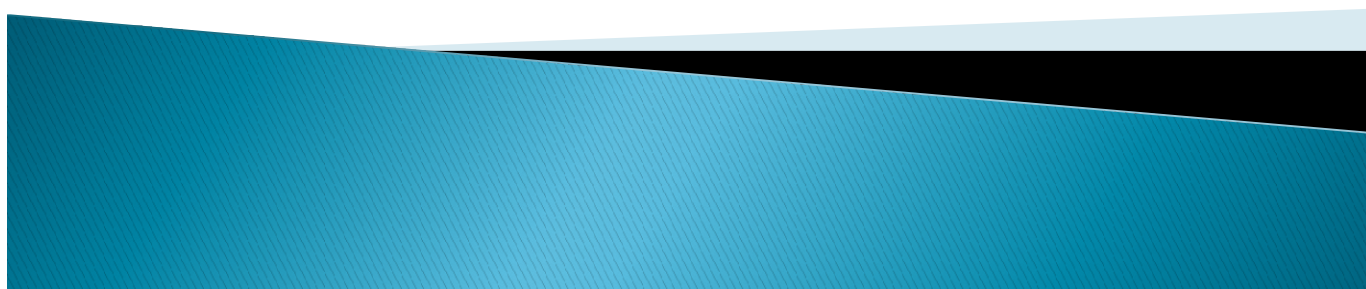


Fisioterapia Comunitaria y Gestión en Fisioterapia: apuntes del profesor

Dra. Rita P. Romero-Galisteo
3º Grado en Fisioterapia
Facultad CC de la Salud-UMA



Resumen del Libro de apuntes: Fisioterapia Comunitaria y Gestión en Fisioterapia

El libro que aquí se presenta constituye un documento de apoyo para el seguimiento de la asignatura obligatoria "Fisioterapia Comunitaria y Gestión en Fisioterapia" que se imparte en el tercer curso del Grado en Fisioterapia de la Universidad de Málaga. Con él se pretende facilitar a los estudiantes matriculados en ella el estudio de la misma así como el seguimiento de las clases.

Dicha compilación de apuntes del profesor pretende ser una obra breve de consulta sobre temas tan variados como son la Promoción de la Salud, Organización de los Sistemas Sanitarios en España, Educación para la Salud, Guías de Práctica clínica, Principios éticos y Deontológicos en Fisioterapia así como Conceptos y modelos de Calidad, Normativa legal en Fisioterapia o un repaso básico sobre Epidemiología. Todos estos temas formaron parte de tres asignaturas de la antigua Diplomatura en Fisioterapia: Fisioterapia Comunitaria, Salud Pública y Legislación Sanitaria. Hoy día, se han fusionado en una materia tan extensa y ecléctica que merecía la pena resumir en una sola obra de fácil acceso y comprensión.

En sus ocho capítulos se hace un repaso de forma esquemática por el contenido de la asignatura que la profesora lleva impartiendo durante los últimos 5 años. Se han actualizado los contenidos que así lo requerían y se han añadido referencias bibliográficas que los alumnos y alumnas interesados en la materia pueden consultar para ampliar la misma si así lo desean. Aun así, su concepción inicial no va más allá de servir un como simple guión a las clases presenciales teórico-prácticas, sin las que resultaría imposible entender el contenido de la asignatura.

Palabras clave: Fisioterapia, Gestión, Educación para la Salud, Calidad y Legislación Sanitaria.

La autora: Dra. Rita P. Romero Galisteo.

Fisioterapeuta

ÍNDICE

Tema 1: Promoción de la salud

Tema 2: Sistemas de Salud y niveles asistenciales: Atención especializada y primaria

Tema 3: Epidemiología

Tema 4: Educación para la salud

Tema 5: Concepto y modelos de calidad

Tema 6: Guías de práctica clínica

Tema 7: Principios éticos y deontológicos en Fisioterapia

Tema 8: Normativa legal en Fisioterapia

Tema 1- PROMOCIÓN DE LA SALUD

Rita P. Romero Galisteo

- 1. Introducción**
- 2. Promoción de la salud**
- 3. Proceso de promoción de la salud**
- 4. Documentos básicos**

1. INTRODUCCIÓN

■ CONCEPTO DE SALUD :

“La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad, malestar o incapacidad”

OMS, 1948

1. INTRODUCCIÓN

■ DETERMINANTES DE LA SALUD

- ✓ *Biología humana*
- ✓ *Medio ambiente*
- ✓ *Estilos de vida*
- ✓ *Organización de los servicios de salud*

Informe Lalonde, 1974

1. INTRODUCCIÓN

■ DETERMINANTES DE LA SALUD

- ✓ *Ingresos y nivel social*
- ✓ *Redes de apoyo social*
- ✓ *Educación*
- ✓ *Empleo y condiciones de trabajo*
- ✓ *Medio ambiente*
- ✓ *Biología y carga genética*
- ✓ *Prácticas personales de salud*
- ✓ *Desarrollo infantil saludable*
- ✓ *Servicios sanitarios*
- ✓ *Género*
- ✓ *Cultura*

Strategies for Population Health: Investing in
the Health of Canadians

2. CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de la Salud se define como el proceso que permite que la población pase a controlar los factores que determinan su salud con el objetivo de incrementarla.

Carta de Ottawa, 1986

2. CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

- **CARACTERÍSTICAS:**

- a) Protagonismo de la población*
- b) Capacitación (Empoderamiento)*
- c) Control comunitario*

Empoderamiento

- Capacidad de los individuos y las comunidades de mejorar su salud, incrementando el control sobre los factores que son realmente determinantes de su salud

2. CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

■ PRINCIPIOS:

- ✓ *Equidad*
- ✓ *Participación comunitaria*
- ✓ *Colaboración intersectorial*
- ✓ *Énfasis en la mejora de la salud*
- ✓ *Visión extensa de los determinantes de la salud*

3. EL PROCESO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es una transformación que va a depositar en las personas la responsabilidad sobre los factores que producen y determinan su salud.

Carta de Ottawa (Canadá, 1986)

- “Iniciativa en pro de una nueva acción de Salud Pública”
- Estrategias

3. EL PROCESO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

■ **ESTRATEGIAS** (*Carta de Ottawa*)

- 1. *Construir políticas públicas saludables***
- 2. *Crear ambientes favorables a la salud***
- 3. *Reforzar la acción comunitaria***
- 4. *Desarrollar habilidades personales***
- 5. *Reorientar los servicios sanitarios***

3. EL PROCESO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

■ **ESTRATEGIAS** (*Carta de Ottawa*)

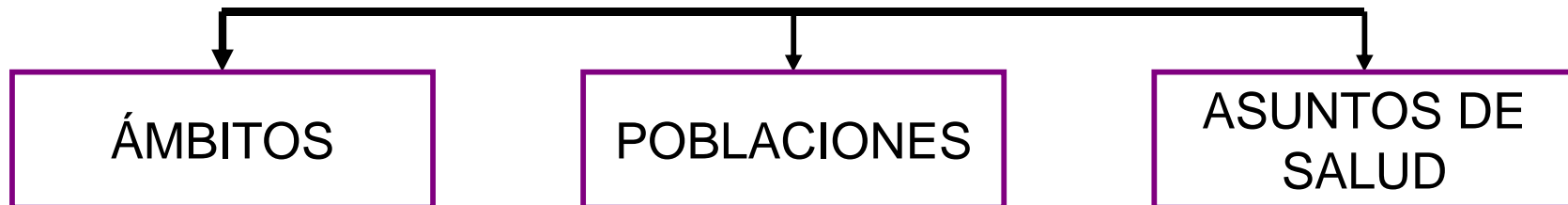
- 2. *Crear ambientes favorables a la salud, que proporcionen los apoyos físicos, sociales, económicos, culturales y espirituales que las personas necesitan para tener salud.***

3. EL PROCESO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

CREACIÓN DE SALUD



Puntos de entrada



4. DOCUMENTOS BÁSICOS

- ✓ 1.- CARTA DE OTTAWA
- ✓ 2.- DECLARACIÓN DE ADELAIDA
- ✓ 3.- DECLARACIÓN DE SUNDSVALL
- ✓ 4.- DECLARACIÓN DE YAKARTA
- ✓ 5.- DECLARACIÓN DE MÉXICO
- ✓ 6.- DECLARACIÓN DE BANGKOK
- ✓ 7.- DECLARACIÓN DE NAIROBI
- ✓ 8.- DECLARACIÓN DE HELSINKI

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

- **DECLARACIÓN DE ADELAIDA ,
Australia, 1988**

“Políticas públicas favorables a la salud”

Estrategias: - Apoyo a la mujer

-Mejora de la seguridad e higiene alimentaria

- Reducción del consumo de tabaco y alcohol

- Creación de ambientes saludables

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

■ **DECLARACIÓN DE SUNDSVALL.** **Suecia, 1991**

“Entornos propicios para la salud”

- *Estrategias: - Creación de ambientes saludables*
- *Establecer códigos de conducta para el comercio de sustancias tóxicas o nocivas para la salud*
- *Establecer mecanismos de responsabilidad ecológica*

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

■ **DECLARACIÓN DE YAKARTA.** **Indonesia, 1997**

“Nuevos actores para una nueva era.

Conduciendo la promoción de la salud

al siglo XXI”

Estrategias: - Promover la responsabilidad social por la salud

-Aumentar la capacidad de la comunidad para potenciar a los individuos

- Aumentar las inversiones y asegurar la infraestructura para el desarrollo y promoción de salud

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

- **DECLARACIÓN DE MÉXICO. Mexico, 2000**

“Promoción de salud, hacia una mayor equidad”

Estrategias: - Demostrar que la Promoción de salud mejora la salud y la calidad de vida

-Priorizar la salud en organismos internacionales, nacionales y locales

-Fomentar vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes niveles de la sociedad

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

■ DECLARACIÓN DE BANGKOK.

Tailandia, 2005

“Participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial”

Estrategias: - Garantizar la promoción de salud como motor de desarrollo

- ***Incluir la promoción de salud como buena práctica corporativa***
- ***Abogar por la salud en relación a los Derechos humanos***

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

- **DECLARACIÓN DE NAIROBI. Kenia, 2009**

“Cerrando la brecha de la implementación”

Estrategias: - Empoderar a la comunidad

- ***Fortalecer los sistemas de salud***

- ***Favorecer la acción intersectorial***

- ***Adoptar / Implementar TIC***

4. DOCUMENTOS BÁSICOS

■ **DECLARACIÓN DE HELSINKI.** **Finlandia, 2013**

“Salud en todas las políticas”

Estrategias: - Revisar avances, impacto y alcances desde la Carta de Ottawa

- ***Abordar la contribución de la Promoción de salud en la Atención Primaria***
- ***Estudiar las limitaciones para la aplicación de la salud en todas las políticas.***

TEMA 2: SISTEMAS DE SALUD Y NIVELES ASISTENCIALES

Atención Especializada y Primaria

ORÍGENES DE LA AP Y AE

Ley General de Sanidad 25 ABRIL 1986

- El por qué de la ley
- Resumen de la ley

L.G.S - RESUMEN

- El derecho a la asistencia sanitaria lo tienen todos los españoles y extranjeros residentes.
- Los principios van encaminados hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
- La asistencia sanitaria pública es en igualdad para todos los ciudadanos
- Las comunidades autónomas crearán sus sistemas de salud dentro del marco de esta ley y de sus estatutos.
- Los servicios públicos se organizarán de forma que sea posible la participación comunitaria por medio de las corporaciones territoriales.

L.G.S- RESUMEN

- La administración sanitaria pública va encaminada a promover la salud del individuo y de la familia, comunidad, prevención, curación y rehabilitación y reinserción social.
- Los principios son: celeridad, eficacia, economía y flexibilidad.
- Especial importancia a los estudios epidemiológicos- prevenimos riesgos para la salud.
- Veterinaria- zoonosis.
- Los poderes públicos informarán a los ciudadanos de sus derechos y obligaciones.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- 1.- RESUMEN. CONCEPTO Y FUNCIONES
- 2.- EL HOSPITAL: DEFINICIÓN, FUNCIONES Y CLASIFICACIÓN
- 3.- AE EN ANDALUCÍA.
- 4.- ORGANIZACIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LA AE.

1.1- CONCEPTO AE

Es la asistencia sanitaria especializada capaz de dar respuesta a los problemas de salud que por su complejidad no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención. Comprende tanto la asistencia ambulatoria como la hospitalaria.

1.1- CONCEPTO

- Si la AP es el nivel básico del sistema de salud, la AE es el segundo nivel del sistema, al cual el paciente acudirá cuando en la AP se han agotado los medios para cubrir sus necesidades.
- Le corresponde a la Conserjería de Salud establecer los criterios de coordinación previstos entre ambos niveles

1.1- CONCEPTO

¿Dónde se puede dar la AE?

- Régimen ambulatorio: consultas externas de hospitales, consultas de diagnóstico y tratamiento, ambulatorio, centros de salud (lo normal es que se de la AP aunque pueden darse algunas especialidades, ej. Dermatología, ginecología, pediatría)
- Régimen de internamiento: hospitales
- Régimen de domicilio: a petición del facultativo.
- Asistencia especializada de urgencias.

1.1- CONCEPTO. CENTROS DE AE.

- Centros privados: la LGS, reconoce el derecho al ejercicio libre de la profesión. Los centros y establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su nivel necesitan autorización administrativa previa para su instalación, así como para sus modificaciones- control e inspecciones.
- Centros públicos: hospitales (cerrados) y no internamiento(abiertas)

1.2.- Funciones A.E. I

- 1.- Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que debido a su alto nivel de especialización no los puede ofrecer el nivel más primario.
- 2.- Hacer posible el internamiento en régimen de hospitalización a los pacientes que lo precisen.
- 3.- Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de la asistencia primaria.

1.2.- Funciones AE II

- 4.- Prestar la asistencia en régimen de consultas externas que requiera la atención especializada de la población en su correspondiente ámbito territorial, sin perjuicio de lo establecido para el dispositivo específico de apoyo a la atención primaria.
- 5.- Participar en la prevención de las enfermedades, promoción de la salud y educación sanitaria
- 6.- Colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud.

2.- El hospital: definición, funciones y clasificación

2.1.- Definición

“ Es parte de una organización médica y social, cuya misión consiste en suministrar a la población una asistencia medico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación para el personal sanitario y de investigación”
(OMS-1946)

2.- Hospital: definición, funciones y clasificación

2.2.- Funciones

Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria.

(LGS- 1986)

2.- Hospital: definición, funciones y clasificación

2.3.- Clasificación

a. Por su función:

- Generales
- Especiales o monográficos

b. Por su ámbito geográfico

- Locales o comarcales
- De distrito o provinciales
- Regionales

c. Por su dependencia patrimonial:

- Públicos
- Privados

3.- ORDENACION DE LA A.E. EN ANDALUCIA

El decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada, aborda la reforma de los servicios asistenciales de la atención especializada en Andalucía.

La reforma vino determinada por un doble tipo de condicionantes. De una parte, el establecer una formula que permita la planificación hospitalaria y de otra, una mayor racionalización de los recursos disponibles.

Para ello, la reforma hace hincapié en los siguientes aspectos:

3.- ORDENACIÓN DE LA AE EN ANDALUCÍA

- 1.- PLANIFICACION: para una mejor utilización y distribución de los recursos.
- 2.- DESCENTRALIZACION: para conseguir el máximo acercamiento de la población a la asistencia especializada
- 3.- UNIVERSALIZACION: para proporcionar cobertura a toda la población.
- 4.-SECTORIZACION: para delimitar las zonas de cobertura asistencial.
- 5.- JERARQUIZACION: para integrar los dos niveles de la asistencia especializada (ambulatoria y hospitalaria)

3.- ORDENACION DE LA AE EN ANDALUCIA

3.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La estructura organizativa básica es el AREA DE SALUD.

Según el artículo 2 del Decreto 105/1986, de 11 de junio, define el área hospitalaria como la demarcación geográfica para la gestión y administración de la asistencia especializada, estando conformada, al menos por un hospital y por los centros periféricos de especialidades adscritos al mismo.

3.- ORDENACION DE LA AE EN ANDALUCIA

3.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA AREA HOSPITALARIA

Según dicho decreto, el área hospitalaria se delimitara con arreglo a criterios geográficos, demográficos de accesibilidad de la población y de eficiencia para la prestación de la asistencia especializada.

3.- ORDENACION DE LA AE EN ANDALUCIA

3.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

RED HOSPITALARIA EN ANDALUCIA

Está compuesta por:

1. Hospitales Generales Básicos
2. Hospitales generales de especialidades.

3.- ORDENACIÓN DE LA AE EN ANDALUCÍA

3.- ORDENACION DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ANDALUCÍA

3.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1.- HOSPITALES GENERALES BÁSICOS

- Ámbito: área hospitalaria.
- Cobertura: población 100.000 a 250.000 hab.
- Distancia: recorrido no superior a una hora.
- Ubicación: medio rural.
- Al menos debe contar con medicina interna, ginecología, traumatología, pediatría y cirugía, y para cubrir estas especialidades debe tener: laboratorio, hematología RX, rehabilitación, anestesia y UCI.

3.- ORDENACION DE LA AE EN ANDALUCIA

3.1.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .RED HOSPITALARIA EN ANDALUCIA

2.- HOSPITALES GENERALES DE ESPECIALIDADES

Ámbito: hospital de referencia para mas de un área hospitalaria. Cobertura:
pobl. De 250000 a 650.000 hab.

Ubicación: capitales de provincia, es decir siempre en medio urbano. Podrá cumplir funciones del hospital básico de la zona.

Es el hospital de referencia para la AE que requiere abarcar más de un área; en todo caso cada una de las áreas de salud contará con un hospital de especialidades.

3.- ORDENACION DE LA AE EN ANDALUCIA

3.- HOSPITAL UNIVERSITARIO: son aquellos hospitales en los que se imparten enseñanzas universitarias de Grado, es decir, estudiantes de la Facultad de Medicina o CC de la Salud, tras el pertinente convenio con la universidad.

4.- ORDENACION DE LA FISIOTERAPIA EN AE

4.1.- FUNCIONES “Aplicación de tratamientos con medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía”

(Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo)

4.- ORDENACION DE LA FISIOTERAPIA EN AE

4.2- ACTIVIDADES:

a.- ASISTENCIALES

b.- ADMINISTRATIVAS/GESTIÓN

c.- DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

d.- INVESTIGADORAS

Atención Primaria

- Se define, en la propia LGS como “el **primer nivel asistencial de salud** entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud”.

Definición según la Conferencia de Alma-Ata, 1978 (OMS)

“ Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”

Centro de Salud

Estructura física y funcional en la que se desarrollan las actividades AP : promoción de salud, prevención, asistencia curativa, rehabilitación , reinserción social y participación comunitaria

Funciones del fisioterapeuta de AP

Formando parte de un equipo multidisciplinar, participar en tareas de:

- *Promoción de salud*
- *Prevención*
- *Recuperación y*
- *Readaptación social*

TEMA 3: EPIDEMIOLOGÍA

Concepto de Epidemiología

- Disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de fenómenos relacionados con la salud y sus determinantes en poblaciones específicas, y la aplicación de este estudio al control de problemas de salud.

Epidemiología

- La epidemiología es una disciplina básica de la salud pública.
- No sólo estudia enfermedades sino *todo tipo de fenómenos relacionados con la salud* (causas de muerte, hábitos de vida, uso de servicios de salud, calidad de vida relacionada con la salud, etc.)

Ramas de la Epidemiología I

- Según el eje de clasificación:
 - **Fenómenos sanitarios:** surgen ramas como la epidemiología cardiovascular, del cáncer, o de los servicios sanitarios...
 - **Determinantes de la salud:** surgen la epidemiología nutricional, laboral, social...

Ramas de la Epidemiología II

- Según los problemas de salud:
 - **Epidemiología de salud pública:** estudia la frecuencia y distribución de la enfermedad y sus determinantes, factores de riesgo o protección. Para ello se fija en sujetos sanos, generalmente viviendo en la comunidad, a los que sigue para observar cómo enferman.
 - **Epidemiología clínica:** estudia la frecuencia y distribución de las consecuencias de la enfermedad y sus determinantes, los factores pronósticos. Para ello, suele fijarse en sujetos enfermos en los que mide posibles factores pronósticos y los sigue para observar la evolución de la enfermedad.

**Epidemiología:
Según los problemas de Salud**

Factor de riesgo

Enfermedad

Consecuencias

Epidemiología de la Salud Pública

Epidemiología Clínica

Usos de la Epidemiología

- Controlar problemas de salud, generando información sobre:
 - *CONOCIMIENTO DE LA HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD*
 - *CONOCIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LAS POBLACIONES, INFORMANDO Y EVALUANDO LOS DISTINTOS PASOS DE LO QUE GENERICAMENTE SE CONOCE COMO PLANIFICACION SANITARIA*
 - *CONOCIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LOS INDIVIDUOS, MEJORANDO EL MANEJO CLINICO DE LOS PACIENTES ENFERMOS O DE LOS SANOS DE ALTO RIESGO*

CONOCIMIENTOS PARA EL CONTROL DE PROBLEMAS DE SALUD EN LOS INDIVIDUOS (pacientes enfermos o sanos de alto riesgo)

- Establecer la idoneidad de una prueba diagnóstica y el orden en que debe aplicarse en el contexto de otras pruebas.
- Establecer la prueba diagnóstica o el tratamiento más útil para un sujeto concreto.
- Elaborar protocolos clínicos.

Medidas de Frecuencia de Enfermedad

- 2 grupos de medidas según la consideración del tiempo:
 - Medidas de **incidencia**: tienen en cuenta los casos nuevos que se producen en poblaciones
 - Medidas de **prevalencia**: consideran los casos de enfermedad existentes en una población en un momento o periodo

Incidencia

- Incidencia acumulada (o proporción de incidencia)
- Tasa de incidencia

Incidencia Acumulada (IA)

- La IA relaciona el número de casos con el tamaño poblacional al comienzo de un periodo de tiempo:

IA = n° de casos nuevos en el t / n° de personas al inicio del período (t₀)

Esta medida, por tanto, supone la *proporción* de personas que han enfermado en ese periodo.

Consideraciones sobre IA (I)

- Como toda **proporción** no tiene unidades. **Valores entre 0 y 1.**
- Otra característica de las proporciones es que pueden interpretarse en términos de **probabilidad**: la probabilidad de desarrollar una enfermedad en un periodo de tiempo. También se usa el término **riesgo**. Pero para que pueda estimarse el riesgo es necesario que las personas del grupo al inicio de seguimiento *puedan* desarrollar la enfermedad (sean susceptibles).

Consideraciones sobre IA (II)

- Para interpretar adecuadamente un riesgo es necesario mencionar el tiempo de seguimiento ya que el valor de la incidencia acumulada tiende a aumentar (tiende a 1) conforme este tiempo es mayor. Si pasa tiempo suficiente la probabilidad de ocurrencia de cualquier evento aumenta.
- No tiene sentido informar de una incidencia acumulada de, por ejemplo, 12% ya que puede ser muy grande si se refiere a un mes o pequeña si se refiere a 10 años.
- La incidencia acumulada se mide sobre una *cohorte* (una *población fija o cerrada*). Este tipo de poblaciones se caracterizan por no permitir entradas de nuevos miembros, sólo salidas: porque mueren, porque desarrollan la enfermedad, y por otros motivos.

Tasa de Incidencia (TI)

- Se define como el número de casos nuevos por cada unidad persona-tiempo
- Permite analizar datos obtenidos del seguimiento de *poblaciones dinámicas* (permiten entradas y salidas).

TI = n° de casos nuevos / n° de personas- tpo. en observación

Prevalencia

- Proporción de sujetos con una determinada característica, normalmente enfermedad, en un momento o periodo.

P = n^o de personas enfermas / total población

Consideraciones sobre Prevalencia

- Se trata de una medida con un carácter estático. Es como una fotografía dónde se refleja la magnitud de un problema en una población en un momento dado.
- Normalmente se utiliza la *prevalencia puntual*, cuando se hace referencia a un momento concreto.
- La *prevalencia de periodo* hace referencia a las personas que en algún momento del periodo correspondiente estuvieron enfermas.
- Como proporción puede expresarse en términos de probabilidad. En este caso la probabilidad de *estar* enfermo en un momento.

Diseño y tipos de estudios epidemiológicos

- Estudio epidemiológico es cualquier actividad en la que se recurre al método epidemiológico para profundizar en el conocimiento de temas relacionados con la salud.
- La mayoría de los estudios epidemiológicos tienen como fin aportar información que sirva de apoyo a la toma de decisiones en la planificación o gestión de actividades relacionadas con la salud.
- Tienen especial interés aquellos dirigidos a ampliar el conocimiento científico sobre un tema concreto y, cuando cumplen condiciones adecuadas para ello, pueden considerarse verdaderos estudios de investigación

Metodología de la investigación epidemiológica

- El método de investigación epidemiológica, como variante del método científico-experimental, consta de las siguientes etapas:
 - observación y descripción de la realidad,
 - elaboración de hipótesis,
 - verificación de la hipótesis y
 - resolución e inferencia causal

Unidades de análisis de los estudios epidemiológicos

- Todos los estudios epidemiológicos tienen en común analizar problemas de salud en la población; no obstante, la unidad de análisis puede ser:
 - *e/ individuo*, cuando se utilizan datos de cada sujeto, o
 - **poblaciones**, cuando se utilizan datos de grupos de individuos (países, regiones, ciudades, distritos, familias, colegios, empresas, etc). Estos suelen llamarse estudios ecológicos.

Clasificación de los estudios epidemiológicos según su direccionalidad

- Atendiendo al orden en que se investiga la asociación entre la causa y el efecto (Kramer y Boivin):
 - Estudios transversales: la exposición y el efecto son evaluados a la vez.
 - *Estudios longitudinales*: permiten establecer el orden en el que se producen los acontecimientos

Ensayo clínico

- También llamados ensayos aleatorizados controlados
- Unidad de estudio: pacientes.
- Objetivo: evaluar nuevos tratamientos o estrategias de prevención secundaria.
- Se aplican los criterios de inclusión y exclusión, previamente protocolizados, sobre la población diana y se obtienen los sujetos elegibles.
- La asignación aleatoria del tratamiento es el mejor método para garantizar la comparabilidad inicial de los grupos respecto a todas las características.
- Conviene emplear enmascaramiento (doble ciego), es decir, que el paciente, la persona que asigna la exposición y la que evalúa el resultado, desconozcan qué pacientes reciben el tratamiento nuevo y cuáles el tratamiento habitual (o el placebo).
- Finalizado el seguimiento de los pacientes se procede a comparar los resultados de la intervención entre los grupos

Selección de la muestra

- **Muestreo representativo:** consiste en seleccionar una muestra representativa de la población diana.
- **Muestreo de conveniencia:** cuando el efecto a estudiar es raro, puede interesar ir a buscar directamente personas expuestas y compararlas con un grupo de personas no expuestas (p.e.: en el estudio de exposiciones que ocurren en determinadas actividades laborales)

Relación temporal de los Estudios Epidemiológicos

- **Históricos o retrospectivos.** Estudian hechos ocurridos antes del comienzo del estudio. La información puede obtenerse a partir de registros existentes, como por ejemplo en el caso de los estudios de cohortes retrospectivas, o indagando en las entrevistas sobre hechos ocurridos en el pasado.
- **Concurrentes o prospectivos.** Consideran únicamente eventos que se producen a partir del momento de inicio del estudio.
- **Mixtos.** Estudian tanto hechos históricos como concurrentes.

GRUPO REDUCIDO

- Búsqueda de estudios epidemiológicos relevantes para la Fisioterapia y analizar tipo de estudio
- Actuaciones llevadas a cabo en Escuela Andaluza de Salud Pública

Clasificación de los diseños epidemiológicos según el grado de evidencia científica

- 1. Ensayo controlado aleatorizado con enmascaramiento.
- 2. Ensayo controlado aleatorizado sin enmascaramiento.
- 3. Ensayo controlado no aleatorizado, estudio de intervención
- 4. Estudio de cohortes concurrentes (prospectivas)
- 5. Estudio de cohortes históricas (retrospectivas)
- 6. Estudio de casos y controles con casos incidentes
- 7. Estudio de casos y controles con casos prevalentes
- 8. Estudio de corte transversal
- 9. Estudio de mortalidad o morbilidad proporcional
- 10. Estudio ecológico de correlación

Referencias

- GÓMEZ LÓPEZ LI, RABANAQUE HERNÁNDEZ MJ, AIBAR REMÓN C. *Diseño de programas de salud*. En: Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson, 2001: 1047-1062.
- LAST JM, ED. *A dictionary of epidemiology*. 4ª ed. Nueva York: Oxford University Press, 2000.
- MARRUGAT J, SALA J. *Registros de morbimortalidad en cardiología: metodología*. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 48-57.
- PINEAULT R, DAVELUY J. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson-SG, 1990:43-211.
- REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC JL. *Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
- REY CALERO J. *Epidemiología y epidemiología clínica*. En: Rey Calero J, Herruzo Cabrera R, Rodríguez Artalejo F. Fundamentos de epidemiología clínica. Madrid: Síntesis, 1996: 25-35.
- RODRÍGUEZ ARTALEJO F, FIGAREDO ALVARGONZÁLEZ C, HERNÁNDEZ VECINO R. *Investigación de resultados*. En: del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J, eds. Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson-MSD, 1997:529-542.
- RODRÍGUEZ ARTALEJO F, GUTIÉRREZ-FISAC JL. *El estado de salud y sus determinantes. Evaluación de los objetivos 1 a 12*. En: Alvarez Dardet C, Peiró S, eds. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000: 43-50.
- RODRÍGUEZ ARTALEJO F, ORTÚN RUBIO V, BANEGAS JR, MARTÍN MORENO JM. *La epidemiología como instrumento para una política de salud racional*. Med Clin (Barc) 1989; 93: 663-666.
- ROSE G. *Incubation periods of coronary heart disease*. BMJ 1982; 284: 1600-1601.
- ROSE G. *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Salvat-Masson, 1994.

TEMA 4: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud incluye aquellas actividades dirigidas a mejorar el conocimiento sobre la salud y a desarrollar habilidades que mejoren la salud de los individuos y la comunidad.

CONCEPTO

Según la OMS, se entiende por educación para la salud el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente, incluyendo formas de comunicación, con objeto de mejorar el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de habilidades para la vida que puedan conducir tanto a la salud individual como colectiva.

CONCEPTO

OTRAS DEFINICIONES

“Cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta, que conduzca a la salud”.

(Green)

CONCEPTO

OTRAS DEFINICIONES

“Cualquier combinación de actividades de información y educación, que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para conseguirlo y busque ayuda cuando la necesite”.

(36ª Asamblea Mundial de la Salud, 1983)

OBJETIVOS

OBJETIVOS:

- ✓ *Modificar las conductas negativas relacionadas con la salud.*
- ✓ *Promover conductas nuevas favorables a la salud.*
- ✓ *Promover cambios ambientales favorables a los cambios conductuales preconizados.*
- ✓ *Capacitar a las personas para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la salud de su comunidad.*
- ✓ *Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.*

MODELOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- **ENFOQUE DIVULGATIVO**
- **ENFOQUE CONDUCTUAL**
- **ENFOQUE INTEGRAL**

CAMPOS DE ACCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. EN SUJETOS SANOS:

1.1. En la escuela

Objetivos:

- ✓ ***Desarrollo de actitudes positivas para la salud***
- ✓ ***Adquisición de los conocimientos necesarios...***
- ✓ ***Establecer hábitos y estilos de vida saludables***

CAMPOS DE ACCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. EN SUJETOS SANOS:

1.2. En el medio laboral

Objetivos:

- ✓ *Informar sobre riesgos laborales*
- ✓ *Promoción de hábitos en relación con la seguridad*
- ✓ *Otras intervenciones de promoción de la salud no relacionadas directamente con la salud laboral*

CAMPOS DE ACCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. EN SUJETOS SANOS:

1.3. En la comunidad

Objetivos:

- ✓ *Desarrollar actitudes y valores positivos*
- ✓ *Promover hábitos y estilos de vida saludables*
- ✓ *Favorecer la acción comunitaria*

CAMPOS DE ACCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

2. EN ENFERMOS:

Objetivos:

El paciente debe:

- ✓ ***Conocer y entender la enfermedad***
- ✓ ***Seguir las prescripciones del médico***
- ✓ ***Adoptar estilos de vida compatibles con su enfermedad***
- ✓ ***Participar activamente en su propio cuidado***

EL EDUCADOR PARA LA SALUD

Se consideran agentes de educación para la salud todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y los grupos adopten conductas positivas de salud.

TEMA 5: CONCEPTO Y MODELOS DE CALIDAD

Concepto de Calidad

Modelos de Calidad Total

- Escuela europea: EFQM (Modelo europeo de excelencia empresarial)
- Escuela americana: SERVQUAL

Calidad y Salud

- Preocupación asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados. (Suñol y Bañeres, 1997; Mira et al, 1998).
- De la mano de la ética, por la responsabilidad que el clínico adquiere con su paciente y por la que siempre busca "lo que es mejor para él" (principio de beneficencia).

Calidad Asistencial (Aranaz, 1994; Suñol y Bañeres, 1997)

- Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades
- Prestar en forma idónea la atención sanitaria de que se es capaz
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente

Calidad asistencial (Donabedian, 1966)

- Estructura=tangibles: características estables del servicio (material, salas de tratamiento, localización geográfica, sala de espera....)
- Intangibles del servicio: atención al usuario, coordinación entre sí y con otros servicios, cualificación del personal....

Acreditación I

- La debe realizar un organismo capacitado e independiente
- La auditoría define la estructura óptima de acuerdo con un nivel prefijado de calidad del servicio (definir fortalezas y debilidades)
- Implica ejecución de procesos y control y mejora de los mismos
- Diferentes normativas en función del sector

Acreditación II

- En España: UNE
- Homologación: Aprobación final de un producto, proceso o servicio.
- Certificación: Emisión de un documento que atestigüe que el servicio se ajusta a una normativa técnica determinada.

Normas ISO 9000

- Clasificación de las empresas:
 - 9001: Con diseño, producción, suministro y servicio postventa
 - 9002: Producen, suministran y dan servicio postventa
 - 9003: Con capacidad para detectar y controlar fallos del producto en inspecciones y ensayos finales
 - 9004: Del sector servicios, como por ejemplo la sanitaria

Procesos asistenciales I

- Definición: Conjunto de actuaciones coordinadas por el Sistema Sanitario (público), desarrollados por profesionales de diferentes sectores que atienden determinadas patologías cuya finalidad es la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esas patologías (Lizana, 2010)

Procesos asistenciales II

- Forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente.
- Es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología de forma racional y planificada.
- Resultados evaluables
- Definir estándares considerados satisfactorios por los pacientes.
- La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es mediante PROTOCOLOS Y GPC (Saura, 1997)

Aspectos a evaluar

- Derechos del paciente
- Ética de la organización
- Evaluación clínica del paciente
- Educación sanitaria del paciente y familiares
- Continuidad de la asistencia
- Liderazgo
- Gestión de los recursos humanos y técnicos
- Prevención riesgos laborales
- Satisfacción del cliente-usuario-paciente
- Definición y descripción de funciones

- NINGÚN SERVICIO QUE TENGA VOCACIÓN DE PERVIVIR PUEDE SEGUIR FUNCIONANDO SIN UN PLAN ESTRATÉGICO DONDE SE RECOJA LA INCORPORACIÓN Y DESARROLLO DE UN ***SISTEMA DE CALIDAD***

TEMA 6: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

¿Qué es una GPC?

- Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y elaborada según criterio científico explícito y reproducible (RAE, 2009)

Definición GPC (Instituto Americano de Medicina, 2011)

- Conjunto de evidencias desarrolladas a partir de una revisión sistemática de la literatura médica, con objeto de guiar a profesionales de la salud y usuarios, en la mejor toma de decisiones para una atención segura y de calidad.

Definición PROTOCOLO clínico (Instituto Americano de Medicina, 2011)

- Documento definido por una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud en un entorno determinado.
- Permite poca o nula variación de las acciones cuya utilización se orienta más a aspectos de carácter normativo-administrativo.

PROTOCOLO (II)

- Señala los pasos a seguir
- Operativiza actuaciones ante hechos clínicos determinados, de curso predecible
- Especifica al responsable de las acciones que componen el proceso así como los recursos necesarios.
- Metodológicamente puede surgir de un consenso formal o informal

¿Para qué sirve una GPC?

- Ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

GPC I

- Mejoran la atención a los pacientes, desaconsejando intervenciones inefectivas
- Unifican criterios de intervención
- Reducen el gasto sanitario
- Educación para la salud: los pacientes también deben conocer algunos de sus aspectos

GPC II

- Deben facilitar el cambio de comportamiento tanto del personal sanitario como del paciente
- Se deben seguir unas recomendaciones tanto para su difusión como para su implementación

GPC III (Conceptos)

- Difusión
- Diseminación
- Implementación y estrategias
- Adopción

Difusión de GPC

- “Distribución de la información al personal sanitario”
- Consiste en distribuir la guía por los medios tradicionales sin un objetivo determinado

Diseminación de una GPC

- “Comunicación de la información al clínico para mejorar sus conocimientos o habilidades”
- P.e.: mediante conferencias o charlas

Implementación de una GPC

- “Traslado de la guía a la práctica clínica”
- Implica estrategias más activas, identificando y superando las dificultades del entorno

Adopción de una GPC

- “Necesidad u obligación de cambiar la práctica clínica *habitual*, una vez conocidos los contenidos de la guía”

Estrategias de implementación I

- Objetivos:
 - Aumentar el conocimiento
 - Cambiar actitudes
 - Cambiar hábitos y comportamientos
 - Modificar resultados

Estrategias de implementación II (dirigidas al personal sanitario)

- Distribución de material educativo (papel, electrónico, material audiovisual, publicaciones en revistas...)
- Formación continuada (congresos, talleres, sesiones clínicas...)
- Consenso (involucran a los profesionales en la discusión)
- Intervención del propio paciente (entrega de material en la sala de espera, divulgación desde asociaciones de enfermedades, a través de otros sanitarios...)
- Sistemas de recuerdo (p.e: electrónica, casillas a cumplimentar en la historia clínica...)

Estrategias de implementación III (intervenciones económicas)

- Mediante incentivos o penalizaciones
 - Honorarios
 - Becas
 - Subvenciones
 - Asistencia a cursos, congresos...

Estrategias de implementación IV

(intervenciones sobre las organizaciones)

- Cambios en estructurales: modificación del lugar de trabajo
 - Espacios físicos
 - creación de nuevas unidades (ictus, dolor, suelo pélvico...)
 - adecuación tecnológica
- Cambios sobre el personal (creación de equipos, nuevas contrataciones...)
- Cambios sobre pacientes: Educación para la salud (material, recomendaciones, prevención, folletos, charlas...)

Estrategias de implementación V

- Intervenciones reguladoras: leyes
- Intervenciones en los medios de comunicación de masas: tv, radio, periódicos, folletos, etc.

Efectividad de los medios de implementación

- Sistemas de recordatorio +++
- Materiales educativos ++

Barreras en la implementación GPC

- Objetivos poco definidos
- Redacción de las GPC (demasiado largas, complejas, dificultades de interpretación)
- Validez y fiabilidad y reproducibilidad de las GPC
- Familiaridad con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)
- Sobrecarga asistencial
- Falta de recursos
- Ausencia de planificación en la implementación

Recomendaciones para implementar GPC

- Desarrollar plan de implementación (que defina objetivos – a corto, medio y largo plazo- y mejoras a conseguir)
- Identificar personas involucradas en el proceso (líderes)
- Identificar población diana (pacientes, médicos, enfermería, fisioterapeutas, auxiliares,...)
- Analizar diferencias entre la práctica habitual y la “ideal” que propone la GPC
- Seleccionar mensajes clave
- Identificar barreras
- Considerar costes
- Evaluar impacto

TEMA 7: PRINCIPIOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS EN FISIOTERAPIA

Ética

- Parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre (RAE, 2011)

Ética sanitaria

- El deber del profesional sanitario no es sólo ayudar a una persona con problemas de salud y contribuir a su bienestar, sino que también está obligado a respetar los derechos del paciente, aun cuando entren en conflicto con las opiniones del propio profesional.

Deontología

- Conjunto de normas que deben respetarse en el ejercicio de una profesión.
- Cuando estas normas son recogidas en un código deontológico, tienen carácter de reglamento para los profesionales a los que va dirigido y su incumplimiento puede ser sancionado.

Deontología fisioterapéutica

- Conjunto de reglas o deberes que configuran el ejercicio del fisioterapeuta y hacen que la conducta profesional del mismo esté caracterizada o conformada a unos niveles técnicos y éticos que la propia naturaleza de la profesión exige.

- En el ejercicio profesional, el fisioterapeuta se encuentra a menudo en una encrucijada (p.e.: confidencialidad, consentimiento informado...) ante la que su responsabilidad terapéutica en el cuidado de la salud no es suficiente para resolver la situación (Sim, 1997)

Códigos deontológicos sanitarios

- Deberes generales de los profesionales (publicidad, declaraciones, clientela, etc.)
- Deberes hacia los enfermos (confidencialidad, respeto a los derechos fundamentales, etc.)
- Deberes de los profesionales entre sí
- Deberes de la colectividad.

– La Fisioterapia es la única profesión que tiene códigos deontológicos con normas de aplicación de ámbito regional y no nacional.

Códigos deontológicos del fisioterapeuta

- En todos los de España están presentes aspectos relativos a:
 - Definición y ámbito de aplicación
 - Deberes y derechos
 - Secreto profesional
 - Actividad científica
- El 1º en crearse fue el de Cataluña (1991).
- Andalucía en el año 1999

Los códigos de Fisioterapia pueden incluir además aspectos sobre:

- Publicidad
- Honorarios
- Relaciones con pacientes
- Relaciones con los profesionales entre sí
- Relaciones con otros profesionales

Código de ética profesional de Fisioterapia (ICPFA: 12/6/1999)

- Cap. I: Ámbito de aplicación (art. 1-9)
- Cap. II: De las responsabilidades fundamentales (art. 10-28)
- Cap. III: De las relaciones con los pacientes (art. 29-45)
- Cap. IV: De las relaciones con los compañeros (art. 46-56)
- Cap. V: De las relaciones con otros profesionales de la salud (art. 57-60)
- Cap. VI: De los honorarios profesionales (art. 61-73)
- Cap. VII: De la conducta ética en los estudios de investigación (art. 74-86)

Declaración de Helsinki I

- Asociación Médica Mundial:
Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas
- Adoptada en Finlandia, junio de 1964
- Modificada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983, en Hong Kong en 1989 y en Edimburgo en 2000.

Declaración de Helsinki II

- En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

Declaración de Helsinki III

- **1.- Principios básicos:**
 - El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

Declaración de Helsinki IV

- **2.- Investigación combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)**
 - En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.

Declaración de Helsinki V

- **3.- Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)**
 - El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas

TEMA 8: NORMATIVA LEGAL EN FISIOTERAPIA

Legislación de interés

- Ley Gral de Sanidad
- Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal
- Ley del Impuesto sobre el Valor Añadido
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales
- Ley de Autonomía del Paciente
- Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias
- Colegiación

Ley General de Sanidad

- 14/1986, de 25 abril
- Funciones: Aplicación de tratamientos con medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos de todas las especialidades de Medicina y Cirugía (Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo).
- Actividades: Asistencial, Administrativa/Gesitón, Formación y Docencia, Investigadora

Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal

- 15/1999 de 13 diciembre
- www.agenciaprotecciondatos.org
- Sanciones: Art. 45
- Obligaciones:
 - Notificación e inscripción de los ficheros de titularidad privada a la Agencia de Protección de Datos
 - Adopción de medidas de seguridad dispuestas en el RD 994/1999, de 11 de junio
 - Información a los titulares de los datos personales de sus derechos, finalidad del fichero, destinatarios de la información, identidad y dirección del responsable del fichero.

Ley del Impuesto sobre el Valor Añadido

- Ley 37/1992, de 28 diciembre
- Estará exenta del mismo “la asistencia a personas físicas como profesionales médicos o sanitarios, cualquiera que sea la persona destinataria de dichos servicios”
- Han de concurrir 2 requisitos:
 - Naturaleza de los propios servicios: asistencia sanitaria relativa al dco., prevención o tto. De enfermedades.
 - Los servicios deben ser prestados por un profesional médico o sanitario

Ley del Impuesto sobre el Valor Añadido

- Resolución de la Dirección Gral. De Tributos de 29 de abril de 1986:
 - “No estarán exentos los servicios consistentes en la realización de métodos fisioterapéuticos tendentes al adelgazamiento de las personas, prestados al margen o con independencia de un tratamiento médico”
 - Es decir, **NO** están exentas de IVA las actividades del fisioterapeuta realizadas con **finés estéticos o relajantes**. Este IVA que con anterioridad al RD-ley 20/2012, de 13 de julio, era del tipo reducido del 8% pasa al 21%

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

- 31/1995, de 8 de noviembre
- Art. 14: “Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo...”
“Los derechos de información, consulta y participación, formación en materia preventiva, paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y vigilancia de su estado de salud...”
“...el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo...”

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

- En cumplimiento de dicha obligación, todo aquel que tenga personal laboral a su cargo deberá efectuar la obligatoria Evaluación de Riesgos Laborales y tomar las medidas preventivas y periódicas que marca la Ley

Ley de Autonomía del Paciente

- 42/2002, de 14 de noviembre
- Regula los derechos y obligaciones en materia de información
- Impone a todos los profesionales sanitarios la ***obligación de informar a los pacientes sobre los procesos sanitarios que se le van a aplicar***, reflejando dicha información en la historia clínica

Ley de Autonomía del Paciente

- Art. 8.2: "...dicha información debe darse por escrito en los siguientes casos:
 - Intervención quirúrgica
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
 - Y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente"

Ley de Autonomía del Paciente

- El ICFA recomienda que, para salvaguardar la responsabilidad inherente a la obligación de informar, se efectúe siempre por escrito con detalle de los tratamientos que se le van a aplicar, debiendo comprender la información facilitada los siguientes aspectos:
 - Consecuencias relevantes de la intervención
 - Riesgos relacionados con las circunstancias del paciente
 - Riesgos probables en condiciones normales o relacionados en el tipo de intervención
 - Contraindicaciones

Ley de Autonomía del Paciente

- **El paciente deberá firmar dicha información escrita**, la que, dadas las reiteradas denuncias, se antoja fundamental cuando el tratamiento tiene lugar en zonas erógenas

Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias

- 44/2003, 21 de noviembre
- 1er. Intento legislador español de dar cumplimiento al mandato del art. 36 de la Constitución, que sienta la necesidad de regular por Ley las funciones de las profesiones sanitarias

Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias

- Art. 7.2.b: Funciones de los Fisioterapeutas:
“Corresponde a los DUF 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 somáticas, así como a la prevención de las mismas”

Colegiación

- Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales.
- Art. 3.2: “La colegiación resulta obligatoria para el ejercicio de las profesiones colegiadas”
- YA OBLIGATORIA LA COLEGIACIÓN PARA TRABAJAR EN EL SAS
- Cobertura seguro de RC personal, no de empresa

Bibliografía Básica:

- Administración en Salud Pública. Prensa Médica Mexicana. 1998 .San Martín, H.
- Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª Edic. Madrid: Harcourt-Brace. 1999. Martín, A. Cano JF
- Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson. 1992. Rochón, A
- Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2ª Edic. Madrid: Diaz de Santos. Salleras, L
- Garantía de calidad en Atención Primaria. Barcelona; Doyma, 1993. Marquet, Palomar
- Promoción de Salud en la comunidad. Madrid: UNED. 2002. Sarria Santamera, A
- Programación y protocolización de actividades. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma. 1990. Jiménez, J

Bibliografía Complementaria:

- De Alma-Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS, 1991. Organización Mundial de la Salud
- Fisioterapia en Atención Primaria. Fisioterapia (Vol 19, monográfico). Madrid: Garsi. 1997. Asociación Española de Fisioterapeutas
- Guía de funcionamiento en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984. Mtrio de Sanidad y Consumo