

**Tema 4: Educación para la salud. Comunicación.
Metodología de la educación para la salud. Programas de
intervención comunitaria y prevención. El papel del
fisioterapeuta en la formación**





Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Autora

Dra. Raquel Faubel



Índice

1. EDUCACIÓN Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD	3
1.1 Promoción de la salud	3
1.2 Educación para la salud y Alfabetización en salud	4
1.3 Alfabetización en salud	4
2. COMUNICACIÓN Y SALUD	7
2.1 La comunicación como habilidad humana.....	7
2.2 La comunicación fisioterapeuta-ciudadano.....	8
2.3 La comunicación en el marco de la toma de decisiones	10
3. METODOLÓGIA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD	11
4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.....	13
5. EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN LA FORMACIÓN.....	14
5.1 Título universitario	14
5.2 Posgrado universitario.....	15
5.3 Formación continuada.....	17
5.4 Formación en el EVES.....	19
6. BIBLIOGRAFÍA.....	21



1. Educación para la salud y alfabetización en salud

1.1 Promoción de la salud

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto implica un cambio de paradigma ya que la salud no se limita a su sentido negativo como ausencia de enfermedad, sino que es más bien un concepto positivo que hace hincapié en los distintos recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas que posibilitan una vida mejor. Esto tiene implicaciones también para los servicios sanitarios que dejan de centrarse en el tratamiento y comienzan a implicarse en nuevas funciones como la prevención de riesgos para la salud y la promoción de la salud.

La salud pública va más allá de los servicios sanitarios, definiéndose como la ciencia y arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Es decir, son actividades conjuntas de la sociedad dirigidas a la salud de individuos, grupos específicos o la población. Para ello, utiliza herramientas como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

La promoción de la salud se define en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986¹ como un proceso que posibilita que las personas aumenten su control sobre los determinantes de salud para mejorarla. Entendiendo por tales la gama de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones². Por tanto, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Esto evidencia la relación existente entre la salud y las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida de las personas haciendo necesaria la comprensión holística de la salud. Además, la participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Por otro lado, en este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Se puede distinguir entre prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.



La implicación del fisioterapeuta en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es clara y necesaria. En las últimas décadas se ha modificado el rol del profesional que deja de centrarse en el tratamiento y la terapéutica para involucrarse también en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.2 Educación para la salud y Alfabetización en salud

A menudo se utilizan como sinónimos dos términos – educación para la salud y alfabetización en salud- que están muy relacionados, aunque tienen matices diferentes. Se considera educación para la salud el proceso de enseñanza-aprendizaje encaminado a aumentar la alfabetización en salud de una población determinada, mediante la adquisición de conocimiento y el desarrollo de habilidades conducentes a una mejora de la salud individual y comunitaria. Es decir, el objetivo de la educación para la salud es aumentar la alfabetización en salud de la población. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Por otro lado, según la OMS, la alfabetización en salud son las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud². El término “alfabetización en salud” -que en España no ha tenido gran difusión hasta hace bien poco- es la traducción al español del término inglés *health literacy*.

1.3 Alfabetización en salud

Partiendo de una concepción clásica del término alfabetización como la adquisición de competencias, este concepto ha evolucionado a través de varios autores y podemos encontrar hasta 16 definiciones diferentes para alfabetización en salud. Estas definiciones tienen en común la capacitación para entender la información en salud y que permita también tomar decisiones apropiadas en este ámbito. Algunas remarcan también el enfoque no sólo desde la salud individual sino también de la comunidad.

Mediante el acceso a la información sanitaria y su capacidad para utilizarla con eficacia (ya que el mero acceso a la información no garantiza su aprovechamiento) la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. Se podría definir el empoderamiento (en salud) como



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

adquirir un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a la salud de la persona y, por ende, a la salud de la comunidad.

Los factores que condicionan la alfabetización en salud se pueden clasificar según si están vinculados al individuo (personales) o al contexto, y según si son estables o dinámicos y si son modificables o no modificables como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. FACTORES CONDICIONANTES DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

	Factor	Estable/Dinámico	Modificable/No modificable
Factores condicionantes personales.	Sexo	Estable	No modificable
	Edad	Dinámico	No modificable
	Grupo étnico	Estable	No modificable
	Capacidades físicas	Dinámico	Modificable
	Capacidades cognitivas	Dinámico	Modificable
	Ideas y creencias	Dinámico	No modificable
Factores condicionantes situacionales	Nivel socioeconómico	Dinámico	Modificable
	Experiencia de enfermedad	Dinámico	Modificable
	Experiencia de uso del sistema	Dinámico	Modificable
	Conocimientos y habilidades adquiridas	Dinámico	Modificable
	Integración vs exclusión social	Dinámico	Modificable
	Motivación	Dinámico	Modificable

La baja alfabetización en salud se asocia con peores capacidades para el autocuidado y para el mantenimiento de estilos de vida saludables, peor adherencia terapéutica, más conductas de riesgo, dieta inadecuada, tabaquismo, sedentarismo... Por otro lado, también se relaciona con el uso de servicios sanitarios (peor acceso, menor uso de servicios preventivos como la vacunación, comprensión inadecuada de la información en salud...)

El modelo de Sorensen et al. que se muestra en la figura 1 establece cuatro dimensiones de la alfabetización en salud (acceder a la información, comprenderla, evaluar la información y tomar las decisiones adecuadas) que actuarán en los tres niveles: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención y cuidado del enfermo.

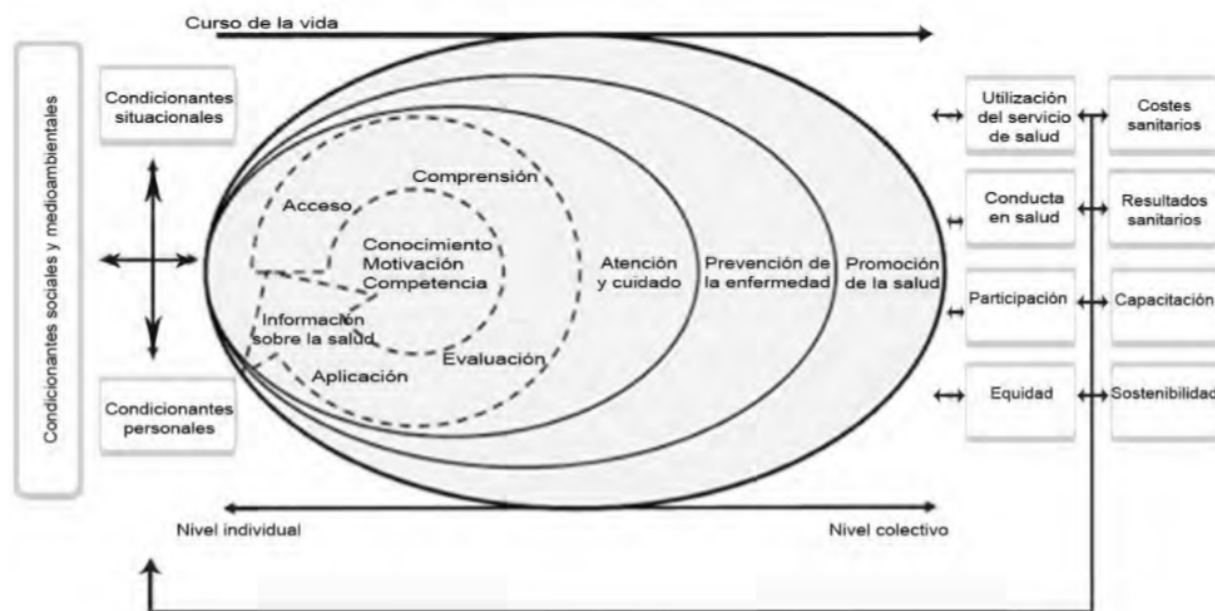


FIGURA 1. MODELO DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD (SORENSEN, 2012)

Por tanto, resulta muy interesante tratar de cuantificar el nivel de alfabetización de personas y comunidades para que nos permita a su vez cuantificar las consecuencias, analizar los costes o establecer estrategias de mejora a las estrategias de educación para la salud. Para ello se requieren herramientas estandarizadas y se han desarrollado varias entre las que podemos destacar el cuestionario *European Health Literacy Survey* (HLS-EU). Este cuestionario de 47 ítems refleja el modelo de Sorensen y clasifica la alfabetización en salud en inadecuada, problemática, suficiente o excelente.



2. Comunicación y salud

2.1 La comunicación como habilidad humana

La comunicación es una habilidad humana, una capacidad para la vida que nos permite relacionarnos; constituir nuestras identidades individual, grupal y colectiva; compartir determinadas normas, hábitos y conductas (e incluso discutir sobre la adecuación de ellas a nuestra realidad); y, sobre todo, ir evolucionando como sociedad a partir de la creación, desarrollo y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Y, por tanto, constituye un elemento fundamental en los procesos de salud.

Según la consideración clásica, los elementos del proceso de comunicación son: emisor (fuente productora del mensaje), receptor (a quien se transmite), mensaje (contenido), código (conjunto de signos que permite transmitir el mensaje), contexto (conjunto de circunstancias en las que se produce el mensaje) y canal (medio físico por el que circula el mensaje).

En el ámbito de la salud se habla de distintos conceptos como comunicación para la salud, comunicación en salud, comunicación sanitaria o información sanitaria empleándolos a veces como sinónimos, aunque tienen matices diferentes. En cuanto a la comunicación para la salud, la OMS establece que tiene como finalidad mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Mientras que la comunicación sanitaria se establece más para aquella que se ejerce desde la institución sanitaria siendo más profesionalista y más centrada en la enfermedad, y no tanto en la salud. Por otro lado, la información sanitaria se reserva más para aquellos procesos con finalidad divulgativa o docente. Así, parece que la finalidad es lo que distingue a los diferentes términos. Por ello, algunos autores proponen el uso de “comunicación y salud” para definir la intersección entre comunicación y salud sin distinguir entre finalidad.

A nivel conceptual, se pueden considerar dos perspectivas o modelos de abordaje de la comunicación y salud⁸:

- modelo informacional o instrumental: es el más tradicional, basado en la creencia de que se puede cambiar la realidad con el solo recurso de poner en circulación una serie de mensajes de forma unidireccional
- modelo relacional: analiza los diferentes actores que participan en el proceso, reconociendo las características, necesidades y motivaciones de los destinatarios y buscando establecer nexos a partir de los condicionantes culturales y sociales que constituyen su marco de interpretación de la realidad

En el modelo informacional se considera que existe una relación directa entre el emisor, la creación de un estímulo, y la producción de una respuesta. Se asume que emisor y receptor comparten sus



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

códigos y por tanto, no puede haber incompreensión o malentendidos. El saber se considera una fuente de poder y por tanto se otorga un gran poder al profesional sanitario y a los medios de comunicación masivos. Sin embargo, este modelo no tiene en cuenta que para producir un cambio se necesita una primera fase de información –donde aumenta el conocimiento- y una segunda fase de toma de decisiones.

El modelo relacional no entiende la comunicación de forma determinista, como algo lineal (Emisor-estímulo-receptor) sino que incluye las entidades de producción, circulación y reconocimiento que son dinámicas y variables en el tiempo. Asimismo, asume que la cultura nos condiciona para reconocer e interpretar la realidad y que existen mediaciones (familia, escuela, entorno...) que condicionan el sentido que atribuimos a la realidad. En resumen, el modelo informacional se basa en “dar información a” y el relacional en “establecer procesos de comunicación con”.

En el ámbito de la salud, se podría destacar la comunicación entre diferentes actores: comunicación entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos, la comunicación entre organizaciones sanitarias y los ciudadanos, la comunicación entre pacientes, los medios de comunicación y la comunicación desde las empresas (marketing).

2.2 La comunicación fisioterapeuta-ciudadano

En el acto de la consulta se produce la comunicación entre el profesional sanitario, en este caso el fisioterapeuta, y el ciudadano que realiza la consulta que puede ser un paciente para consultar sobre su enfermedad, un familiar o una persona sana sobre su estado de salud.

2.2.1. Factores del proceso de la comunicación

Una comunicación efectiva requiere que todos los elementos que participan se produzcan correctamente. Así, podemos clasificar algunos de los problemas que nos podemos encontrar según el elemento donde se produzca:

- En la fuente/emisor: las habilidades de comunicación e interpersonales del emisor, y algunos fenómenos psicológicos como la transferencia o la empatía pueden dificultar el proceso de comunicación. También si no se expresa con claridad o escribe de forma que no se entiende.
- En el mensaje: cuando es incompleto, poco claro o ambiguo.
- En el código lingüístico o en el código no lingüístico (visual, gestual o acústico). Para que el código sea efectivo, emisor y receptor deben manejar el mismo código.
- En el receptor: factores físicos, psicológicos o de diversidad funcional o en el aprendizaje podrían dificultar la comunicación.



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

- En el contexto o canal: la iluminación, el ruido en el ambiente o los objetos del entorno para afectar a la comunicación.

2.2.2. *Habilidades del profesional*

La formación en habilidades de comunicación y habilidades de relaciones interpersonales debería ser una parte importante en la formación curricular de todos los profesionales sanitarios y en su formación continuada. La utilización de técnicas como el *role-playing* o la simulación de roles es una de las formas de aprendizaje y evaluación de estas habilidades entrenándolas a través de situaciones reales.

Las habilidades de comunicación incluyen:

- el comportamiento no verbal (tono, volumen, fluidez, velocidad y claridad de la voz y también expresión facial, mirada, postura, aspecto, gestos...),
- escuchar: para adquirir la información del ciudadano que consulta y mantener relación de confianza,
- preguntar: habilidad que permite recoger información y mostrar interés y empatía. Importante cuidar la forma como preguntamos: amable y respetuosa, con actitud y ritmo adecuado.
- Sentir: habilidad que permite transmitir empatía, para ponernos en el lugar de la persona que consulta.

Las habilidades de relación interpersonal, por otro lado, se basan en tres pilares fundamentales: la sinceridad (la relación ha de ser honesta y veraz), confianza y respeto.

2.2.3. *Consideraciones prácticas para los profesionales sanitarios*

- Conocer el contexto sociocultural del paciente. Usar lenguaje claro evitando exceso de tecnicismos científicos.
- Estar atentos para adoptar actitud de escuchar
- Crear un ambiente distendido que permita la expresión del ciudadano cuando quiere expresar algo.
- Favorecer situaciones de comunicación con el paciente y en la medida de lo posible, no interrumpirle cuando trata de expresarse.
- Ser conscientes de que su actitud general influye de forma favorable o desfavorable en la comunicación
- No deben percibirse en el profesional desinterés por su situación
- Evitar emitir juicios de valor u opinión



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Los factores favorables son el léxico adecuado, evitar terminología científica, expresión correcta, evitar comentarios improcedentes, prestar atención adecuada y hablar desde el respeto. Algunas barreras pueden ser: utilizar un código diferente, hablar demasiado deprisa, hablarle al paciente en momentos inoportunos, hacer juicios de valor, no partir de la sinceridad, no tener en cuenta la diversidad a nivel físico o psíquico.

Una de los aspectos relevantes es el secreto profesional, que se trata de una obligación de la confidencialidad que constituye una obligación ética y jurídica. Ya aparece en el Juramento Hipocrático donde se menciona “todo lo que viere u oyere en mi profesión o fuera de ella, lo guardaré con sumo sigilo” y ha evolucionado en el tiempo hasta la Ley de Protección de Datos Personales. También se ha modificado los actores implicados desde un único médico quien se relacionaba con el paciente hasta la atención integrada multidisciplinar actual. Con los sistemas de información sanitaria electrónicos, hay que considerar no sólo la información transmitida, sino también de la almacenada, para proteger la confidencialidad de la asistencia de manera segura para el ciudadano.

En los últimos años, además de la comunicación directa bien de forma individual o bien en grupo, como por ejemplo en intervenciones grupales, se ha sumado la comunicación indirecta a través de herramientas tecnológicas que se utilizan cada vez para la comunicación profesional-ciudadano. Por ejemplo, correo electrónico, sistemas de mensajería a través de ordenador o móvil, blogs o comunidades virtuales.

2.3 La comunicación en el marco de la toma de decisiones

El encuentro clínico es un marco adecuado para la toma de decisiones ya que es el momento en el que profesional sanitario y paciente eligen entre alternativas diferentes. En este contexto y de forma colaborativa se debería decidir cuál será el mejor tratamiento para cada paciente y situación concretos.

Tradicionalmente, la relación entre profesional y paciente seguía un modelo paternalista donde los pacientes se limitaban a obedecer las instrucciones ya que el profesional tenía el saber para poder elegir la mejor opción. Este modelo ha sido superado por el modelo participativo donde los valores y la opinión del paciente son tenidos en cuenta y el paciente participa en la toma de decisiones. Esta participación hace que aumente la adherencia terapéutica, la satisfacción con el tratamiento o el conocimiento de su estado de salud. Para ello, el paciente debe estar debidamente informado por el profesional que debe explorar los valores y creencias del paciente, comunicar con claridad y comprobar la reacción del paciente en el proceso de comunicación.



3. Metodología de la educación para la salud

Las intervenciones de educación para la salud deben estar cuidadosamente planificadas, deben desarrollarse a partir de una sólida investigación y estar basadas en la teoría. Un axioma de la educación para la salud establece que hay que empezar donde está la gente, centrando las intervenciones en la implicación de la comunidad.

Las intervenciones que funcionan se caracterizan por:

- Se basan, explícitamente, en modelos teóricos de cambio conductual, los cuales sistematizan los procesos humanos de aprendizaje.
- Exploran previamente cómo está lo que se desea mejorar, cómo lo ve el/la afectado, por qué ocurre y, de entre esos determinantes, cuáles van a poderse modificar con nuestro esfuerzo.
- Sus autores leen, revisan, estudian y copian al máximo las intervenciones que ya han funcionado.
- Prueban a pequeña escala las propuestas antes de emprender intervenciones amplias.
- Se administran en dosis elevadas para conseguir cambios detectables.

Uno de los modelos teóricos para la planificación de intervenciones de promoción de la salud es el llamado *Intervention Mapping* que se muestra en la figura 2. Aunque se representa de forma lineal y secuencial donde se van cubriendo los diferentes pasos, en realidad es un proceso iterativo.

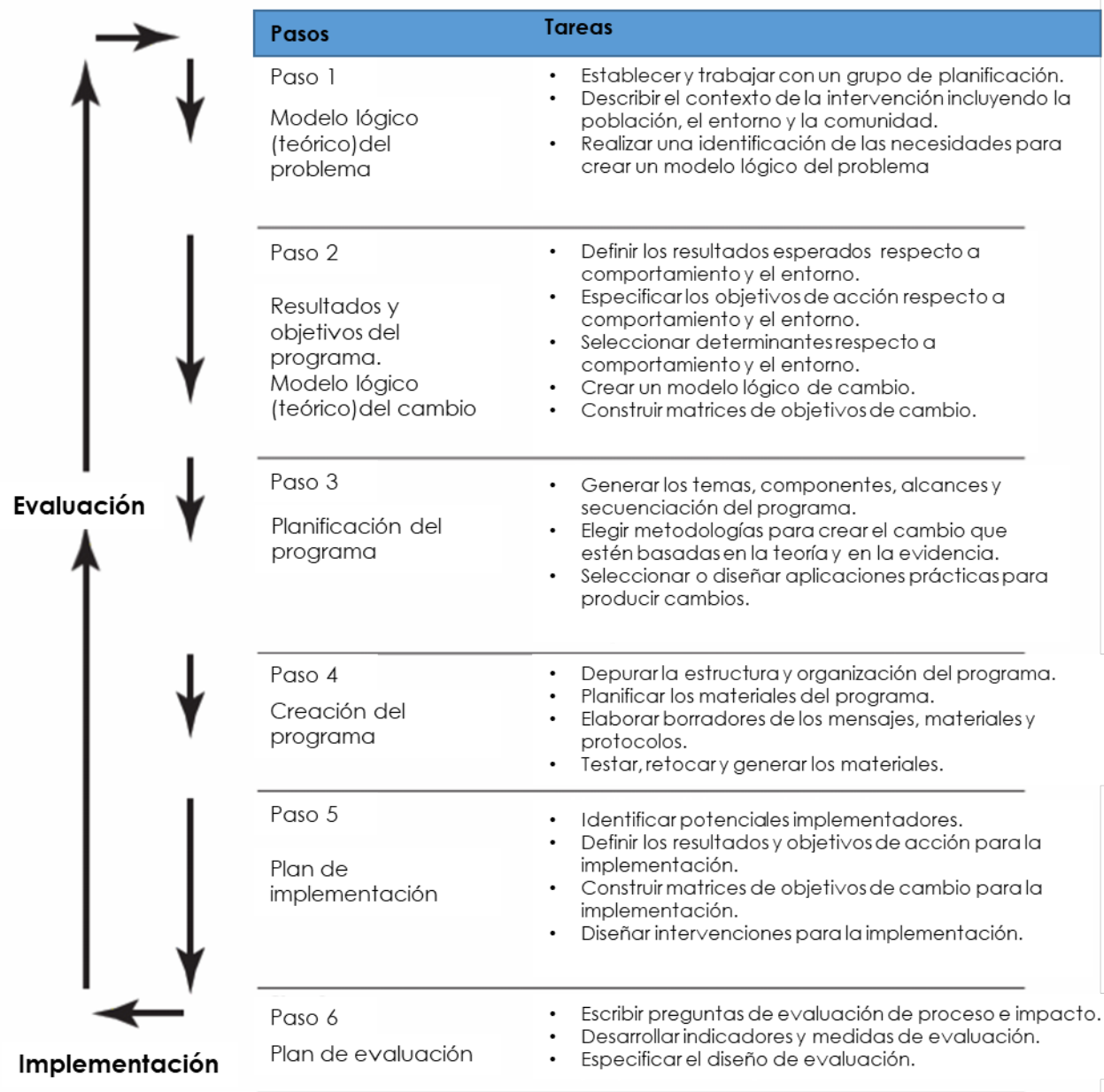


FIGURA 2. REPRESENTACIÓN DEL MODELO "INTERVENTION MAPPING". FUENTE: TRADUCIDO DE BARTHOLOMEW ET AL. 2011)

En cuanto a la evaluación, a pesar de que los ensayos clínicos constituyen los tests más rigurosos, en esta disciplina de educación para la salud se ha investigado sobre métodos de evaluación bien diseñados que combinan metodología cuantitativa y cualitativa. Varias instituciones como la *US Task Force* o el *NICE* de Reino Unido han trabajado para categorizar, sintetizar y clasificar la



calidad de la evidencia sobre efectividad de las intervenciones poblacionales, generando recomendaciones y metodología para su realización basada en la evidencia.

4. Programas de intervención comunitaria

La fisioterapia comunitaria se define como la parte de la fisioterapia que se encarga de promover actividades comunitarias. Entendiendo como comunidad la definición de la OMS de 1996: un grupo de individuos que viven en una zona geográfica determinada, comparten la cultura, valores y normas y están organizados en una estructura social, conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado con el tiempo. Así, la fisioterapia comunitaria se encarga de actividades de actuación y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes, y están dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar la enfermedad e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, con la potenciación de la capacidad de las personas y de los grupos para el tratamiento de sus propios problemas, demandas o necesidades de salud relacionadas con esta especialidad.

En la perspectiva comunitaria no se trata tan solo de “dónde” se realiza la actuación de fisioterapia, es decir, en la comunidad, sino también de “cómo” se realiza esta acción. La intervención comunitaria parte del axioma de que el proceso salud-enfermedad no ocurre de forma lineal, como considera el modelo biomédico, sino que parte de la perspectiva holística del individuo del modelo biopsicosocial. Este modelo considera el individuo como un todo, incluyendo los determinantes sociales y psicológicos, aparte de los biológicos, para el estado de salud del individuo.

La intervención del fisioterapeuta en este ámbito ha de tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona, así como también el contexto social y el entorno. Por lo tanto, la proximidad del fisioterapeuta al entorno ha de buscar la comprensión del contexto del problema y el diseño de planes globales de actuación. La intersectorialidad y la interdisciplinariedad son aspectos cruciales para tener una perspectiva integradora. Los profesionales de la salud han de trabajar conjuntamente con la comunidad, tanto en la planificación como en la puesta en práctica y la evaluación de las distintas iniciativas. Uno de los beneficios de la fisioterapia comunitaria es que el individuo recibe la intervención en el mismo entorno donde reside. Esto asegura un retorno a la funcionalidad más rápido y completo.

Desde esta perspectiva, existen varios entornos donde se puede ejercer la fisioterapia comunitaria además de los centros de atención primaria, atención domiciliaria, centros sociales, grupos infantiles en centros educativos o deportivos, centros vecinales o municipales, asociaciones...

Las intervenciones de la fisioterapia comunitaria han mostrado resultados positivos como por ejemplo:



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

- Reducción del absentismo y mejora de la productividad laboral
- Reducción del absentismo escolar
- Reducción del gasto sanitario en cronicidad
- Detección precoz de patologías crónicas
- Mejora en la gestión de recursos sanitarios
- Mejora de posturas y ergonomía en escolares
- Mejora de calidad de vida en mayores
- Mejora de capacidad aeróbica y cambios comportamentales en EPOC
- Mejora de función física y movilidad en artrosis de rodilla
- Recuperación funcional más rápida en ictus sub-agudo

5. El papel del fisioterapeuta en la formación

5.1 Título universitario

El fisioterapeuta es el profesional de las ciencias de la salud que posee el título oficial universitario en fisioterapia y que desarrolla su actividad en cualquiera de los campos de actuación: asistencial, docente, gestión o investigación.

La profesión de fisioterapeuta se encuentra oficialmente regulada a través de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que define y determina sus competencias. Esta ley regula las condiciones del ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales. Además, permite que los fisioterapeutas demuestren la calidad de los servicios que prestan, y ofrece a la sociedad la garantía de que los ciudadanos son atendidos por profesionales suficientemente competentes y capacitados. Esta ley define que les corresponde “la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somática, así como la prevención de las mismas”.

El título de Grado en Fisioterapia tiene por objetivo formar profesionales fisioterapeutas con preparación científica y capacitación para describir, identificar, tratar y comparar problemas de salud a los que se puede dar respuesta desde la fisioterapia, utilizando el conjunto de procedimientos, técnicas y actuaciones que curan, recuperan y adaptan personas afectadas de deterioros, limitaciones funcionales o invalideces producidas como resultado de una lesión, una enfermedad u otra causa, considerando el individuo en una dimensión triple: biológica, psicológica



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

y social. El grado en Fisioterapia habilita para el ejercicio profesional de fisioterapeuta, de acuerdo con todos los requisitos legales y las normativas vigentes. La experimentalidad de la titulación hace que tanto las clases prácticas de las asignaturas como las prácticas clínicas externas (donde destaca el contacto directo con el paciente) representen un elemento fundamental en la formación.

El presente plan de estudios del título de Grado en Fisioterapia entró en vigor con un procedimiento de implantación progresiva curso a curso, y extinguiéndose el plan de estudios conducente al título oficial de Diplomatura en Fisioterapia. Se estableció un procedimiento de adaptación al grado para aquellos diplomados interesados, realizando un Curso de Adaptación para obtener el correspondiente título de grado.

Actualmente, en la Comunitat Valenciana se imparte el Grado de Fisioterapia en dos universidades públicas: Universitat de València (Estudi General) y Universidad Miguel Hernández de Elche. Y también en algunas universidades privadas como Universidad Cardenal Herrera-CEU, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y Universidad Europea de Valencia. El título de grado consta de 240 ECTS y está formado por 4 cursos que incluyen formación teórica y práctica, prácticas externas y un trabajo de final de grado. Las competencias de la titulación incluyen competencias básicas, generales, específicas y transversales.

Alguna de las salidas profesionales que contempla son:

- Ámbito sanitario: sanidad pública y privada (centros privados, mutualidades, o ejercicio libre de la profesión).
- Ámbito sociosanitario
- Ámbito educativo
- Ámbito deportivo y lúdico
- Gerencia
- Docencia: a nivel universitario o en educación secundaria
- Investigación

5.2 Posgrado universitario

El título oficial universitario permite acceder a estudios de posgrado universitario que tienen como finalidad la profundización del estudiante en su formación académica, profesional o investigadora, y se articulan en dos ciclos, el máster (segundo ciclo) y el doctorado (tercer ciclo). La superación de estos ciclos da lugar a los títulos de máster universitario y doctor/a, respectivamente. El Real



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

Decreto 99/2011 regula la organización de los estudios de doctorado correspondientes al tercer ciclo de las enseñanzas universitarias oficiales conducentes a la obtención del Título de Doctor o Doctora, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Actualmente, las universidades públicas de la CV disponen de diversos másteres universitarios oficiales relacionados con la fisioterapia. Algunos de ellos son:

- Máster Universitario en Recuperación Funcional en Fisioterapia
- Máster Universitario en Fisioterapia de los Procesos del Envejecimiento: Estrategias sociosanitarias
- Máster universitario en Investigación Biomédica
- Máster universitario en Salud Pública y Gestión Sanitaria
- Máster Universitario en Neurociencia: de la Investigación a la Clínica
- Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales
- Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria
- Máster Universitario en Investigación en Medicina Clínica.
- Máster Universitario en Gestión Sanitaria
- Máster Universitario en Salud Pública
- Máster Universitario en Historia de la Ciencia y Comunicación Científica.
- Máster universitario en Envejecimiento activo y salud

5.2.1. Títulos propios de posgrado

La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades habilita a las Universidades a impartir enseñanzas conducentes a la obtención de otros títulos diferentes de los títulos oficiales, que son los que tienen reconocida validez en todo el territorio del Estado.

En este sentido, el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas oficiales universitarias, señala que podrán impartir otras enseñanzas conducentes a la obtención de otros títulos distintos de los de grado, máster universitario y doctor. Estos títulos incluyen, por ejemplo:



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

- Título de máster propio
- Diploma de especialización
- Experto universitario.
- Certificado universitario.

La expedición de estos títulos se realiza del modo que determina cada universidad, sin que su denominación ni su formato puedan inducir a confusión con los títulos oficiales.

5.3 Formación continuada

Una vez obtenido el Título de Grado en Fisioterapia (o la Diplomatura en Fisioterapia) el fisioterapeuta dispone de los conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes para el ejercicio de la profesión. No obstante, basándonos en la premisa del aprendizaje a lo largo de la vida, cualquier profesional y concretamente también el fisioterapeuta, debe seguir formándose.

Esta formación puede producirse en el contexto de las instituciones universitarias (como la formación posgrado universitaria antes mencionada) o en otros entornos. Y debe seguir las directrices del perfil del fisioterapeuta como profesional y también atender a las demandas que desde las instituciones se requieren de la profesión.

La formación continuada o aprendizaje a lo largo de la vida se define en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias como “el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización con la finalidad de actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante los avances científicos y tecnológicos y las demandas y las necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”.

La Formación Continuada es una formación no reglada, necesaria para el incesante progreso científico y técnico que se está produciendo en las ciencias de la salud, con una incidencia directa en la organización y funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria, cada vez más compleja y eficaz. Son objetivos de la Formación Continuada:



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

- Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.
- Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.
- Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.
- Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.
- Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios

Las Administraciones Públicas tienen la responsabilidad de asegurar la calidad de las múltiples actividades de formación continuada que se ofertan a los profesionales sanitarios. De común acuerdo han decidido que el mejor camino para obtener ese fin es el establecimiento de sistemas voluntarios de acreditación, cuyo valor y eficacia se potenciará cuanto más general sea su configuración y su ámbito y en tanto esté abierto a la participación de todas las Administraciones Públicas.

La comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias es el órgano colegiado de las Administraciones Públicas, adscrito a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creado con el fin de armonizar el ejercicio de las funciones que las administraciones sanitarias públicas y demás instituciones y organismos ostentan en materia de formación continuada así como de coordinar las actuaciones que se desarrollen en dicho campo. Está formada por representantes de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, del Ministerio de Defensa y de cada una de las comunidades autónomas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las funciones y los procedimientos de la Comisión vienen descritos en el Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto,



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada.

Al finalizar la actividad formativa se entrega un certificado de participación (si la formación no incluye evaluación) o de aprovechamiento (si la formación incluye evaluación). En el certificado debe constar la formación recibida, número de horas, entidad que organiza, lugar...

5.4 Formación en el EVES

En nuestro entorno, la Escola Valenciana d'Estudis de la salut (EVES) organiza formación para profesionales sanitarios distinguiendo entre Formación Continua y Formación Continuada. La Formación continua es la relacionada con el entorno del propio individuo mientras que la Formación Continuada es la relacionada con la actividad y el puesto de trabajo de la persona. También podemos encontrar formación relacionada con la fisioterapia en el Il·lustre Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana o también en asociaciones profesionales o sociedades científicas.

5.4.1. Formación continua

Su objetivo es el desarrollo personal con la finalidad de integrar y motivar a la persona en el ejercicio de su trabajo. En la EVES pueden solicitar cursos de formación continua el personal de las instituciones sanitarias y de cualquier otro centro de carácter asistencial o en el que se desarrollen funciones de salud pública, adscritos a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, así como el personal sanitario de la Administración de la Generalitat, independientemente de su relación jurídica, siempre que reúnan los requisitos específicos establecidos por curso. También podrán participar en estos cursos, el personal sociosanitario gestionado por la Direcció General de Funció Pública. El contenido del Plan de formación continua es elaborado por EVES en colaboración con los Departamentos de Salud, las direcciones generales de la Conselleria de Sanitat y los agentes sociales. El Plan de Formación Continua y su oferta de cursos se publica anualmente en el DOGV.



Tema 4

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

5.4.2. *Formación continuada*

Su objetivo es mantener o mejorar la competencia profesional, conocimientos, habilidades y aptitudes para aumentar la calidad de los servicios. Puede asistir a estas actividades formativas diferentes colectivos:

- El personal fijo, interino o laboral temporal de la Conselleria de Sanitat i recogido en el artículo 1 del Decret 71/1989, de 15 de maig, del Consell de la Generalitat Valenciana.
- Los profesionales en periodo de formación sanitaria especializada, en centros o unidades debidamente acreditados para la docencia.
- El personal de los organismos públicos o instituciones que tengan establecido un convenio o acuerdo de colaboración con la Conselleria de Sanitat para la formación de profesionales
- El personal funcionario o laboral que preste servicios en la Conselleria de Sanitat cuyas funciones estén en relación directa con el contenido de los cursos.



6. Bibliografia

- World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: World Health Organisation; 1986.
- Kickbusch I, Nutbeam, D. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Ruiz-Cabello AL. La alfabetización en salud de la población española: Variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015. [Visitado en 1 de julio de 2017]. Disponible en <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/45841>
- Falcon M, Basagoiti I. El paciente y la alfabetización en salud. En: Basagoiti I, editor. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12(1): 80-93
- Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication. Urbana: University of Illinois Press; 1964
- Terrón Blanco JL. Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud. Rev Esp Com Sal. 2010;1(2): 77-97
- Díaz HA. La comunicación para la salud. En: Basagoiti I, editor. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. [Visitado 15 de septiembre de 2017]. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion>
- Díaz HA. La Comunicación en la Educación para la Salud. Rev Esp Comun Salud. 2014;5(1): 8-13
- Ávila de Tomás JF. Comunicación entre ciudadanos y profesionales de la salud. En: Basagoiti I, editor. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. [Visitado 15 de septiembre de 2017]. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion>
- Hidalgo García IM, Menárguez Puche JF, Ortín Ortín E, Sanchez Sanchez JA, Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Integrando los valores y opiniones del paciente. Arboles de decisión. [Visitado el 12 de julio de 2017]. Disponible en http://eps.murciasalud.es/recursos/ficheros/136635-capitulo_16.pdf
- Nyswander D. Education for health: some principles and their applications. Health Educ Monogr. 1956;14:65-70.
- Díez E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. Rev Esp Sanid Penit. 2004; 6(3): 75-79
- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernandez ME. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach: 3ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2011
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editores. Health behavior: theory, research, and practice: 5ª ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
- Lourido BP, da Rocha VM. (2008). Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad. Fisioterapia. 2008; 30(5): 244-250.
- Rajan P. Investing in community-based physiotherapy. Disabil CBR Inclusive Dev. 2014; 25(1): 103-105.