosificar medicamentos según distintos protocolos. Estas respuestas revelan un contraste generacional entre los distintos grupos de edad, ya que actividades que impliquen una mayor preocupación por la relación del paciente con su medio ambiente no representan una importancia significativa para las nuevas generaciones, en divergencia con los grupos de mayor edad que no consideran muy importantes las actividades de carácter más técnico como programar parámetros y dosificar medicamentos según programas de reciente creación. Esto podría suponer un distanciamiento de los grupos de mayor edad con los actuales programas del Ministerio de

Salud que aquellos profesionales más jóvenes, y un mayor alejamiento con las últimas tecnologías en equipos de tratamiento kinésico.

El desempeñarse en distintas áreas de la kinesiología no implica un cambio en los pasos a seguir al planificar y llevar a cabo un tratamiento kinésico, siendo este un proceso estandarizado independiente del sistema afectado en el paciente y de la patología que éste posea. Las herramientas, formas y enfoques de tratamiento difieren entre cada área de labor kinésica, pero el método para determinar el tratamiento más adecuado al paciente va a seguir un lineamiento general común para cada área, que incluye: examen inicial, evaluación, diagnóstico y pronóstico. Todo esto queda confirmado al constatar que los encuestados pertenecientes a todas las áreas de desempeño kinésico consideran las mismas actividades como las más importantes, siguiendo a su vez la tendencia de la muestra en general. Cabe destacar que los kinesiólogos que rinden labores en el área kinésica Neurológica, agregan la actividad de registrar antecedentes personales, mórbidos y factores de riesgo como una de las más importantes. Este hecho no representa un mayor análisis, ya que es una actividad de transversal importancia para cada una de las áreas kinésicas.

La variable sector laboral muestra nuevamente una conservación de la idea general de los kinesiólogos encuestados, al considerar como más importantes a las mismas actividades que se han repetido en variables anteriores. El nivel de atención en salud en el que se pueda desempeñar el profesional kinesiólogo, cada una con sus características propias, no modifica la importancia que se le asigna a un buen proceso de análisis de hallazgos en la evaluación y formulación de objetivos como componente fundamental de la correcta práctica de la profesión. Los profesionales que cumplen labores como académico universitario poseen un nivel de frecuencia de práctica clínica menor que aquellos que se desempeñan inmersos en algún sistema de salud. Esta situación no refleja diferencias significativas a la hora de calificar las actividades más y menos importantes.

Los diferentes rangos de años de experiencia laboral no representan mayores discrepancias entre aquellos profesionales que se acaban de insertar en el mundo laboral y los que poseen un experimentado historial de trabajo. A pesar de las distancias entre los años que llevan desempeñando labores como kinesiólogos (lo que produce diferencias en cuanto a la experiencia práctica, al enfoque formativo predominante al momento de

egresar y posiblemente en la actualización sobre las nuevas tendencias y tratamientos kinésicos), este estudio demuestra que las actividades consideradas más y menos importantes son similares en cada rango de años de experiencia laboral. Cabe destacar que los encuestados pertenecientes al mayor rango de experiencia laboral y los profesionales de mayor rango de edad, quienes podrían pertenecer al mismo grupo de kinesiólogos, incluyen dentro de sus actividades más importantes el formular conclusión de diagnóstico kinésico; sin embargo la actividad considerada menos importante no se condice entre ambos.

En relación al establecimiento educacional de egreso, entre las distintas universidades en las cuales se imparte la carrera de Kinesiología existen diferencias en cuanto al enfoque de la malla curricular y al contexto geográfico en el cual se enmarque el establecimiento, condicionando posiblemente la realidad asistencial de los servicios de salud de la zona, y por consiguiente, la experiencia laboral. Algunos establecimientos llevan mayor cantidad de años que otros impartiendo la carrera, por lo que entre cada institución variará la edad y los años de experiencia laboral de sus egresados, conformando una variedad de perfiles de profesionales

influyendo en la designación de importancia a las actividades kinésicas. Este estudio, al respecto, demostró que a pesar de todas las condicionantes mencionadas, no existen diferencias significativas entre las actividades seleccionadas como la más y menos importantes.

Las respuestas contempladas en cada variable reflejan el cumplimiento de una tendencia general al momento de designar la actividad más y menos importante. El proceso de elaboración de un adecuado plan de tratamiento para el paciente parece ser de una relevancia semejante para cualquier profesional que ejerza la kinesiología, sin importar su contexto laboral. Actividades como realizar una buena evaluación, plantear correctos objetivos y formular un diagnóstico kinésico se transforman en procesos fundamentales y estrechamente relacionados entre sí a la hora de realizar un tratamiento kinésico, tomando en cuenta que cada paciente es diferente. Por lo tanto, dichas actividades configuran una herramienta en la búsqueda de una terapia específica, colaborando así a la práctica de una kinesiología que cumpla los más altos estándares de calidad en pos de una recuperación máxima del estado de salud del paciente.

Por otro lado, actividades relacionadas con la valoración e intervención del kinesiólogo en el medio ambiente del paciente, manejando variables como: vivienda, transporte, comunicación, actividades de la vida diaria, entre otras, fueron consideradas como las menos importantes, siguiendo también una tendencia general a través de las variables. El kinesiólogo cumple diferentes labores aparte de la función asistencial propiamente tal, siendo una de ellas el preocuparse del entorno del paciente a todo nivel potenciando agentes facilitadores y modificando o eliminando barreras, transformando así al medio ambiente del paciente en un colaborador de su recuperación y mejorando su calidad de vida. Dichas actividades están estrechamente relacionadas con labores que puede desempeñar el Terapeuta Ocupacional, estableciendo áreas grises que solaparían actividades realizadas por ambos profesionales dentro del equipo de rehabilitación y como miembros del equipo multidisciplinario de salud.

A modo general, y como se expresa en los resultados de la encuesta, el 100% de las actividades analizadas se encuentran consideradas dentro de la categoría “Importante” y “Muy Importante”, lo que refleja una concordancia en el parecer del Colegio de Kinesiólogos de Chile a través de

su estudio “Perfil Ocupacional por Competencias” y el sentir de los kinesiólogos de la provincia de Valparaíso. Se constata que la elección de las actividades por parte del grupo de especialistas en el diseño del estudio del Colegio de Kinesiólogos representa el ideal del quehacer kinésico dentro del área de competencia salud. Esta misma información al ser analizada en paralelo con las normas para la práctica de la terapia física publicada por la WCPT en el año 2007, específicamente en su sección Manejo y Cuidado de pacientes (debido a que es el ítem más directamente relacionado con las actividades del área de competencia salud utilizadas en este estudio), revelan el símil lineamiento que sigue la Kinesiología a nivel global donde actividades que conformen en su conjunto los pasos a seguir para la correcta elección del tratamiento kinésico representan una importancia transversal a todas las áreas de la profesión. Además, al ser contempladas en la definición chilena del año 2005, responden a la política internacional de estandarización del accionar kinésico en favor de una atención de calidad por parte de todos los terapeutas existentes¹⁴.

15.1. Información Complementaria.

Como análisis secundario de la información obtenida en esta investigación, desde la imagen de la población estudiada se logra identificar un símil al perfil predominante de kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso, quienes se agrupan según ciertas características afines entre sí (variables de la encuesta), de la siguiente manera:

El 11,6% del total de la muestra, que corresponden a 19 individuos, son mujeres entre 25-35 años de edad que trabajan en el área respiratoria, en atención pública, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Universidad de Playa Ancha. El 6,1% del total de la muestra, que corresponden a 10 individuos, son mujeres entre 25-35 años de edad que trabajan en el área respiratoria, en atención pública, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. El 4,9% del total de la muestra, que corresponden a 8 individuos, son hombres entre 25-35 años de edad que trabajan en el área respiratoria, en atención pública, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Universidad de Playa Ancha. El 3,7% del total de la muestra, que corresponden a 6 individuos, son mujeres entre 25-35 años de

edad que trabajan en el área musculoesquelética, en atención privada, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. El 3% del total de la muestra, que corresponden a 5 individuos, son hombres entre 25-35 años de edad que trabajan en el área musculoesquelética, en atención privada, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Universidad de Playa Ancha. El 2,4% del total de la muestra, que corresponden a 4 individuos, son mujeres entre 25-35 años de edad que trabajan en el área neurológica, en atención privada, tienen entre 1-13 años de experiencia y son titulados de la Universidad de Playa Ancha.

Lo anteriormente expuesto nos permite señalar que la población de kinesiólogos encuestados no está concentrada en un solo modelo de terapeuta, sino que responde a una población heterogénea, pero que a su vez se corresponde con los resultados del análisis de distribución según variable, principalmente sexo, edad, años de experiencia laboral y área kinésica de desempeño.

Otro antecedente de relevancia consiste en la caracterización de la población en base al establecimiento de educación superior de la cual se obtuvo el título de Kinesiólogo, donde 163 individuos, que corresponden al 99,4% de la muestra, obtuvieron su título de Kinesiólogo en universidades pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas⁴⁸. El 0,6% restante (1 individuo) lo hizo en el extranjero. Esto revela una ausencia de kinesiólogos titulados de universidades privadas, las que hoy en día representan un gran porcentaje de las vacantes disponibles para ingresar al estudio de la profesión.

15.2. Limitaciones de la Investigación.

El presente estudio, al ser de tipo exploratorio, implica que el objetivo a examinar se enmarca dentro de un tema poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes⁴⁴. Esto representa una dificultad para la línea de investigación a raíz de la poca información existente al respecto y a la ausencia de trabajos similares, tanto nacionales como internacionales, siendo estos en su mayoría de acceso restringido. Además, como el proceso de estandarización de competencias de la

kinesiología a nivel mundial aún se encuentra en desarrollo, se refleja una escasez en la documentación que especifique en detalle las áreas de competencia de nuestra profesión, similares a las del documento en que se basa este estudio.

15.3. Proyecciones de la Investigación.

Por ser este estudio uno de los escasos trabajos existentes en su área, representa una nueva fuente de información acerca de los alcances prácticos de la kinesiología como profesión y de su constante búsqueda del perfeccionamiento, pudiendo generar una población de profesionales más capacitados, con conocimientos más actuales y globalizados, logrando así una entrega de atención terapéutica de mayor calidad.

El estudio busca además entregar información actualizada acerca de las nuevas políticas y proyectos que se están gestando en las entidades rectoras de la kinesiología a nivel mundial, dando a conocer las actividades que un kinesiólogo debe realizar dentro del área de competencia salud según su perfil por competencias en Chile. Esto puede contribuir en la formación de nuevos profesionales al entregar datos respecto a las

actividades que deben ser contempladas en la formación de un kinesiólogo en el pre-grado, otorgando a las entidades formadores de profesionales de la rehabilitación una reseña acerca de los enfoques y materias a incluir en su malla curricular.

Finalmente, al realizar una comparación entre el documento elaborado por el Colegio de Kinesiólogos de Chile y la Confederación Mundial de Terapia Física, se logra generar una primera aproximación para establecer el diagnóstico de la realidad nacional acerca de las competencias del profesional kinesiólogo, motivando a futuros investigadores a complementar este estudio y desarrollar progresivamente el tema a mayor escala para ampliar los resultados, expandir los horizontes y generar mayores extrapolaciones.

16. CONCLUSIONES.

De acuerdo a la información obtenida de las opiniones de los kinesiólogos encuestados y al análisis estadístico realizado posteriormente, podemos concluir que:

Los kinesiólogos colegiados de la provincia de Valparaíso presentan una tendencia similar, entre ellos, para otorgar el nivel de importancia a las actividades del área de competencia salud del kinesiólogo, puesto que todas las actividades evaluadas oscilan entre el nivel “Importante” y “Muy Importante”. Esta información respalda y corrobora el pensamiento y accionar gremial de la kinesiología en Chile referente al perfeccionamiento y estandarización de la calidad de la práctica profesional.

Resulta difícil calificar en un solo nivel de importancia al conjunto de actividades del área de competencia salud del kinesiólogo, debido a la cercanía porcentual entre aquellas consideradas como “Importantes” y “Muy Importantes”. De esta manera, al clasificarse como mínimo “Importantes”, reflejan una concordancia entre el pensamiento general de los kinesiólogos encuestados y el razonamiento e inclusión de estas en el

documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”, avalando el desarrollo y proyección de este escrito.

Respecto al alcance académico, las instituciones de educación superior que imparten la carrera de kinesiología en Chile debiesen tomar en cuenta los resultados expuestos en esta investigación como información relevante al momento de programar y diseñar una malla curricular acorde al lineamiento global de desarrollo de la profesión.

Los resultados generales de este estudio establecen que las actividades del área de salud del kinesiólogo establecidas por el Colegio de Kinesiólogos de Chile se condicen con las normas de la práctica de la terapia física en su ítem manejos y cuidados del paciente, demostrando que la realidad regional responde al llamado de estandarización internacional establecido por la Confederación Mundial de Terapia Física.

Finalmente, las características de diseño de este estudio sumado a los resultados obtenidos, sientan las bases para que nuevos problemas de investigación sean resueltos, usando una metodología similar e información expuesta en este trabajo.

17. REFERENCIAS.

1. What is WCPT? [en línea]. 2009 [consulta 08 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.wcpt.org/what-is>>
2. About APTA [en línea]. 2009 [consulta 08 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=About_APTA&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=41&ContentID=23725>
3. Quienes Somos [en línea]. 2008 [consulta 08 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.clafk.net/quienes.php>>
4. Reseña Histórica [en línea]. 2008 [consulta 09 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.clafk.net/quienes.php?f=historia>>
5. Plan de Desarrollo CLADEFK [en línea]. 2008 [consulta 09 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.clafk.net/docs/CLADEFK/PLAN_DE_DESARROLLO_CLADEFK.pdf>
6. Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo. Santiago, Chile; Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G., 2005.
7. Pérez, M^a Reyes. Principios de Hidroterapia y Balneoterapia. Madrid, McGraw- Hill 2005: 4 – 70.
8. A Historical Perspective. American Physical Therapy Association (APTA) [en línea]. 2009 [consultado 20 de marzo de 2009]. Disponible en:

<http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=History_and_Information&Template=/TaggedPage/TaggedPageDisplay.cfm&TPLID=48&ContentID=14772>

9. What is the physiotherapy? The Chartered Society of Physiotherapy [en línea] 2009 [consulta 20 de marzo de 2009] Disponible en: <<http://www.csp.org.uk/director/public/whatphysiotherapy.cfm>>

10. Reglamento Nacional Asociación Española de Fisioterapeutas, Capítulo II, Artículo 4º [en línea] 2009 [consulta 20 de marzo de 2009] Disponible en: <<http://www.aefi.net/LaAEF/Reglamento.aspx>>

11. History of WCPT [en línea]. 2009 [consulta 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.wcpt.org/history>>

12. WCPT Regions [en línea]. 2009 [consulta 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.wcpt.org/regions>>

13. WCPT member organisations [en línea]. 2009 [consulta 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.wcpt.org/node/24560>>

14. Declaration of Principle – Standards of Physical Therapy Practice [en línea]. 2009 [consulta 22 de marzo de 2009]. Disponible en: <<http://www.wcpt.org/node/29553>>

15. Confederación Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. Estatutos [en línea]. 2002 [citado el 12 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.clafk.net/quienes.php?f=estatutos>>

16. Sarmiento M, Cruz I, Molina V; Nivelación Y globalización Curricular de La Fisioterapia Y La Kinesiología En América Latina. Fase I Diagnóstico. Confederación Mundial De Fisioterapia, Región Suramérica WCPT – SAR. 2004.

17. Centro Latinoamericano para el Desarrollo de la Fisioterapia/Kinesiología – CLADEFK [en línea]. 2003 [consulta 12 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.clafk.net/docs/CLADEFK/Estructura_Organizativa_CLADEFK.pdf>

18. Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G. Historia del Colegio [en línea]. 2007 [consulta 20 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.colegiodekinesilogos.cl/images/historia%20del%20colegio.pdf>>

19. Chile, Ministerio de Justicia. Ley 3.621. Santiago, Chile, 07 de febrero de 1981.

20. Power E. Misión del Colegio de Kinesiólogos [en línea]. Santiago, Chile: Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G. “Título I: Del Nombre, Domicilio, Objeto, y Duración; Artículo Primero y Artículo Tercero” [citado el 24 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.colegiodekinesilogos.cl/images/estatutos.pdf>>

21. Quiénes Somos. Misión y Visión del Colegio [en línea]. 2007 [citado el 24 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.colegiodekinesilogos.cl/quienes.php>>

22. Vargas V. DENAKE [en línea]. 2007 [consulta 25 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.colegiodekinesilogos.cl/sociedad.php>>

23. Colegio de Kinesiólogos. DENAKE. Reglamento orgánico del departamento nacional de acreditación de kinesiólogos especialistas [en línea]. 2007 [consulta 25 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.colegiodekinesiologos.cl/images/denake_01.pdf>
24. DENAKE. Presentación de antecedentes VIII proceso de acreditación. Segundo semestre - año 2009 [en línea]. Santiago, Chile. 2009 [consulta el 25 de abril de 2009]. Disponible en: <<http://www.colegiodekinesiologos.cl/images/VIII.pdf>>
25. Fundación Chile. Identificación de competencias laborales a través del Análisis Funcional [en línea]. Santiago, Chile. 2003 [consulta 02 de mayo de 2009]. Disponible en: <<http://www.chilecalifica.cl/prc/n-0-complab1.pdf>>
26. Catalano A., Avolio de Colis S., Slasogna M. Diseño curricular basado en normas de competencia laboral: Conceptos y orientaciones metodológicas [en línea]. Buenos Aires. 2004 [consulta 02 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/dis_curr/pdf/dis_curr.pdf>
27. Agudelo, S. Certificación ocupacional. Manual didáctico, Montevideo, CINTERFOR/OIT, 1993.
28. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [en línea]. Madrid: RAE, 24 junio 2004 [consulta 15 de mayo de 2008]. Disponible en: <<http://www.rae.es>>

29. Fundación Chile. ¿Qué son las competencias laborales? [en línea]. Santiago, Chile. 2003 [consulta 16 de mayo de 2009]. Disponible en: <<http://www.chilecalifica.cl/prc/n-604-Competencias.pdf>>
30. Ducci, M.A. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional, en: Formación basada en competencia laboral, Montevideo: CINTERFOR/OIT, 1997.
31. Chile, Ministerio del Trabajo y Previsión Social; subsecretaría del Trabajo. Ley 20.267: Crea el sistema nacional de certificación de competencias laborales y perfecciona el estatuto de capacitación y empleo. Santiago, Chile, 25 de junio de 2008.
32. Irigoni M., Vargas F., Competencia Laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: CINTEFOR, 2002.
33. Fundación Chile. Competencias laborales [en línea]. Santiago, Chile. 2008 [consulta 02 de mayo de 2009]. Disponible en: <<http://www.chilecalifica.cl/WebCMOrientacionWeb/Documentos/88/1165122831146.doc>>
34. Revista *Educación Médica*. Gac Sanit, Benavides, FG et al. Las Competencias Profesionales en Salud Pública. 2006; 20 (3): 239-243. Barcelona.
35. Ruthes RM, Cunha ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem [en línea]. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008 [consulta el 06 de junio de 2009] Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>>

36. Revista *Educación Médica*. Carreras, J. Las facultades de medicina catalanas definen las competencias básicas comunes de los licenciados en medicina. 2005; 8(1): 8-9. Barcelona.
37. Revista *Educación Médica*. Millán, J. Las competencias clínicas. Volumen 8, Suplemento 2, Septiembre 2005. Madrid.
38. Thomas J. R., Nelson J. K. Métodos de investigación en actividad física. Editorial Paidotribo, 2007: 283.
39. García M., Ibáñez J., Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid, Alianza Universidad Textos, 1993: 141 – 70.
40. Casas J., Repullo J.R., Donado, J. La encuesta como herramienta de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Madrid: Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. 2003; 143 – 152 – 160.
41. Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid, Editorial Síntesis, 1998: 17 – 19.
42. Visauta B. Técnicas de investigación social: recogida de datos. Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, 1989.
43. División Político Administrativa del País. Gobierno de Chile, Ministerio del Interior. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo [en línea]. 2009 [consulta 18 de agosto de 2009]. Disponible en <<http://www.subdere.gov.cl/1510/article-73111.html#top>>

44. Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P. Metodología de la Investigación. 4ª edición, McGraw Hill, 2006: 156 – 232.

45. Base de Datos. Futuro laboral. [en línea] 2009 [consultado 11 de diciembre de 2009] Disponible en: <<http://www.futurolaboral.cl/documentos/futurolaboral.xls>>

46.- Federación de Profesionales de la Salud.[en línea] 2008 [consultado 11 de diciembre de 2009] Disponible en: <http://www.fenpruss.cl/fenpruss/publico/05_0000000582.htm>

47. Registro de Especialistas. DENAKE [en línea] 2009 [consultado 15 de diciembre de 2009] Disponible en: <<http://www.colegiodekinesiologos.cl/images/REGISTRO%20ESPECIALISTAS%202007.pdf>>

48. Directorio. Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas [en línea]. 2009. [consulta 16 de diciembre de 2009]. Disponible en: <<http://www.cruch.cl/directorio.html>>

18. ANEXOS.


18.1. Anexo 1. Documento “Perfil Ocupacional por Competencias del Kinesiólogo”.



Fuente: Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G.

Documento completo ubicado en sede Santiago del Colegio de Kinesiólogos de Chile A.G., Joaquín Díaz Garcés 090, Providencia, Santiago de Chile.

18.2. Anexo 2. Normas para la práctica de la terapia física, WCPT.



**World Confederation
for Physical Therapy**

Position statements reflect the Confederation's preferred opinion on issues affecting the practice of physical therapy and have a simple majority vote. Such statements are available to member organisations to adopt, fully or in part.

Position Statement

Standards of Physical Therapy Practice

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) aims to improve the quality of global healthcare by encouraging high standards of physical therapy education and practice. WCPT recognises the absolute importance of the development and documentation of agreed standards for the practice of physical therapy in support of this.

The Standards of Physical Therapy Practice are WCPT's statement of performance and conditions that they expect physical therapists to aspire to in order to provide high quality physical therapy professional services to society. They provide the foundation for the assessment of physical therapy practice. They represent the physical therapy profession's commitment to society to promote optimal health and function in individuals and populations by pursuing excellence in practice. These standards provide the basis for physical therapy practice in all settings, including but not limited to, clinics, hospitals, schools, and commercial premises.

Detail is provided on standards covering: administration and practice management, communication, community responsibility, cultural competence, documentation, education, ethical behaviour, informed consent, legal, patient/client management, personal/professional development, quality assurance, research and support personnel.

The standards have been developed with input from and specific reference to the Member Organisations (MOs) of WCPT. However, the standards may also be used by physical therapists in countries where a WCPT member organisation does not currently exist.

These standards are considered to be achievable Standards of Practice. They are presented as ideal standards to which all physical therapists should aspire as part of their professional responsibility. At the same time, it is recognised that some interpretation will be required based on the setting, resources and support systems available. It is acknowledged that individual MOs of WCPT may have their own more detailed Standards of Practice and these are not intended to replace them.

WCPT Secretariat
Kensington Charity Centre • 4th Floor Charles House • 375 Kensington High Street • London W14 8QH • UK
T +44 (0)20 7471 6765 • F +44 (0)20 7471 6766 • info@wcpt.org • www.wcpt.org

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) represents the physical therapy profession worldwide. WCPT is registered in the UK as a charity.

These standards apply to all physical therapists, whether newly qualified or highly specialist, in direct or indirect contact with patients/clients, carers, and other professional colleagues. Physical therapy practice is more than direct patient/client contact;¹ it includes how services are structured, managed and delivered. These standards reflect this. As highlighted in section 1.2, collaboration is essential to delivering high quality physical therapy services. Some of these standards cannot be achieved without collaboration with appropriate colleagues from other professions and health service managers.

The Standards of Practice document is a tool that may be used by physical therapists, patients/clients, members of the public, managers, and others who have an interest in providing or receiving high quality physical therapy services.²

1. ADMINISTRATION AND PRACTICE MANAGEMENT

1.1 Administration

- 1.1.1 A physical therapist is responsible for the direction of the physical therapy service.
- 1.1.2 The physical therapist who is responsible for the direction of the physical therapy service shall:
 - 1.1.2.1 Ensure compliance with statutory (e.g., local, state, regional, federal, provincial, institutional and national) requirements
 - 1.1.2.2 Ensure compliance with current professional documents, including Standards of Practice for Physical Therapy and Code of Ethics
 - 1.1.2.3 Ensure that services are consistent with the mission, purposes, and goals of the physical therapy service
 - 1.1.2.4 Review and updates policies and procedures and ensures that services are provided in accordance with them
 - 1.1.2.5 Provide for training of physical therapy support personnel that ensures continued competence for their job description
 - 1.1.2.6 Provide for continuous in-service training on safety issues and for periodic safety inspection of equipment by qualified individuals
 - 1.1.2.7 Undertake an evaluation of clinical practice, ensuring that:

¹ The term patient/client is used in this document as a generic term to refer to individuals and groups of individuals who can benefit from physical therapy interventions/treatments.

² Physical Therapy and Physiotherapy: The professional title and term used to describe the profession's practice vary and depend largely on the historical roots of the profession in the country of the WCPT Member Organisation. The most generally used titles and terms are 'physical therapist' or 'physiotherapist' and 'physical therapy' or 'physiotherapy'. Physical therapist and physical therapy are used in this document but may be replaced by WCPT Member Organisations in favour of those terms officially used by them and their members without any change in the meaning of the document.

- 1.1.2.7.1 Confidentiality is maintained throughout evaluation and audit activities
 - 1.1.2.7.2 Clinical documentation is audited regularly
 - 1.1.2.7.3 Clinical audit tools are used to evaluate clinical practice
 - 1.1.2.7.4 Where it is undertaken, physical therapists participate in multiprofessional audit
 - 1.1.2.7.5 Recommendations following audit are documented
- 1.1.3 The physical therapy manager ensures the provision of the following, as appropriate:
- 1.1.3.1 A job description for each staff member and a formal appraisal system
 - 1.1.3.2 Regular staff meetings
 - 1.1.3.3 Annual report
 - 1.1.3.4 Objectives of the organisation and an organisation chart
 - 1.1.3.5 All policies and procedures are available to staff
- 1.2 Collaboration**
- 1.2.1 The physical therapy service collaborates with all professionals as appropriate.
- 1.2.2 The physical therapist shall be aware of the qualifications and roles of other professionals involved in comprehensive patient/client care/management and practices in collaboration with them to provide quality patient/client services.
- 1.2.3 The collaboration when appropriate:
- 1.2.3.1 Uses a team approach to the care of patients/clients
 - 1.2.3.2 Provides instruction of patients/clients and families
 - 1.2.3.3 Ensures professional development and continuing education
- 1.2.4 When physical therapists are members of a multiprofessional team providing services for the patient/client, they will ensure that:
- 1.2.4.1 Relevant information is sought and communicated promptly and clearly within the team
 - 1.2.4.2 A system is in place for written communication with other members of the team
 - 1.2.4.3 Operational policies exist for cross referral to other professionals in the team, discharge, and transfer of patients/clients

1.2.4.4 Evidence exists of participation in case conferences, rounds, individual patient/client programme meetings, discharge planning, and collaborative patient/client records

1.2.4.5 The physical therapy goals comply with the team goals

1.3 Communication

1.3.1 Communication links exist between staff, the director/manager of the service, and the organisation to optimize the quality of the patient/client services provided.

1.3.2 The physical therapy director/manager ensures the appropriate communication and availability of service specific and organisational policies, procedures and documents including:

1.3.2.1 A job position description for each staff member and a formal appraisal system

1.3.2.2 Annual report

1.3.2.3 Objectives of the organisation and an organisation chart

1.4 Fiscal Management

1.4.1 The director/manager of the physical therapy service, in consultation with physical therapy staff and appropriate administrative personnel participates in planning for, and allocation of, resources. Fiscal planning and management of the service is based on sound accounting principles.

1.4.2 The fiscal management plan:

1.4.2.1 Includes a budget that provides for optimal use of resources

1.4.2.2 Ensures accurate recording and reporting of financial information

1.4.2.3 Ensures compliance with legal requirements

1.4.2.4 Allows for cost-effective utilization of resources

1.4.2.5 Uses a fee schedule that is consistent with the cost of physical therapy services and that is within customary norms of fairness and reasonableness

1.4.2.6 Considers option of providing pro bono services

1.5 Mission, Purpose, and Goals

1.5.1 The physical therapy service has a statement of mission, purposes, and goals that reflects the needs and interests of the patients/clients served, the physical therapy personnel affiliated with the service, and the community.

1.5.2 The statement of mission, purposes, and goals:

- 1.5.2.1 Defines the scope and limitations of the physical therapy service
- 1.5.2.2 Identifies the goals and objectives of the service
- 1.5.2.3 Is reviewed annually

1.6 Organisational Plan

- 1.6.1 The physical therapy service has a written organisational plan that:
 - 1.6.1.1 Describes relationships among components within the physical therapy service and, where the service is part of a larger organisation, between the service and the other components of that organisation
 - 1.6.1.2 Ensures that the service is directed by a physical therapist
 - 1.6.1.3 Defines supervisory structures within the service
 - 1.6.1.4 Reflects current personnel functions

1.7 Physical Setting

- 1.7.1 The physical setting is designed to provide a safe and accessible environment that facilitates fulfilment of the mission, purposes, and goals of the physical therapy service. The equipment is safe and sufficient to achieve the purposes and goals of physical therapy
- 1.7.2 The physical setting is planned, constructed, and equipped to provide adequate space and the proper environment to meet the professional, educational, and administrative needs of the service with safety and efficiency
- 1.7.3 The physical setting shall:
 - 1.7.3.1 Meet all applicable legal requirements for health and safety
 - 1.7.3.2 Have fire exits that are clearly marked and kept free of obstruction
 - 1.7.3.3 Meet space needs appropriate for the number and type of patients/clients served
 - 1.7.3.4 Provide reception and waiting facilities with consideration to people with disabilities
 - 1.7.3.5 Provide treatment areas that offer privacy, security, and comfort

1.8 Equipment

- 1.8.1 The equipment meets all applicable legal requirements for health and safety and accessibility.
- 1.8.2 The equipment is inspected and maintained routinely.

1.9 Policies and Procedures

1.9.1 The physical therapy service has written policies and procedures that reflect the mission, purposes, and goals of the service, and are consistent with the WCPT Member Organisation's standards, policies, positions, guidelines, and Code of Ethics.

1.9.2 The written policies and procedures:

1.9.2.1 Are reviewed regularly and revised as necessary

1.9.2.2 Meet the legal requirements

1.9.2.3 Apply to, but are not limited to:

- + Care of patients/clients, including guidelines
- + Clinical education
- + Clinical research
- + Collaboration
- + Competency assessment
- + Continuing education/professional development
- + Criteria for access to care
- + Criteria for initiation and continuation of care
- + Criteria for referral to other appropriate health care providers
- + Criteria for termination of care
- + Disaster plan
- + Documentation
- + Emergency plans (to include patient/client and facility)
- + Equipment maintenance, including urgent repair and replacement
- + Fiscal management
- + Improvement of quality of care and performance of services
- + Infection control
- + Job/position descriptions
- + Patient and environmental safety and health issues
- + Personnel
- + Rights of patients/clients
- + Staff orientation
- + Transfer of patients

1.10 Referral

- 1.10.1 A referral system is in place to ensure that patients/clients can access a physical therapist either by direct access or from an appropriate referral source.

1.11 Staff

- 1.11.1 The physical therapy personnel affiliated with the physical therapy service have demonstrated competence and are sufficient in number to achieve the mission, purposes, and goals of the service.
- 1.11.2 The physical therapy service has staff that:
- 1.11.2.1 Meet all legal requirements regarding licensure, registration and certification of appropriate personnel
 - 1.11.2.2 Ensure that the level of expertise within the service is appropriate to the needs of the patients/clients served
- 1.11.3 Staff members are aware of their responsibilities as employees under any appropriate Health and Safety Acts and attend training sessions as necessary.
- 1.11.4 Staff participate in the quality assurance programme, and information from quality assurance activities is accessible to all staff.

1.12 Staff Development

- 1.12.1 The physical therapy service has a written plan that provides for appropriate and ongoing staff development.
- 1.12.2 The staff development plan:
- 1.12.2.1 Includes self-assessment, individual goal setting, and organisational needs in directing continuing education and learning activities
 - 1.12.2.2 Includes strategies for lifelong learning and professional and career development
 - 1.12.2.3 Includes mechanisms to foster mentorship activities

2 COMMUNICATION

- 2.1 The physical therapist knows that communication is an integral element of every patient/client and professional encounter and facilitates the provision of effective and appropriate physical therapy services.
- 2.2 The physical therapist communicates and coordinates all aspects of patient/client management including the results of the initial examination/assessment and evaluation, diagnosis, prognosis, plan of care/intervention/treatment, response to interventions/treatment, changes in patient/client status relative to the

Interventions/treatments, re-examination, and discharge/discontinuation of intervention/treatment and other patient/client management activities.

- 2.3 The physical therapist provides the patient/client or parents, guardians, carers, or others designed to act on the behalf of the patient/client who is not competent, with relevant clear, concise written and verbal information ensuring that:
 - 2.3.1 The role of the physical therapist is explained during the initial contact
 - 2.3.2 The discretion of the physical therapist is used in the discussion of the diagnosis with the patient/client
 - 2.3.3 Treatment plans, goals, and predicted outcomes are agreed upon between the patient/client and the physical therapist and any changes in previously agreed intervention/treatment plans are discussed and agreed upon with the patient/client
 - 2.4 The physical therapist, when communicating with appropriate carers, respects the wishes of both the patient/client and carer.
 - 2.5 The physical therapist communicates with other physical therapists to ensure continuity of effective patient/client services and facilitates the use of available clinical expertise.
 - 2.6 The physical therapist, when communicating with members of a multiprofessional team providing services for the patient/client, ensures that information is both sought and communicated promptly and clearly within the team, and a system exists for written communication with other members of the team.
- 3 COMMUNITY RESPONSIBILITY**
- 3.1 The physical therapist takes an active part and demonstrates community responsibility by, for example, participating in community and community agency activities, educating the public, formulating public policy, providing consultative services for the MO's public health infrastructure, or providing pro bono physical therapy services.
- 4 CULTURAL COMPETENCE**
- 4.1 The physical therapist acquires skills to better understand people from differing cultures in order to achieve the best possible health outcomes.
 - 4.2 Physical therapists show respect and sensitivity to people and communities, taking into account their spiritual, emotional, social and physical needs.
 - 4.3 Physical therapy is planned and delivered in a way that respects cultural values, requirements and variations.
 - 4.4 Physical therapists should identify their own cultural realities, knowledge and limitations.

4.5 The cultural values of the physical therapist are acknowledged and respected.

5 DOCUMENTATION

5.1 The physical therapist clearly documents all aspects of patient/client care/management including the results of the initial examination/assessment and evaluation, diagnosis, prognosis, plan of care/intervention/treatment, interventions/treatment, response to interventions/treatment, changes in patient/client status relative to the interventions/treatment, re-examination, and discharge/discontinuation of intervention and other patient/client management activities.

5.2 Physical therapists ensure that the content of documentation:

5.2.1 Is accurate, complete, legible and finalised in a timely manner

5.2.2 Is dated and appropriately authenticated by the physical therapist

5.2.3 Records equipment loaned and/or issued to the patient/client

5.2.4 Includes, when a patient/client is discharged prior to achievement of goals and outcomes, the status of the patient/client and the rationale for discontinuation

5.2.5 Includes reference to appropriate outcome measures, where possible

5.3 Physical therapists make sure that documentation is used properly by ensuring it is:

5.3.1 Stored securely at all times in accordance with legal requirements for privacy and confidentiality of personal health information

5.3.2 Only released, when appropriate, with the patient's/client's permission

5.3.3 Consistent with reporting requirements

5.3.4 Consistent with international and national data standards where possible

6 EDUCATION

6.1 The physical therapist contributes to the education of health professionals.

6.1.1 The physical therapist participates in the education of students by supervision.

6.1.2 The physical therapist educates and provides consultation to other health professionals regarding the purposes and benefits of physical therapy.

6.2 The physical therapist contributes to the education of the public.

6.2.1 The physical therapist educates and provides consultation to consumers, the general public, community organisations, clubs, and associations regarding the purposes and benefits of physical therapy, and the roles of the physical therapist and other support personnel.

7 ETHICAL BEHAVIOUR

- 7.1 The physical therapist practices according to a Code of Ethics that is consistent with WCPT's Ethical Principles.

8 INFORMED CONSENT

- 8.1 The physical therapist shall inform the patient/client verbally, and where required in writing, of the nature, expected duration, and cost of intervention/treatment prior to the performance of such activities.
- 8.2 The physical therapist shall document in the clinical notes when consent is received, implied, or expressed. Once consent has been received, the intervention/treatment plan may be instituted.
- 8.3 Patients/clients, wherever possible, are given information as to the physical therapy interventions/treatments proposed, so that the patient/client is:
- 8.3.1 Aware of the findings of the examination/assessment
 - 8.3.2 Given an opportunity to ask questions and discuss the preferred interventions/treatments, including any significant side effects, with the physical therapist
 - 8.3.3 Given the opportunity to decline particular modalities in the plan of intervention/treatment
 - 8.3.4 Given the opportunity to discontinue intervention/treatment
 - 8.3.5 Encouraged to be involved in the examination/assessment process and to volunteer information that may have a bearing on the physical therapy programme
- 8.4 For patients/clients who are determined not competent to give informed consent (e.g., children, individuals who are unconscious, have mental health problems, or are elderly and confused), consent is obtained wherever possible from parents, guardians, carers, or others designed to act on their behalf. In each case, the physical therapist shall:
- 8.4.1 Ascertain which agency or person is acting on the patient's/client's behalf
 - 8.4.2 Provide the patient's/client's agent with all relevant information, and give the agent the opportunity to decline the physical therapy intervention
 - 8.4.3 Provide information to patients in such a way as to allow for nonverbal responses
- 8.5 The physical therapist obtains the consent of the patient/client prior to touching the patient/client in any part of the patient/client management process.
- 8.6 The physical therapist obtains written consent of the patient/client for participation in teaching of physical therapy and in physical therapy research.

8.7 The procedure for informed consent must comply with local legislation.

9 LEGAL

9.1 The physical therapist complies with all the laws and legal requirements of the jurisdiction in which they practice and the body which regulates the practice of physical therapy.

9.2 The physical therapist possesses a license to practice that is granted for the legislative jurisdiction in which the physical therapist practices.

9.3 The physical therapist shall not release patient information to a third party without consent of the patient/client or legal authorisation.

9.4 The physical therapist with first-hand knowledge shall report violations by physical therapy personnel of laws and legal requirements of the jurisdiction.

10 PATIENT/CLIENT MANAGEMENT/CARE

10.1 Initial Examination/Assessment, Evaluation, Diagnosis, and Prognosis

10.1.1 The physical therapist performs an initial examination/assessment and evaluation to establish a diagnosis and prognosis prior to intervention/treatment.

10.1.2 The physical therapist examination:

10.1.2.1 Is documented, dated, and appropriately authenticated by the physical therapist who performed it

10.1.2.2 Identifies the physical therapy needs of the patient/client

10.1.2.3 Incorporates appropriate tests and measures to facilitate outcome measurement

10.1.2.4 Produces data that are sufficient to allow evaluation, diagnosis, prognosis, and the establishment of a plan of care/interventions/treatment

10.1.2.5 May result in recommendations for additional services to meet the needs of the patient/client

10.1.2.6 Provides written evidence of the reasons why no further management has been given to the patient/client and, when appropriate, to the carer

10.2 Plan of Care/Interventions/Treatments

10.2.1 The physical therapist establishes a plan of care/interventions/treatments and manages the needs of the patient/client based on the examination, evaluation, diagnosis, prognosis, goals, and outcomes of the planned interventions/treatments for identified disabilities (impairments, activity

limitations and participation restrictions) and/or for prevention, health promotion, fitness, and wellness.

10.2.2 The physical therapist collaboratively involves the patient/client and others as appropriate in the planning, implementation, and assessment of the plan of care/intervention/treatment.

10.2.3 The physical therapist, in consultation with appropriate disciplines, plans for discharge of the patient/client taking into consideration achievement of anticipated goals and expected outcomes, and provides for appropriate follow-up or referral.

10.2.4 The plan of care/intervention/treatment:

10.2.4.1 is based on the examination, evaluation, diagnosis, and prognosis and informed by current evidence

10.2.4.2 identifies goals and outcomes

10.2.4.3 describes the proposed intervention/treatment, including frequency and duration

10.2.4.4 includes documentation that is dated and appropriately authenticated by the physical therapist who established the plan

10.3 Interventions/Treatment

10.3.1 The physical therapist provides, or directs and supervises, the physical therapy intervention/treatment consistent with the results of the examination, evaluation, diagnosis, prognosis, and plan of care/intervention/treatment.

10.3.2 The intervention/treatment:

10.3.2.1 is based on the examination, evaluation, diagnosis, prognosis, plan of care/intervention/treatment and informed by current evidence

10.3.2.2 is provided by or under the ongoing direction and supervision of the physical therapist

10.3.2.3 is provided in such a way that directed and supervised responsibilities are commensurate with the qualifications and the legal limitations of support personnel

10.3.2.4 is altered in accordance with changes in response or status

10.3.2.5 is provided at a level that is consistent with current physical therapy practice

10.3.2.6 is interprofessional when necessary to meet the needs of the patient/client

10.3.2.7 Documentation of the Intervention is consistent with established guidelines

10.3.2.8 Is dated and appropriately authenticated by the physical therapist

10.4 Re-examination

10.4.1 The physical therapist re-examines the patient/client as necessary during an episode to evaluate progress or change in patient/client status and modifies the plan accordingly or discontinues physical therapy services.

10.4.2 The physical therapist re-examination:

10.4.2.1 Is documented, dated, and appropriately authenticated by the physical therapist who performs it

10.4.2.2 Includes modifications to the plan of care/intervention/treatment

10.5 Discharge/Discontinuation of Intervention/Treatment

10.5.1 The physical therapist discharges the patient/client from physical therapy services when the anticipated goals or expected outcomes for the patient/client have been achieved.

10.5.2 The physical therapist discontinues intervention/treatment when the patient/client is unable to continue to progress toward goals or when the physical therapist determines that the patient/client will no longer benefit from physical therapy.

10.5.3 The physical therapist recognises that the patient/client has a right to discontinue treatment/intervention at any time.

10.6 Patient/Client Collaboration

10.6.1 Within the patient/client management process, the physical therapist and the patient/client establish and maintain an ongoing collaborative process of decision-making that exists throughout the provision of services.

10.7 Referral

10.7.1 Where the examination, diagnostic process, or any change in status reveals findings outside the scope of knowledge, experience, and/or expertise of the physical therapist, the patient/client shall so be informed and referred to the appropriate practitioner/professional.

10.7.2 A referral system should be in place to other clinical specialists.

10.7.3 A procedure should be in place for the transfer of patients/clients.

11 PERSONAL/PROFESSIONAL DEVELOPMENT

- 11.1 The physical therapist is responsible for individual professional development and must maintain a high level of professional competence by continued participation in varied learning experiences.
- 11.2 The physical therapist identifies their learning needs with support from appropriate peers/managers taking account of: development needs related to the enhancement of the individual's scope of practice, feedback from performance data, mandatory requirements, new innovations in practice, the needs of their organisation and career aspirations.
- 11.3 The physical therapist continues to update and extend their knowledge and skills through a variety of learning opportunities and keeps up to date with developments in research and evidence based practice.
- 11.4 The physical therapist is an active participant of an appropriate peer review appraisal system in their workplace.
- 11.5 The physical therapist complies with regulatory requirements in their country, where they exist.

12 QUALITY ASSURANCE

- 12.1 The physical therapy service has a written plan for continuous improvement of quality of care and performance of services.
- 12.2 The physical therapist shall demonstrate commitment to quality assurance by peer review and self-assessment.
- 12.3 The improvement plan:
 - 12.3.1 Provides evidence of ongoing review and evaluation of the physical therapy service
 - 12.3.2 Provides a mechanism for documenting improvement in quality of care/services and performance
 - 12.3.3 Is consistent with requirements of external agencies, as applicable
 - 12.3.4 Includes specification of contracts with purchasers
 - 12.3.5 Quality assurance activities focus on service user satisfaction by ensuring that:
 - 12.3.5.1 A system is in place for monitoring service user satisfaction
 - 12.3.5.2 Service users are invited to make suggestions about services provided
 - 12.3.5.3 A complaints procedure exists including a system for response

13 RESEARCH

- 13.1 The physical therapist applies research findings to practice and encourages, participates in, and promotes activities that establish the outcomes of patient/client management provided by the physical therapist.
- 13.2 The physical therapist shall advance the science of physical therapy by conducting and/or supporting research activities or by assisting those engaged in research.
- 13.3 The physical therapist:
 - 13.3.1 Ensures that their knowledge of research literature related to practice is current
 - 13.3.2 Ensures that the rights of research subjects are protected, and the integrity of research is maintained
 - 13.3.3 Participates in the research process as appropriate to individual education, experience, and expertise
 - 13.3.4 Educates physical therapists, students, other health professionals, and the general public about the outcomes of physical therapist practice
- 13.4 The physical therapist recognises research as an integral part in the continuing growth and development of the profession.
- 13.5 The physical therapist conducting a research project has sufficient knowledge of research principles and methodology and adheres to international standards for performing research on human subjects.

14 SUPPORT PERSONNEL (where applicable)³

- 14.1 Support personnel must be clearly identified as 'support personnel' so that the patient/client is never in doubt that the employee is not a physical therapist.
- 14.2 Support personnel must at all times be under the direction and supervision of the physical therapist when implementing direct interventions/treatment. This should reflect WCPT's position statement on support personnel.
- 14.3 The physical therapist should not delegate any activity that requires the unique skill, knowledge, and judgment of the physical therapist.

RESOURCE DOCUMENTS

American Physical Therapy Association (2003) Standards of Practice for Physical Therapy APTA, Alexandria, USA.

³The term support personnel is used in a generic sense to encompass a range of employment classifications such as assistant, aide, technician or helper.

European Region of WCPT (2002) *European Core Standards of Physiotherapy Practice*. ER-WCPT, Brussels, Belgium.

New Zealand Society of Physiotherapists (2006) *Standards of Physiotherapy Practice*. New Zealand Society of Physiotherapists, Wellington, New Zealand.

[A list of relevant documents available from WCPT's Member Organisations will be compiled and made available on the WCPT website.]

Date adopted:	Adopted at the 16 th WCPT General Meeting June 2007.
Date for review:	2011
Related WCPT Policies:	<p>Declaration of Principle: Quality Services</p> <p>Declaration of Principle: Standards of Practice</p> <p>Declaration of Principle: Relationship with other Health Professionals</p> <p>Position Statement: Support Personnel for Physical Therapy Practice</p> <p>Position Statement: Description of Physical Therapy</p>

Copyright © World Confederation for Physical Therapy 2007

18.3. Anexo 3. Tabla de puntajes para certificación de especialidad kinésica.

TABLA DE PUNTAJES PARA CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD	
FORMACIÓN TEORICA	PUNTOS
Cursos – Congresos – Seminarios - Jornadas (sin evaluación)	1 ptos. c/20 horas
Cursos aprobados con evaluación	1.5 ptos. p/hora
Cursos con certificación internacional (ej. Bobath, Vojta)	3 ptos. por hora
Ponencia nacional (Ej.: Tema libre)	10 ptos. por vez
Ponencia nacional invitado	15 ptos. por vez
Ponencia internacional	15 ptos. por vez
Ponencia internacional invitado	30 ptos. por vez
Miembro Sociedad Científica	15 ptos. por vez (miembro activo)
Profesor universitario de post título afin	5 + (0.2 x hora x año)
Profesor universitario de asignatura afin	3 +(0.2 x hora x año)
Director o Coordinador de Programa Especialización o Diplomado (superior a 120 hrs. académicas)	50 ptos. por cada Programa
Docente clínico	2.5 + (0.2 x hora x año)
Pasantías en centros especializados sin evaluación	1 pto. cada 20 horas
Integrante en Comité Científico de Jornadas y Congresos Nacionales de la Especialidad	5 ptos. por vez
Integrante en Comité Científico de Jornadas y Congresos Internacionales de la Especialidad	15 ptos. por vez
Revisor Tesis (en la especialidad)	5 ptos. por tesis
Tutor tesis (en la especialidad)	10 ptos. por tesis
Exámenes de Título o Grado	10 ptos. por año
Publicaciones de Libros de la Especialidad	100 ptos.
Editor Libro	50 ptos.
Autor Capítulo Texto	30 ptos.
Participación Comité Editorial	10 ptos.
Autor paper investigación c/comité editorial	45 ptos.
Autor Revisión Bibliográfica	15 ptos.
Traductor de Libro de Especialidad	75 ptos.
Traducción publicada de paper de especialidad	10 ptos.

Fuente: Departamento Nacional de Acreditación de Especialidades en Kinesiología.

18.4. Anexo 4. Certificado de acreditación de legitimidad de situación académica.

 **Universidad de Valparaíso**
CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE KINESIOLOGÍA

26/2009.

CERTIFICADO

La Dirección de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de Valparaíso, certifica que los alumnos **Andrés Rubio Varas Rut. 15.072.890-8** y **Sebastián González Astele Rut. 15.852.099-0**, son alumnos tesistas de nuestra carrera, el cual se encuentran realizando una encuesta para el desarrollo de su tesis.

Se otorga el presente certificado para ser presentado en lo que estimen conveniente.-

Valparaíso, 04 de agosto de 2009.




Kigo. Andrés Orellana Uribe
Director
Carrera de Kinesiología.
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso

FONO FAX 56 – 32- 2508881-2508884 -2508885
PEDRO MONTT Nº 2421, VALPARAÍSO

Fuente: Dirección de la Carrera de Kinesiología, Universidad de Valparaíso.

18.5. Anexo 5. Encuesta, parte 1 y 2.



Encuesta sobre nivel de importancia de las actividades kinésicas.

A continuación le presentamos una encuesta de carácter anónimo que consta de dos partes y que tiene por objetivo establecer la importancia que se le otorga a las actividades que puede realizar el profesional kinesiólogo.

Lea cuidadosamente antes de responder, marque con una "X" cuando corresponda y complete brevemente las preguntas de desarrollo con letra impresa.

Parte I

Sexo: M F Edad: _____

1. Indique el área kinésica en la cual usted se desempeña principalmente (Ej. Músculo-esquelética, Respiratoria, Neurológica, etc.). Elija sólo una alternativa.

2. Indique el sector laboral en el cual usted se desempeña principalmente. Elija sólo una alternativa.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención Pública Primaria | <input type="checkbox"/> Atención Privada |
| <input type="checkbox"/> Atención Pública Terciaria | <input type="checkbox"/> Ejercicio libre de la profesión |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

3. Indique su tiempo, en años, de experiencia laboral como profesional kinesiólogo(a). (Ej. Menos de 1 año, 3 años, 8 años, 15 años, etc.).

4. Nombre el establecimiento educacional del cual usted egresó de la carrera de Kinesiología.

Felipe Flores M. – Sebastián González A. – Andrés Rubio V.

Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Carrera de Kinesiología

Muchas Gracias por su colaboración.

Fuente: Elaboración propia

Parte II

Indique numéricamente del 1 al 5 el nivel de importancia que usted le adjudica a cada una de las siguientes actividades que puede realizar el profesional kinesiólogo(a), en donde:

- 1: Muy Importante 3: Indiferente 5: Sin importancia
 2: Importante 4: Poco importante

ACTIVIDADES	IMPORTANCIA
Registrar antecedentes personales, mórbidos y factores de riesgo.	
Realizar análisis clínico de datos recogidos en anamnesis, ficha clínica y exámenes complementarios.	
Examinar cambios en la función y en la estructura corporal.	
Revisar sistemas y estructuras corporales (incluye aplicar test y realizar mediciones).	
Observar y cuantificar funciones relacionadas con el movimiento global: patrones normales de movimiento, manipulación, incorporación, marcha, transferencias.	
Evaluar factores ambientales e identificar cualitativa y cuantitativamente factores de riesgo y factores protectores derivados del ambiente físico, social y psicológico.	
Valorar los productos y tecnología disponibles para el paciente en: actividades de la vida diaria, movilidad, transporte, comunicación, arquitectura, educación, entorno natural y otros.	
Valorar el impacto funcional que ejercen los distintos factores (ambientales, personales, etc.) sobre el paciente.	
Valorar los factores que influyen en la adhesión del tratamiento.	
Analizar hallazgos de la evaluación kinésica.	
Formular conclusión de diagnóstico kinésico.	
Comparar el diagnóstico de ingreso con el diagnóstico kinésico y derivar cuando corresponda.	
Identificar y priorizar problemas o impedimentos para el tratamiento kinésico.	
Determinar objetivos de tratamiento kinésico.	
Definir las intervenciones realizadas al paciente (estrategias y procedimientos de fisioterapia y/o kinesiología).	
Determinar las necesidades de recursos kinésicos a fin de prever y proveer soportes e implementos terapéuticos.	
Programar parámetros de frecuencia, intensidad y duración, así como también dosificar medicamentos según protocolos IRA, ERA, SAMU u otros.	
Proyectar la evolución clínica del paciente en una unidad de tiempo, con y sin intervención terapéutica.	
Realizar fomento y promoción de la salud	
Detectar riesgos e intervenir oportunamente para prevenir complicaciones en etapas preclínicas y clínicas.	
Prevenir la recurrencia de enfermedades prevalentes.	
Contribuir a recuperar las funciones y estructuras corporales, basados en un concepto integral de individuo.	
Disminuir el impacto de la discapacidad y propiciar la reinserción social.	
Realizar intervenciones comunitarias y/o del medio ambiente potenciando agentes facilitadores y modificando o eliminando barreras, vivienda, arquitectura, urbanismo, señalética, espacios públicos, puestos de trabajo, etc.	
Disminuir signos y síntomas que comprometan negativamente la calidad de vida del paciente terminal y su familia	

Fuente: Elaboración propia