

2000

Terapia ocupacional : propuesta de gestión de la derivación medica inmediata del servicio de ginecologia

Cabrera, Susana Beatriz

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/393>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

INV. 2079

CABRERA SUSANA BEATRIZ

TERAPIA OCUPACIONAL. PROPUESTA DE GESTION
DE LA DERIVACION MEDICA INMEDIATA
DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA.

TESIS DE MAESTRIA EN GESTION
DE SERVICIOS DE SALUD

U.N.M.D.P.

2003

**TERAPIA OCUPACIONAL. PROPUESTA DE GESTIÓN
DE LA DERIVACIÓN MÉDICA INMEDIATA
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**TESIS PRESENTADA EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y DEL SERVICIO SOCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO MAGISTER EN
GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

Por:

LIC. T.O. SUSANA BEATRIZ CABRERA

Jefe de Sala de Medicina Física y Rehabilitación

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

Dr. Oscar E. Alende. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina

Año 2000

DIRECTOR DE TESIS:

MARIO BERNARDO HELER

Dr. En Filosofía.

Investigador Asistente en la carrera de

Investigador del CONICET.

Profesor Regular Titular de la U. B. A.

ÍNDICE

	PÁGINAS
PORTADA	I
DIRECCIÓN DE TESIS	II
ÍNDICE	III
RECONOCIMIENTOS	VI
ABSTRACTS	1
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	7
FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	13
MARCO TEÓRICO	14
1. Perspectiva de Análisis. La Gestión en Salud	14
2. La Disciplina de Terapia Ocupacional	20
3. La Unidad de Terapia Ocupacional. HIGA	
Dr. Oscar E. Alende. MDP	24
a) Criterios Generales de Inclusión de Patologías posibles de Tratamiento y Servicios de Terapia Ocupacional	26
b) Normas de Derivación a Terapia Ocupacional.	29
c) Estándares Generales de Práctica de Terapia Ocupacional.	30

4. Programa para pacientes operadas por Cáncer de mama.

Sala de Rehabilitación. Terapia Ocupacional. HIGA.

MdP. Bs. As	34
1) Aspectos Técnicos de la Cirugía.	34
2) Complicaciones Peri y Postoperatoria.	35
3) La Rehabilitación. Proceso de Terapia Ocupacional. ..	35
PROBLEMA	39
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	40
DISEÑO METODOLÓGICO	42
Tipo de Estudio	42
Universo de Estudio y Muestra	42
Método	42
Criterios de selección de la muestra	42
Criterios de Inclusión y Exclusión	42
Método de selección de la muestra	42
Recolección datos: Instrumentos, Desarrollo de los Instrumentos	43
ANÁLISIS DE LOS DATOS	45
SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA	78
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA	79

	PÁGINAS
PROPUESTA DE GESTIÓN	82
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	85
EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	86
CONCLUSIÓN	87
APÉNDICE:	89
CONTEXTOS GENERAL DE LA GESTIÓN DE SALUD EN REHABILITACIÓN	89
1.- La Globalización, su impacto en la Gestión de las Políticas Públicas en nuestro país y el nuevo rol del Estado	89
2.- Propuestas Generales de Salud para la Región. La Rehabilitación	95
3.- Hospital Dr. Oscar E. Alende. Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires	100
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXO	107
Formulario de la encuesta	

A mi esposo e hijas.

A mi madre.

Y a la memoria de mi padre.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer:

A mi amiga Lic. T.O. Norma S. Gordillo por su incondicional, tenaz y constante colaboración en todo y cuanto la necesité.

A la T.O. Ana Laura Auzmendis por su paciencia, tiempo y dedicación en la organización y diseño del trabajo desinteresadamente.

A los médicos del Servicio de Ginecología H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende por su disposición.

A mis compañeras que, sin proponérselo, me enseñan.

ABSTRACT:

La Unidad de Terapia Ocupacional de la Sala de Medicina Física y Rehabilitación del H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende" propone una mejor implementación y utilización de los recursos disponibles, que permita aumentar la eficiencia y eficacia de los mismos y garantizar el acceso a la rehabilitación de las personas operadas por un Cáncer de mama en el Servicio de Ginecología. El objetivo del trabajo es gestionar la eficiencia y eficacia de la derivación del paciente operado por Cáncer de mama a la Unidad de Terapia Ocupacional, establecida en el Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la patología vigente en el Servicio de Ginecología. Con un diseño: Exploratorio-Descriptivo-Propositivo, realizado en el Hospital Interzonal General de Agudos. "Dr. Oscar E. Alende". Sala de Medicina Física y Rehabilitación. Unidad de Terapia Ocupacional. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Año 2000. El universo de Estudio conformado por 37 médicos, la totalidad del Servicio del Servicio de Ginecología. Los resultados más relevantes:

- ✓ El 70% de los médicos del Servicio de Ginecología conocen el Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama y saben que día tienen que derivar el paciente para su rehabilitación a la Unidad de Terapia Ocupacional.
- ✓ El 46,6 % de los médicos del Servicio de Ginecología adjudican que la carrera de Terapia Ocupacional es terciaria no universitaria, con menor cantidad de años de duración y menor cantidad de materias que las que corresponden.
- ✓ Los médicos tienen un conocimiento parcial de las funciones y prácticas del Terapeuta Ocupacional en el Hospital, aunque dicen conocer las acciones específicas en el operado de mama.
- ✓ El 70% de los médicos del Servicio de Ginecología opinan que desean recibir información de toda la disciplina de Terapia Ocupacional.

Palabras claves: Gestión. Terapia Ocupacional. Derivación médica inmediata. Cáncer de mama. Servicio de Ginecología.

ABSTRACT:

The Unit of Occupational Therapy of the Ward of Physical Medicine and Rehabilitation of H.I.G.A. "Dr. Oscar E. Alende" suggests a better implementation and usage of the available resources so as to increase and guarantee the efficiency and efficacy as well as the access to the Gynecology Service for the people operated from Breast Cancer.

The objective this article is to manage the efficiency and efficacy of the derivation of a patient operated from Breast Cancer to the Unit of Occupational Therapy, as established on the Protocol of Diagnostic and Treatment of the current pathology of the Gynecology Service. With a design Exploratory-Descriptive-To propose, in the Hospital Interzonal General de Agudos. "Dr. Oscar E. Alende". Physical Medicine and Rehabilitation Room. Unit of Occupational Therapy. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. Year 2000. The study realm all physicians registered on the Gynecology Service, which is made of 37 members. The results most eminent:

- ✓ 70% of the Physicians of the Gynecology Service are aware of the Protocol of Diagnostic and Treatment of Breast Cancer and know when to referral the patient, in order to be rehabilitated, to the Unit of Occupational Therapy.
- ✓ Doctors of the Gynecology Service regard the Occupational Therapy degree as a college degree and not as a university one. They think the course of studies to be shorter and to have fewer subjects than they really have.
- ✓ Physicians have a partial and distorted idea of the role of the Occupational Therapist.
- ✓ 70% of the Physicians of the Gynecology Service would like to receive all the information concerning Occupational Therapy discipline.

Key Words:

Management-Occupational Therapy- Earliest Medical Referral- Cancer of Breast-Gynecology Service.

INTRODUCCIÓN

En el contexto actual, y como consecuencia de grandes transformaciones, la Política de Salud de la Provincia de Buenos Aires propone como objetivo central el “mejorar la salud y la calidad de vida de sus habitantes, con un cambio cultural y organizativo del sistema salud”.¹

Sus premisas rectoras son:

1. Definir, el objetivo central de todas las acciones la persona usuaria del sistema sanitario como el actor principal.
2. Privilegiar la promoción de hábitos saludables y la prevención de las enfermedades.
3. Avanzar sobre la organización de un Sistema Integrado de Salud basados en los siguientes ejes sustantivos: participación, integración, descentralización, regionalización, equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, capacitación.

Se detectan en la Organización del Sistema de Atención, dentro de la estructura asistencial del Subsector Público “Áreas Especiales Problemáticas” entre ellas la “Rehabilitación”; donde las limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales de las personas surgen como importantes para las autoridades sanitarias en el logro del objetivo central del Plan Quinquenal.

La Dirección Nacional de Rehabilitación, en el año 1981, realizó un diagnóstico para la extensión de la cobertura de la atención de la discapacidad, en el que se describió el siguiente cuadro de situación, que aún tiene vigencia.

1. Existencia de una desproporción entre la demanda espontánea y la oferta.
2. Concentración de la oferta en algunas grandes ciudades.
3. Desarraigo de la persona discapacitada al ser derivada para su atención.
4. Desarticulación entre la atención clínica y quirúrgica y la de rehabilitación.
5. Escasez de recursos humanos especializados para constituir los equipos de Rehabilitación.

¹ *Plan Quinquenal de Salud 1995-2000. Provincia de Buenos Aires.* (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1995).

6. Falta de estadísticas sobre número de discapacidades y su composición por patología. (18)

Durante varias décadas y en los países más desarrollados ha habido una expansión gradual en el número y nivel de los servicios de rehabilitación. Esta expansión ha ido acompañada de la proliferación de disciplinas y tratamientos, cada uno con una orientación especial o una función de base específica, una de ellas es la Terapia Ocupacional (T.O.). La mayor parte de este desarrollo tuvo lugar en hospitales generales; particularmente, esto sucede en el Hospital Dr. Oscar E. Alende con la inclusión de la T.O. en el año 1974, que junto con las ya existentes Fonoaudiología y Kinesiología conforman la estructura funcional de la Sala de Medicina Física y Rehabilitación, con sus respectivas Unidades.

No cabe duda de que el diagnóstico médico preciso es muy importante para el rehabilitador porque le permite planificar el tratamiento, saber que está pasando e inferir lo que puede pasar. En rehabilitación el diagnóstico puede usarse como punto de partida pero no proporciona por sí mismo demasiada información sobre el grado de impacto de la enfermedad, además de no describir el estado físico-funcional, psicológico y/o social del paciente.

Dentro del equipo interdisciplinario, la Terapia Ocupacional es definida por la World Federation of Occupational Therapists "como la que facilita la actividad humana, a partir de la interpretación del entorno social en que se desenvuelve; generando nuevas prácticas sociales dentro del marco de las expectativas de sistemas de Salud/población".²

Como participante de una Unidad de Salud; La Terapia Ocupacional en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (HIGA) hubo de hacer su espacio convirtiéndose en la actualidad en una disciplina necesaria, válida y en un derecho más de las personas.

"Entre sus objetivos principales es prioridad regular y supervisar no sólo la actividad intrasala, sino también en el hospital; de manera que la entrega del servicio sea uniforme y consistente desde la derivación hasta la planeación del programa, alta

² TROMBLY Catherine A., *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*., Edit. Williams & Wilkins. Fourth Edition 1995. Pag 258

y programa de evaluación de resultados; dejando liberados los aspectos creativos que puedan reflejar los distintos abordajes, modelos de intervención y estilos profesionales, relativos a las necesidades de los pacientes para lo que cuenta con el dictado de normas específicas, a saber: a) Normas de derivación, b) criterios de inclusión de las patologías pasibles de tratamiento y servicios y c) Estándares generales de práctica”.³

En rehabilitación, el control sistemático se ha convertido en una práctica habitual; la mayor barrera a la calidad asistencial consiste en la persistencia de la creencia en que la práctica habitual es suficiente y que la forma en que se han venido haciendo las cosas es necesariamente la mejor por conocida y confiable. Así es como, confeccionando la memoria anual de T.O. es que se encuentra el problema motivo de este estudio en el Programa para pacientes operadas de Cáncer de mama.

Un conjunto de problemas físicos y psicológicos son comprobables después de una mastectomía, acompañando paralelamente al diagnóstico y tratamiento médico de cáncer de mama.

Desde el año 1978, la modalidad de comunicación formal imperante en el H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende es el formulario de interconsulta. Este lleva entre otros datos explícitamente, el diagnóstico médico y la derivación para la atención del paciente, de un servicio a otro. El diagnóstico de Cáncer de mama quirúrgico provocó consultas iniciales tardías, provenientes de los Servicios de Oncología o Radioterapia (Tratamientos posteriores a la cirugía) dirigidos a la Unidad de Terapia Ocupacional. Estas generaron la necesidad de elaborar un programa con criterios de ingreso inmediato y terapéutica para esos pacientes. Una vez diseñado, se propone al Servicio de Ginecología – como estrategia - que lo incluya en la normativa del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la patología con el estándar de derivación médica inmediata, indicador: 1° al 7° día post- operatorio, con un criterio del 100% de los casos, sin indicador de no logro, con el objetivo de que lleguen todos los pacientes eficaz y eficientemente (en tiempo y forma), situación que se formaliza en 1983; con la finalidad de responder en Terapia Ocupacional al estándar de evaluación de resultados, indicador: – óptima Performance Ocupacional - fijado en el 80% de los casos, y la norma máxima aceptable relacionada al no logro del 20%.

³ CABRERA Susana B. *Terapia Ocupacional, Normas de derivación de las patologías pasibles de tratamiento*. Tesis final, Programa de Especialización de Postgrado de Metodología de la Investigación Clínica y Epidemiológica. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. IX Distrito. Mar del Plata. Año 1998.

En este estudio sólo se trata el estándar - derivación médica inmediata -; se utilizan como instrumentos la estadística del Servicio de Ginecología, proporcionada por la Oficina Central de Estadística y el libro de Admisión de internación de la Unidad de Terapia Ocupacional. En el análisis, la información comparativa obtenida del año 1999 arroja que el Servicio de Ginecología deriva sólo el 81,02% del total de los casos, con una disminución del 18,98% respecto del estándar fijado, porcentaje significativo para considerar, ya que supera el dato promedio histórico del 8%; prestando seria atención a la coordinación, aspectos de comunicación, o factores que interfieren en la interdependencia de las partes y para proponer medidas correctoras; ya que esta pérdida redundaría en el beneficio y derecho a la rehabilitación de las personas.

El presente trabajo se orienta entonces, hacia la mejor implementación y utilización de los recursos disponibles de la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" de Mar del Plata, que permita aumentar la eficiencia-eficacia de los mismos y garantizar el acceso a la rehabilitación de las personas que lo necesitan; delimita su objeto de estudio en la pérdida de derivaciones médicas inmediatas, de los pacientes con Cáncer de mama quirúrgico del Servicio de Ginecología a esta Unidad.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Realizado el rastreo bibliográfico de distintas Bases de Datos como Medline, Lilacs y utilizando las palabras claves: REHABILITACIÓN - T.O.- CÁNCER DE MAMA – DERIVACIÓN MÉDICA INMEDIATA – GESTIÓN – CONTROL, no se obtuvieron resultados en la búsqueda para poder comparar y posteriormente discutir el presente estudio con otros que planteen objetivos análogos, sólo se hallaron los siguientes estudios clínicos: **Ochoa Carrillo; Francisco Javier** “*Rehabilitación integral post-mastectomía*” División de Cirugía del Instituto Nacional de Cancerología, México, julio-setiembre 1.997; **Sasaki, Tania; Lamari, Neuseli Marino** “*Reabilitação funcional precoce pós mastectomía*”, Brasil, 1.997; **Le-Vu, B.; Dumortier,A.; Guillaume,M.V.; Mouriesse, H.; Barreau Pouhaer,L.** “*Efficace dan masaje al et del lamobilisation du membre superieur apres traitement Chirurgical du cancer du sein*”, Francia, 1.997; **Leduc, O.; Leduc, A.; Borgeois, P.; Belgrado, J,P.** “*The physical treatment of upper limb edema*”, Estados Unidos, 1997; **Na, Y M; Lee, J S; Kang, S W; Lee, H D; Koo, J Y,** “*Ensayo clínico sobre un programa de rehabilitación temprana en pacientes post-mastectomía*”, Universidad de Medicina de Yonsei, Corea del Sur, 1.999; **Renngifo Villacorta, Jessica,** “*Protocolo de tratamiento en terapia física para pacientes mastectomizadas por cáncer*”, Lima, Perú, 2.000; **Petruseviciene, D.; Krisciunas, A.; Sameniene, J.,** “*Efficiency of rehabilitation methods in the treatment of arm lymphedema after breast cancer surgery*”, Lituania, 2.002; **Fismen, K.; Osland, J.; Fismen, E.; Borge, L.; Martinsen, E. W.; Hjort, P.; Iversen, O. E.; Stanghelle, J.K.** “*El Rehabilitering av kvinner med brystkreft*”, Noruega, 2.000; **Box, R. C.; Reul-Hirche, H. M.; Bullock-Saxton, J. E.; Furnival, C.M.,** “*Phisioterapy after breast cancer surgery: results of a randomised controlled study to minimise lymphoedema*”, Australia, 2.000; **Harris, S. R.; Hugi, M. R.; Olivotto, A.; Levine, M.,** “*Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cáncer: 11 Lymphedema*”, Canadá, 2.000; **Mckenzie, D.; Kalda, A.,** “*Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer patients: a pilot study*”, Canadá, 2.002; **Voogd, J.; Verves, J.; Bingerotes, A.; Roumen, R.; Coebergh, J.; Crommelin, M.,** “*Lymphoedema and reduced shoulder function as indicators of quality of life after axillary lymph node dissection for invasive breast cancer*”, Paises Bajos (Netherlands), 2.002; **Pava, R. G.; Villamizar Rodríguez, E.,** “*Disfunción de hombro en pacientes con cáncer de seno*”, Colombia, 2.002.

Por lo expuesto, en la imposibilidad de incluir un análisis del estado actual de la cuestión pertinente al tema planteado en la presente investigación, se describirá sintéticamente la evolución histórica acerca de este a partir de los estudios propios realizados en Rehabilitación- T.O.- H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende.

Dada la necesidad de contar con un programa (similar a los existentes en relación a otras patologías), para las pacientes operadas de cáncer de mama en el H.I.G.A., desde la Sala de Rehabilitación se le propone a la Unidad de Terapia Ocupacional su elaboración en el año 1978.

“Para ello se indagó acerca de las razones por las que los pacientes llegaban a meses o años de la intervención y con sólo el requerimiento médico de aumentar la amplitud articular del hombro y/o reducir el edema, por sobre el resto del complejo “Cáncer”, buscándose información en el Servicio de Ginecología, efector quirúrgico del paciente apuntando a los siguientes datos:

- 1- Aspectos técnicos de la cirugía
- 2 - Complicaciones peri y postoperatorias
 - 2.1- Complicaciones durante el acto quirúrgico
 - 2.2- Complicaciones en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas post-cirugía)
 - 2.3- Complicaciones en el postoperatorio mediato (desde 48 horas hasta 7mo. día ó extracción de puntos post-cirugía)
 - 2.4- Complicaciones en el postoperatorio alejado (aquellas que pueden aparecer a meses ó años de la intervención quirúrgica)
 - 2.5- Se tomó conocimiento del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento (donde aún era inexistente la derivación a T.O.).

Se realizó la revisión bibliográfica sobre el tema Cáncer de mama en Rehabilitación y se confeccionó un informe con todos los datos recogidos, incluyendo una estimación de los recursos necesarios. Se pudieron así delimitar los siguientes problemas: la derivación médica tardía ocasiona, persona con secuelas factibles de ser crónicas, mayor tiempo de tratamiento, con mayor demanda en tiempo de recursos humanos, ocupación durante más tiempo del recurso físico y mayor gasto económico para el paciente, mayor costo para el hospital Dr. Oscar E. Alende, con la consiguiente

pérdida en la eficiencia, eficacia y efectividad en los resultados de la intervención terapéutica en T.O.: persona con discapacidad en categoría media en las Áreas de la Performance Ocupacional.

De acuerdo a estas elaboraciones se recomendó como primera medida que el Servicio de Ginecología incluya en el Protocolo de la Patología, la derivación precoz; tal propuesta se hace efectiva en el año 1983, para modificar finalmente la estrategia terapéutica de la Unidad de Terapia Ocupacional.

“El programa fijó como Objetivos:

1) Admisión del paciente en la Unidad de Terapia Ocupacional, derivado del Servicio de Ginecología, del 1ero. al 7mo. día post- operatorio.

2) Rehabilitar a los pacientes operados por Cáncer de mama.

A) Objetivos específicos a realizar:

1. -entrevista/evaluación: 1er día de recibida la derivación.
2. -atenuar el impacto emocional agudo.
3. -posicionar el miembro superior afectado.
4. -recuperar la capacidad funcional del miembro superior del lado operado.
5. -estimular la correcta mecánica respiratoria.
6. -educar para la profilaxis del edema braquial secundario.
7. -controlar el equilibrio postural.
8. -instrumentar cuidado de la cicatriz.
9. -informar las opciones cosméticas.
10. -orientar e informar a la familia.
11. -instruir en hábitos de las actividades de la vida diaria.
12. -orientar en tareas laborales.
13. -confeccionar y colocar prótesis externa.

B) Nivel a conseguir:

Óptima recuperación de las Áreas de la Performance Ocupacional y sus componentes.

C) Recurso Humano:

Un terapeuta Ocupacional.

D) Tiempo que se prevé para completar los objetivos:

5 días corridos en la sala de internación del Servicio de Ginecología; 45 días en el consultorio externo de la Unidad de Terapia Ocupacional, 3 veces semanales de 60 minutos de duración.

E) Método que se utilizará para valorar la evolución del paciente:

Re-evaluación semanal con mediciones estandarizadas.

F) Método que se utilizará para control o seguimiento al alta:

Monitoreo documentado durante 5 años: 1er mes, 3 meses, 6 meses y a los 12 meses el primer año, 1 vez al año durante los 4 años siguientes.

G) Programa de evaluación de resultados:

Evaluar eficiencia y efectividad del programa en cuanto a proceso y resultado de la intervención de Terapia Ocupacional, revisando lo apropiado del servicio total; reflejando el consenso profesional en la actualización y/o desarrollo en la investigación y teoría.

H) Documentación que se utilizará:

Registro inicial, registros e informes de evaluación, objetivos y plan de tratamiento, informes de progreso, resúmenes de alta, informes de control, informe de evaluación de resultados del programa.

I) Recursos necesarios:

Un terapeuta ocupacional.

Un consultorio, tres veces semanales durante 60 minutos.

Fotocopias para pacientes, poliuretano expandido, pesas".⁴

En el año 1989 se evalúan aspectos parciales del proceso de T.O. con un trabajo de investigación clínica llevado a cabo por Lic. Gordillo Norma y la Lic Cabrera Susana del que a continuación se transcribe un resumen.

⁴ CABRERA Susana B. *Informe para el Programa para pacientes operadas por Cáncer de mama*. Sala de Rehabilitación. Consultorio de Terapia Ocupacional. H.I.G.A.. Año 1979.

“Objetivo General:

Dimensionar en las pacientes operadas por un Cáncer de mama en que medida se halló la capacidad funcional del miembro superior homolateral al sitio quirúrgico.

Verificar la eficacia de la profilaxis del edema braquial.

Hipótesis:

Las pacientes operadas por Cáncer de mama derivadas en forma inmediata post-cirugía al consultorio de Terapia Ocupacional, presentan menos edema braquial secundario y mayor capacidad funcional máxima en el control, comparadas con las derivadas en forma tardía, independientemente del tipo de cirugía.

Diseño:

Analítico retro-prospectivo controlado, desde Febrero de 1979 hasta Diciembre de 1988. Con un corte transversal en 1989 (control) y análisis de los datos en 1990.

Lugar:

Hospital Interzonal General de Agudos. Sala de Medicina Física y Rehabilitación. Consultorio de Terapia Ocupacional. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

Pacientes:

91 mujeres operadas por Cáncer de mama, radicadas en la ciudad de Mar del Plata, que recibieron tratamiento de Terapia Ocupacional desde febrero de 1979 hasta diciembre de 1988, y que hubiese transcurrido desde un año hasta 10 del alta de este consultorio para el control.

Mediciones y resultados:

La eficacia de la profilaxis del edema braquial secundario fue mayor en las mujeres derivadas inmediatamente a tratamiento de Terapia Ocupacional post-cirugía.

- ✓ *Las pacientes operadas con cirugía tipo Halsted/Mérola derivadas tardíamente, presentaron mayor recurrencia de edema braquial secundario y menor capacidad funcional.*
- ✓ *La derivación médica inmediata post-cirugía favoreció la recuperación funcional del miembro superior homolateral al sitio quirúrgico en grado máximo.*

- ✓ *Las pruebas estadísticas aplicadas fueron X², Test de Fisher, Desigualdad relativa (odd ratio), bajo un nivel de significancia del 95%.*

Conclusión:

*Estas observaciones efectuadas, permiten recomendar como aplicación clínica la derivación médica inmediata y el programa rehabilitador de Terapia Ocupacional, para los pacientes operados por un Cáncer de mama.*⁵

Ahora bien, a partir de esta investigación se fueron modificando cuestiones propias del Proceso de Terapia Ocupacional, monitoreando anualmente el control de gestión conducente al logro de los resultados que se persiguen obtener a través del uso y organización de los recursos

La situación a la fecha plantea la necesidad de realizar un nuevo estudio, orientado a mejorar la gestión de la derivación médica inmediata a la Unidad de Terapia Ocupacional para los pacientes operados de Cáncer de mama.

⁵ CABRERA Susana B. , GORDILLO Norma S.; *Rehabilitación de mujeres operadas por Cáncer de mama. Evaluación de Edema Braquial Secundario y Capacidad Funcional.*. Tesis de grado Licenciatura de excepción en T.O.. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1992.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El Programa de rehabilitación en Cáncer de mama, puesto en marcha en 1979 por Terapia Ocupacional fue sufriendo modificaciones hasta la actualidad, a medida que la experiencia y bibliografía aportaban nuevos conocimientos. Esto nos indujo a ser más exhaustivos en la búsqueda y sistematización de los datos.

Así se fueron adecuando cuestiones pertinentes al tratamiento y a la celosa vigilancia de puntos que no dependen exclusivamente de este consultorio y que nos permitieran obtener mejores resultados; fundamentalmente puesta la mirada en la derivación médica tardía, que acarreó secuelas permanentes en los rangos articulares del hombro homolateral al sitio quirúrgico y aparición de edema braquial secundario, moderado o severo, o patología plexual que ocasionan graves problemas en las "Áreas de la Performance Ocupacional", definida como la habilidad de un individuo para realizar las actividades que se propone dentro de su entorno y en sus roles, y estar satisfecho con su rendimiento. Estas áreas incluyen las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo y tiempo libre".⁶

Al leer el informe estadístico del año 1.999 un número de pacientes no fueron derivados eficazmente, perdiendo de esta manera, la posibilidad de ser incluidas en el Programa, recibiendo, no obstante otro tipo de encuadre y tratamiento.

Alertados acerca de esto es que se propone analizar que pasó, y hallados los problemas hacer una propuesta de gestión en el servicio de Ginecología con los profesionales médicos de planta permanente, residentes y concurrentes para trabajar juntos acerca de la importancia de la interconsulta inmediata con la Sala de Rehabilitación, Unidad de Terapia Ocupacional, en beneficio de los pacientes y la calidad de servicio total.

⁶ Cf. (22)

MARCO TEÓRICO

1.- PERSPECTIVA DE ANÁLISIS: LA GESTIÓN EN SALUD

La gestión puede conceptualizarse como el uso más adecuado de los medios disponibles, para el logro de los objetivos prefijados, es decir que dentro del conjunto de actividades que tienen lugar en una organización, *gestionar* consiste en seleccionar ciertas acciones partiendo de ciertas informaciones. La dificultad proviene del hecho de que, los trabajos de gestión son muy diversos, tanto en su naturaleza como en su alcance y consecuencias. Por lo tanto, no deberían estudiarse todos de la misma forma. "Por ello se han creado numerosas clasificaciones de los problemas de decisión, una de las cuales sugiere que las situaciones en que han de tomarse decisiones se deben clasificar en función de su estructurabilidad, es decir, del número de variables necesario para describirlas (Complejidad) y de la posibilidad de prever las consecuencias de las acciones que se realicen (Incertidumbre). La combinación de dichas categorías define una especie de escala cuyos puntos de referencia van desde: *lo más estructurado* - como una situación que puede ser descrita con bastante exactitud-, *a lo menos estructurado* - como una situación de carácter muy general - subrayando que: existe gestión en todos los niveles de la organización, la inclusión de las actividades de gestión en una categoría es esencialmente variable en el tiempo y que depende del tipo de organización de que se trate, que desde la perspectiva del control existen distinciones entre aquel al que esta sometido un gerente, y aquel al que esta sometido un empleado".⁷

La razón de ser de cualquier organización de salud es asegurar en su servicio la satisfacción de las necesidades de los usuarios o beneficiarios para ello debe asegurarse que los escasos recursos disponibles se utilicen de la mejor manera posible en provecho de la salud de la población.

El uso más adecuado significa que hay alguien más apropiado que otro, porque sabe y realiza un uso correcto de los medios disponibles en acto o en potencia. Para ello hay que tomar en cuenta el sistema –un conjunto de elementos en interacción– donde ese uso se desarrolla; sistema que a su vez incluye subsistemas, como son el Subsistema Condicionante, el Subsistema de Decisiones, el Subsistema de Información, el Subsistema de Ejecución.

⁷ GRASSI CARLOS D., Documento elaborado para la Cátedra Administración en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. Año 2003

Como en todo sistema, en el sistema Salud se satisfacen tres condiciones: "1.- El comportamiento de cada elemento tiene un efecto sobre el comportamiento del conjunto; 2.- La conducta de los elementos y sus efectos sobre el conjunto son interdependientes. Esta condición implica que el modo en que cada elemento se comporta y el modo en que influye sobre el conjunto depende de cómo se comportan los otros elementos. Ningún elemento tiene un efecto independiente sobre el sistema en su totalidad; 3.- Si se forman subgrupos de elementos, cada uno tiene un efecto sobre el comportamiento del conjunto, y ninguno tiene un efecto independiente sobre él. En otras palabras, los elementos de un sistema se encuentran interconectados de tal forma que no pueden formarse subgrupos independientes de ellos.

El sustrato teórico que nos proporciona el concepto de sistema nos permite una cabal comprensión acerca de las oportunidades y riesgos creados por los cambios del entorno y las competencias de la organización, de modo que aquellos produzcan una organización eficaz y eficiente.

En la teoría de Sistemas la **eficacia** es definida como el grado en que los outputs actuales del sistema se corresponden con los outputs deseados, mientras que la **eficiencia** se define como la ratio entre outputs e inputs actuales.

En la mayoría de las organizaciones, una parte importante del tiempo y de la acción de los directivos se centra en los esfuerzos internos efectuados para ejecutar las operaciones diarias de forma tan eficiente como sea posible. Una de las principales razones para esto es que la ineficiencia puede afectar seriamente al rendimiento de la organización. De hecho, la organización fracasará si no se dedican al mantenimiento y mejora de la eficiencia suficiente tiempo y atención".⁸

La gestión trata entonces de consolidar o transformar un determinado proceso de acciones de salud en aras de aumentar su eficiencia y eficacia en el logro de sus objetivos, a través los siguientes instrumentos:

- La *planificación*, que es el plan de acción por medio del cual se diseñan las actividades y procesos para el logro de las metas. El cometido de todo plan de acción es definir los objetivos, formular las estrategias y describir con detalle las acciones operativas que conducen al logro de los resultados.

La planificación como forma de definir las relaciones con el entorno, es un proceso de reflexión orientado y dirigido a la acción.

⁸GRASSI CARLOS D., *Documento elaborado para la Cátedra Administración en Terapia Ocupacional*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. Año 2003.

“Desde 1984 la O.P.S. recomienda la planificación y administración estratégicas como herramientas válidas en gestión de las organizaciones, para que los actores involucrados sean capaces de comprender, participar y estimular procesos de cambio y transformación en los servicios de salud.

La planificación estratégica no surge de “abajo para arriba” o viceversa, sino desde donde se puede, desde donde se generan las propuestas más innovadoras o la estrategia más exitosa, ya que en esta los recursos humanos son la organización, no los que están dentro de la organización y son recortes de la estructura social donde la cooperación, la competencia o el conflicto forman parte de la dinámica de alta especificidad y son atravesados por los determinantes más amplios de la sociedad en su conjunto.

Hasta ahora planificaría quién toma decisiones, mientras que aquellos que ejecutan las acciones y que individual o colectivamente participan de la toma de decisiones en la base, para brindar servicios directos o indirectos de salud, para participar activamente en los procesos de cambio y adecuación de los servicios (Autoridades, jefes, dirigentes populares, etc.) son los que construyen y legitiman a la misma organización que planifica; si además cuentan con herramientas de planificación esta tendría mayor eficacia para mejorar la cantidad, calidad y cobertura de servicios de salud y en última instancia de la salud de la población.

Por lo tanto la planificación estratégica en salud “debe ser” un instrumento de transformación de objetos planificados a sujetos que planifican una determinada realidad”⁹

- La *organización* consiste en concretar campos de delegación y de responsabilidad, definir la posición de éstos y los de cada uno de los miembros que los componen para conseguir un fin propuesto, lo que presupone la existencia de reglas, de un orden y de una dependencia.
- La *información* es el flujo detallados de los datos que corresponden a cada transacción ocurrida en la organización y de aquellos otros que se hayan originados por causa de los diferentes acontecimientos externos e internos que acontezcan. Por lo tanto, la información puede arrojar una comparación de la acaecido con los estándares prefijados.
- El *control*: de poco valdría la información si no hubiera un control, para verificar los datos y comprobar si lo que se está realizando es conforme o no a

⁹ ROVERE MARIO R., *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. OPS. Washington, DC. 237, EUA. Año 1993.

los planes previstos. El control, en suma, es el soporte y el medio a través del cual se valida la información. Éste es fundamental en la gestión para que esta sea efectiva.

Es de señalar que existen diferencias entre *control* y *evaluación*, para no entorpecer la correcta gestión entenderemos:

- a) Por *control*, en un primer análisis se pueden asociar dos significados a la palabra control: El primero y más amplio significado está asociado a la idea de poder, de *dominio*. Así, control es el proceso por medio del cual se asegura la marcha o puesta en práctica de las estrategias dentro de una organización, y una vez realizado ayuda a comprobar que se van cumpliendo como estaba previsto. En consecuencia, control y planificación concurren en la gestión con similar peso específico y relevancia. Un segundo significado responde a la idea de supervisión. En este sentido, controlar significa verificar que las cosas se desarrollan de acuerdo con lo que se desea. Por otra parte, dicho deseo puede haberse formulado, con mayor o menor precisión, en forma de objetivos.

“Dentro de esta perspectiva el control de la gestión se convierte en:

El conjunto de los procesos de obtención y utilización de información que tiene por objetivo supervisar y dominar la evolución de la organización en todos sus niveles”.¹⁰

“Operativamente consta de cuatro etapas:

1. Especificación de un estándar de actuación deseada.
2. Fijación del medio capaz de detectar lo que ocurre en la organización y del cauce de comunicación a una unidad de registro
3. Comparación de la información obtenida con el estándar que haya sido establecido previamente.
4. Toma de medidas correctoras, si es que hay discordancia entre el resultado y el estándar”¹¹.

Cualquier proceso de control tiene que ser siempre sistemático y distribuido adecuadamente en el tiempo.

- b) *Eválución*: ésta ha de suceder al control, una vez que mediante éste se haya realizado la comprobación y medición de los resultados es cuando puede procederse a evaluarlos.

¹⁰ GRASSI CARLOS D., *Documento elaborado para la Cátedra Administración en Terapia Ocupacional*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.M.D.P. Año 2003.

¹¹ CORELLA JOSÉ MARÍA., *La Gestión de Servicios de Salud*. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid - España. Año 1996.

Un control sin evaluación no sirve para tomar decisiones. Ahora bien, para que la evaluación sea correcta ha de realizarse en forma sistematizada, objetiva, periódica, y teniendo como referente un período que ya haya sido evaluado.

Cuando los dos conceptos de control y evaluación no se confunden, se llega a comprender mejor que la gestión responde a seis requisitos:

1. "Fijación de objetivos de actuación.
2. Puesta a punto de estándares, medidas, políticas y procedimientos, que encaucen e impulsen a la organización hacia las metas que deban alcanzarse.
3. Control de la ejecución.
4. Evaluación de los resultados.
5. Toma de decisiones.
6. Si procede, adopción de medidas correctoras¹².

Para que este esquema de gestión se lleve a cabo ha de estar asentado en cuatro principios: *Responsabilidad, Control sistematizado y eficiente, Valoración y Prontitud en la decisión*. A su vez, estos principios tienen su razón de ser en los siguientes motivos *Eficacia – Eficiencia - Motivación*.

El papel del control en la gestión puede ser efectivo sin ser total. En la práctica el control es generalmente parcial, siendo determinado por diversos factores, y sólo algunos de ellos son los que pueden ser manipulados por los responsables de una unidad organizativa a través de acciones correctoras.

El verdadero propósito del control de gestión es asegurar que las estrategias de la organización se están llevando a la práctica.

- *"El principio Holístico*: Este principio se encuentra al servicio de la comprensión global del sistema empresarial y tiene dos partes: el principio de coordinación y el principio de integración. Cada principio está relacionado con una dimensión diferente de la organización.

Las organizaciones se dividen en niveles, y cada nivel se divide a su vez en unidades diferenciadas por su función, por su tipo de producción o por el mercado que sirven. La coordinación está relacionada con las interacciones entre las unidades de los diferentes niveles.

El principio de coordinación establece que ninguna parte de una organización puede planificarse eficazmente si se planifica independientemente de las demás unidades del mismo nivel. Así, todas ellas deben planificarse simultánea e

¹²CORELLA JOSÉ MARÍA., *La Gestión de Servicios de Salud*. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid – España. Año 1996.

interdependientemente. De esta forma, una amenaza o una oportunidad que aparezca en una unidad, puede en ocasiones manejarse mejor en otra unidad o en varias de ellas simultáneamente, debido a que la amenaza o la oportunidad puede no estar localizada donde aparece el síntoma.

Los problemas, independientemente del lugar en donde aparezcan, deben atacarse simultánea y cooperativamente desde tantos puntos de vista como sea posible.

El principio de integración postula que la planificación realizada independientemente en cualquier nivel de un sistema no puede ser tan efectiva como la planificación realizada interdependientemente en todos los niveles. Es común que, por ejemplo, una política o práctica establecida en un nivel de una Institución origine problemas en otros niveles. Por ello, la solución a un problema que aparece en un nivel, puede manejarse mejor si se cambian las políticas o las prácticas en otros niveles.

Cuando los principios de coordinación y de integración se combinan, se obtiene el principio holístico, el cual enuncia que, mientras más partes y niveles de un sistema se planifiquen simultáneamente e interdependientemente, mejores serán los resultados".¹³(1) (3) (4) (8) (20) (22) (23)

¹³ GRASSI CARLOS D., Op Cit.

2.- LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La T.O. comienza a estructurarse como práctica diferenciada dentro del marco de los hospitales, a raíz de la existencia de un emergente social: la discapacidad, nombre genérico en el que se engloban una serie no homogénea de desórdenes de tipo físico, psíquico, ambiental.

El valor de la actividad física y la realización de trabajos como terapéutica ya habían sido esbozados durante el siglo XVIII por el médico francés Philippe Pinel en su famoso "tratamiento moral". Desde ese momento algunas instituciones iniciaron programas de *trabajoterapia* o *laborterapia*, centrados en el concepto de "mantener ocupados" a los enfermos con discapacidades crónicas de origen psiquiátrico mediante actividades recreativas, artesanales, semi-industriales o industriales.

Durante las primeras décadas del siglo XX, fundamentalmente por las consecuencias de las guerras mundiales, el campo específico de la T.O. se amplía a enfermos traumatológicos, neurológicos, etc.

Los cambios que caracterizaron la maduración de esta práctica incluyen los avances en el cuerpo del conocimiento y habilidades, la extensión de la práctica a la investigación, y la fuerza de las asociaciones profesionales entre otros. El perfil del rol profesional del Terapeuta Ocupacional se ha incrementado e identificado con una incumbencia holística para asistir a personas con algún tipo de disfunción; focalizando su práctica sobre las funciones y la ocupación humana.

"El paradigma que sustenta la Teoría del funcionamiento Ocupacional es:

***sentido de eficacia y autoestima
satisfacción con los roles de vida.**

Por ejemplo: ama de casa.

***competencia en tareas de los roles de la vida.**

Por ejemplo: preparar la cena.

***actividades y hábitos**

Por ejemplo: pelar papas.

*** habilidades**

Por ejemplo: destreza.

*** desarrollo de capacidades.**

Por ejemplo: uso independiente de dedos.

*** primer nivel de capacidades.**

Por ejemplo: soltar automáticamente.

***sustrato cognitivo-neuro-músculo-esquelético.**

(bases genéticas)".¹⁴

“Los Terapeutas Ocupacionales son expertos en capacitar a los individuos para participar en tareas, actividades y roles que son significativos y básicos para definir sus vidas.

El objeto de la Terapia Ocupacional es capacitar a los Individuos para lograr independencia en Áreas de la Performance Ocupacional. Ésta se define como la habilidad de un individuo para realizar las actividades que se propone dentro de su entorno y sus roles, y estar satisfecho con su rendimiento. Las Áreas de la

Performance Ocupacional incluyen las actividades de la vida diaria (ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), trabajo y tiempo libre. Las actividades de la vida diaria son las tareas o actividades que un individuo realiza cada día para mantener su independencia personal (Reed & Sanderson, 1980).

Las actividades instrumentales de la vida diaria son tareas o actividades más o menos complejas que un individuo realiza para mantener su independencia en el hogar y la comunidad. El trabajo se refiere a las tareas o actividades en las áreas de empleo, mantenimiento del hogar (IADL), cuidado de otros, educación, vocación y hobbies. El tiempo libre incluye las tareas o actividades que no son obligatorias y que se realizan por placer.

Los Componentes de la Performance Ocupacional son habilidades y destrezas sensoriomotoras, cognitivas, psicosociales y psicológicas que son los elementos de la performance funcional. Cuando un individuo experimenta una enfermedad o patología que resulta de un impedimento físico, la independencia en estas Áreas es puesta en

¹⁴ TROMBLY, Catherine A., *Occupational Therapy for Dysfunction Physical*, (EE.UU, Williams & Wilkins, 1995) Pág. 57.

riesgo. El Terapeuta Ocupacional debe determinar las posibilidades y limitaciones del paciente.

La evaluación de la Performance Ocupacional consiste en entrevistas y en la observación sistemática para determinar qué actividades pueden o no ser llevadas a cabo, y qué factores la limitan. Si los factores limitantes pueden ser mejorados o eliminados mediante intervención directa, el Terapeuta Ocupacional escoge un enfoque de intervención apropiado al problema. Si de todas formas, los factores limitantes no son susceptibles de cambio, el Terapeuta Ocupacional le enseña al individuo a compensar estas limitaciones, adaptando la tarea o cambiando el medio donde ésta se realiza comenzando con un enfoque de las necesidades del paciente y considerando sus roles y el medio en el que vive, el Terapeuta Ocupacional reconoce los valores y objetivos que el paciente trae al proceso terapéutico. Este enfoque se centra en el paciente y lo estimula a responsabilizarse por su propia salud y calidad de vida. Los objetivos identificados por el paciente son el punto central de la intervención y están dirigidos a las actividades que son significativas para él.

Antes de iniciar la evaluación el Terapeuta Ocupacional debe elaborar un plan de evaluación que incluya qué capacidades se van a evaluar, qué procedimientos se van a utilizar para obtener la información sobre las capacidades y limitaciones, y qué instrumentos elige según el modelo conceptual o marco teórico que utiliza; los resultados de la evaluación son analizados para determinar el nivel de Performance Funcional del paciente.

La elección del modelo a utilizar surge del conocimiento del Terapeuta Ocupacional sobre el problema y de su filosofía de salud y Funcionamiento Ocupacional. Los modelos de práctica prescriben medios para convertir estados de disfunción ocupacional en estados de función ocupacional". (22)

En T.O. se utilizan distintos marcos de referencia que se proponen explicitar un área específica del funcionamiento humano entendido como "orden" y las correspondientes intervenciones específicas terapéuticas para "equilibrar los desórdenes". Constituyen ejemplos de estos marcos de referencia el Enfoque Biomecánico, el Enfoque de Neurodesarrollo, el Enfoque Rehabilitativo, el Modelo de Ocupación Humana, el Enfoque Cognitivo Perceptual, el Modelo de Integración Sensorial, etc. "Como una profesión nacida del interés por la relación recíproca entre conducta y salud, la Terapia Ocupacional enfatizó la calidad de vida mucho antes que la expresión fuera de uso corriente en el discurso popular. Englenhardt (1977) destacó esta relación cuando afirmó que la gente está saludable o enferma de acuerdo a las

actividades o funciones que ellos pueden realizar o no. Aún más, el énfasis que los Terapeutas Ocupacionales ponen en la calidad de vida es lo que significaría para las personas sus tareas diarias.

De acuerdo a Englenhardt (1983), la Terapia Ocupacional tiene un rol especial de preservar esta intangible y excesiva importancia de la dimensión de la vida diaria. La Terapia Ocupacional ha reconocido la importancia de los programas de prevención y recuperación, entendiendo al estilo de vida como parte integrada de salud y bienestar. Pero sobre todo, la profesión debe reconocer que los pacientes medirán la calidad en términos de resultados y satisfacciones relacionadas con el impacto que éstas producen en su salud y en su vida diaria, el éxito o fracaso de la intervención, serán medidos finalmente en términos de funcionalidad, es decir qué es lo que puede hacer o no el individuo, en el momento de ser dado de alta". (4)

3.- LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE

Como participante de una Unidad de Salud; La Terapia Ocupacional en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" (HIGA) creada en 1974, hubo de hacer su espacio convirtiéndose en la actualidad en una disciplina necesaria, válida y en un derecho más de las personas. Este hospital de agudos aumenta sus camas y servicios, la Terapia Ocupacional esta en él desde hace 26 años, es hora que las Terapeutas Ocupacionales pongan al día el atraso de la tecnología de gestión para adaptarse a cambios en el modelo de atención, cobertura, financiación y tendencias administrativas en salud con principios de equidad, eficacia, eficiencia, participación, calidad y solidaridad

Entre sus objetivos principales es prioridad regular y supervisar no sólo la actividad intrasala, sino también en el hospital; de manera que la entrega del servicio sea uniforme y consistente desde la derivación hasta la planeación del programa, alta y programa de evaluación de resultados; dejando liberados los aspectos creativos que puedan reflejar los abordajes, modelos de intervención y estilos profesionales, relativos a las necesidades de los pacientes.

El Objetivo Central propuesto por la Unidad de Terapia Ocupacional en el H.I.G.A. es el de: reeducar, recuperar y/o rehabilitar psico- física y socialmente al individuo con enfermedad y prevenir las situaciones discapacitantes; con actividades en las cuales se compromete la evaluación y tratamiento de los problemas que interfieren el desempeño en el funcionamiento ocupacional.

La planta profesional permanente está compuesta por siete Terapeutas Ocupacionales una de ellas con función (60% tarea administrativa y 40% tarea asistencial) y dos concurrentes con ingreso en enero de 1998. Las cualidades de la capacitación y experiencia clínica definen líneas de formación profesional o especialización; quedando así caracterizadas dos áreas de actividad asistencial: (A) Área de disfunción física, (B) Área de salud mental, y dos áreas más, una (C) Gerenciamiento y (D) Docencia e Investigación. En el edificio central del hospital, planta baja sector "C", se encuentran los consultorios externos del área disfunción física, son cuatro y se utilizan para asistencia, jefatura, sala de ortesis y docencia; en el pabellón de Salud Mental, también en planta baja funciona uno del área Salud Mental. Están equipados con suficientes bienes de capital y funcionamiento, los insumos con que se trabajan son de avanzada tecnología.

En base al año 1999 la producción estadística de T.O., entre consultas e interconsultas fue de 20.345 atenciones, un 54% de éstas a pacientes ambulatorios y el 46% a internados. El total de prácticas efectuadas durante este año fue de 64.083, correspondiendo el 64,2% a consultas externas. De estas cifras de atenciones y prácticas tomando 245 días anuales trabajados, se puede decir que se atendieron 83,04 pacientes diarios; cada profesional atendió en promedio 12,77 pacientes por día a los que se le realizaron aproximadamente 3,15 prácticas por consulta por día por Terapeuta Ocupacional.

La derivación del paciente es registrada en dos Libros de Admisión (uno para pacientes ambulatorios, otro de pacientes internados) donde se consignan los siguientes datos: número de Historia Clínica, nombre y apellido, diagnóstico, servicio derivante y fecha, área de T.O. interviniente y obra social (si la tiene).

En el año tomado como referencia 1999, los servicios derivantes fueron: Ortopedia y Traumatología 30,3%, Clínica Médica 22,8%, Salud Mental 17,5%, Ginecología 12,3%, Unidad de Terapia Intensiva 9,8%, Neurología 4,2% y otros 3,2% (Salas Municipales, Cirugía, servicio de emergencia).

“Las funciones de la Unidad de T.O. son:

- 1- ejercer funciones graduadas sistematizadas participando de la programación y ejecución de planes tendientes a prevenir la discapacidad, proteger y promover la salud psico-física e integración social de los pacientes.
- 2.- ejercer funciones graduadas y sistematizadas utilizando como medio terapéuticos método y técnicas que le son propias para evaluar precozmente disfunciones, y efectuar el tratamiento correspondiente a la persona discapacitada, o a la persona con enfermedad factible de secuela discapacitante.
 - 2.1. brindar asistencia al paciente internado o ambulatorio procedente de todos los servicios y sus especialidades del hospital, por interconsulta o derivación con diagnóstico médico.
 - 2.2. consignar la información de la especialidad en el registro correspondiente a la Historia Clínica.
 - 2.3. Brindar asistencia al grupo familiar.
3. Participar en el equipo interdisciplinario a fin de considerar aspectos relativos a evaluación, plan de tratamiento, alta, controles, seguimientos, y otros aspectos que se consideren oportunos.

- 3.1. dar opinión específica respecto de:
 - capacidad funcional potencial o residual de la persona.
 - beneficio funcional o no respecto de un plan quirúrgico.
 - beneficio que pueda aportar al paciente la prescripción de: equipo para posiciones, ortesis, adaptaciones, prótesis, etc.
 - beneficio que pueda aportar al paciente su derivación a un centro especializado
- 3.2. emisión, evacuación, expedición, presentación de consultas, estudios, informes, peritajes.
- 4.- tender al desarrollo de la investigación y al logro del máximo desempeño en las áreas profesionales y educativas de los T.O.
- 5.- ejercer funciones administrativas”¹⁵

Para dar cumplimiento a estas funciones se determinaron:

“a) Criterios generales de Inclusión de patologías pasibles de tratamiento y Servicios de Terapia Ocupacional

- A) Enfermedades debidas fundamentalmente a riesgos inherentes a las condiciones de vida, ambiente físico y social.
- B) Enfermedades debidas fundamentalmente a riesgos inherentes al potencial de vida o caudal genético y al estilo de vida o hábitos.

1.-PROCESOS PATOLÓGICOS QUE ALTEREN LOS COMPONENTES DE LA PERFORMANCE OCUPACIONAL EVIDENCIABLES EN:

1.1. alteraciones de la capacidad motora funcional: fuerza muscular, amplitud articular, tono, coordinación, balance, equilibrio, resistencia, movimientos involuntarios, reflejos posturales.

1.2. alteraciones sensorio-motoras: visión, audición, gusto.

¹⁵ CABRERA Susana B. en colaboración. *Documento: Incumbencia Profesionales*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Escuela de Ciencias de la Salud. Carrera de Terapia Ocupacional. Año 1985

1.3.alteraciones de la sensibilidad: localización y discriminación, táctil, térmica, dolorosa, presión, peso, vibración, propiocepción, actitudes segmentarias, esterognosia.

1.4.alteraciones de las funciones cerebrales superiores: juicio, razonamiento, contenido y curso del pensamiento, memoria, atención.

1.5.alteración del comportamiento: volición y afectividad.

1.6.alteraciones de los procesos psicológicos.

1.7.alteraciones en la cosmesis: deformidad, edema, cicatrices.

1.8.alteraciones de las relaciones familiares, grupales y de desenvolvimiento en la sociedad.

1.9.alteraciones que requieren equipamiento ortésico, ortesis para alimentación, ortesis de suspensión, ortesis compresivas, adaptaciones personales y ambientales; entrenamiento protésico.

2. PROCESOS PATOLÓGICOS QUE ALTEREN LAS ÁREAS PERFORMANCE OCUPACIONAL EVIDENCIABLES EN:

2.1.alteraciones en el propio cuidado: actividades de la vida diaria, alimentación, vestido, movilidad, aseo, toilette, higiene (bañarse), continencia (vesical y rectal), traslados y escaleras.

2.2.alteraciones en las ocupaciones productivas: trabajo, actividades instrumentales de la vida diaria (I.A.D.L.), uso del teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación, manejo del dinero, escolaridad.

2.3.alteraciones en las ocupaciones recreacionales y de esparcimiento: uso del tiempo libre, actividades creativas, deportes, intereses culturales, entretenimiento y ambiente social, actividades en la naturaleza, etc..

3. SERVICIOS DE VISITA DOMICILIARIA

3.1. asistencia de las alteraciones de los Componentes de Performance Ocupacional.

3.2.asistencia de las alteraciones en la Performance Ocupacional.

3.3.diseño, elaboración, entrenamiento de adaptaciones, ortesis, equipamiento, modificación del ambiente físico.

4. SERVICIOS DE CONSULTA LABORAL

evaluación y orientación laboral, análisis ocupacional, determinación de capacidad laboral, calificación y recalificación laboral, ubicación laboral, seguimiento; consulta ergonómica.

5. SERVICIOS DE CONSULTAS Y PERITAJES

6. SERVICIOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

residencias, pasantías, concurrencias, visitaciones y practicantes de pre- grado, consultas, tutorías.

7. SERVICIOS EN PLANES Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

para entidades públicas y/o privadas, comunidad y en el hogar.

b) Normas de derivación a Terapia Ocupacional

DETECCIÓN PRECOZ POR TERAPIA OCUPACIONAL

Es la visualización del profesional Terapeuta Ocupacional, de personas que se beneficiarían con la intervención de la disciplina (identificando alteraciones en las áreas de Performance Ocupacional ó en la de Componentes de Performance Ocupacional, mediante recolección de datos de la Historia Clínica, observación, entrevistas y/o exámenes, para obtener la derivación profesional autorizada en forma escrita.

INTERCONSULTA

Es la solicitud escrita de procedencia autorizada que requiere una consulta de la especialidad, que conlleva un informe para diagnóstico de T.O. y recomendaciones.

DERIVACIÓN

Es el pedido escrito de consulta, de procedencia autorizada con diagnóstico médico; esta debe incluir datos relevantes del paciente y alguna descripción del problema(s).

DEMANDA

Es la requerida por una persona o grupos de personas que solicitan servicios de Terapia Ocupacional de manera oral o escrita; procediendo

la Terapeuta Ocupacional a la Interconsulta médica para diagnóstico.

c) Estándares Generales de Práctica de Terapia Ocupacional

Los Terapeutas Ocupacionales del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende” deben proveer todos los aspectos directos e indirectos de servicios acorde a los siguientes estándares generales de prácticas:

ESTANDAR DERIVACIÓN

Los Terapeutas Ocupacionales deben recibir la derivación de acuerdo a las Normas de Terapia Ocupacional del H.I.G.A., establecer lo apropiado o inapropiado de la misma, documentando inmediatamente:

- ✓ cuando es apropiada: el día de recibo, el origen, el diagnóstico, los datos personales, el área de T.O., la obra social si la tuviese; en los libros de admisión (para internados o consultorio externo); procediéndose para consultorio externo a autorizar un turno de evaluación de la especialidad otorgado por cómputos/tornos; para la internación la respuesta debe ser inmediata (1er o 2do día de recibida la derivación).
- ✓ cuando es inapropiada: deben recomendarse alternativas al derivante.

Los Terapeutas Ocupacionales deben asumir la responsabilidad de referir a los profesionales derivantes las Normas establecidas en el H.I.G.A..

ESTANDAR ENTREVISTA EVALUACIÓN

Los Terapeutas Ocupacionales deben realizar la recolección de datos a traves de la H.C., ficha interna de T.O., entrevista personal, sobre los siguientes items: día de inicio, diagnóstico, etiología, servicio y

profesional derivantes, datos personales, historia, educación, trabajo. Familia, intereses.

Los T.O. deben iniciar la evaluación y documentación de las alteraciones de las áreas de Performance Ocupacional, Componentes de Performance Ocupacional y ambiente; a través de observación clínica con instrumentos estandarizados o no.

Los T.O. deben analizar e interpretar los datos identificar el problema(s), hacer recomendaciones, comunicarlas y/o establecer la planeación del programa.

ESTANDAR PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Los T.O. deben determinar y registrar un plan programa relacionado con los resultados obtenidos en la evaluación.

Esta debe incluir los objetivos medibles a corto y largo plazo; seleccionar el marco teórico, abordaje adecuado, métodos de intervención apropiados a las necesidades individuales o grupales del paciente(s) y re-evaluación(es).

Los objetivos junto con las expectativas del pronóstico y plan tentativo de alta deben desarrollarse con el individuo, la familia y el profesional(es) derivante(s).

Se debe establecer la frecuencia, ambiente y duración de los servicios.

ESTANDAR INTERVENCIÓN

Los T.O. deben intervenir de acuerdo a la planificación del programa, documentando los servicios implementados y evolucionar de acuerdo a la frecuencia establecida del progreso o no.

Este momento (intervención) es un proceso dinámico, donde con re-evaluaciones si es necesario, se deben modificar en relación a los cambios del paciente el programa.

La intervención incluye: motivar, desarrollar función ó mantener función, o recuperar función, educar, ó re-evaluar cuando se requiera y prevenir la ocurrencia de futuros u otros problemas funcionales.

La comunicación debe establecerse en intervalos regulares con los otros profesionales involucrados, el paciente y/o familia, e ir revisando y redefiniendo el plan de alta.

ESTANDAR ALTA

Los T.O. deben finalizar formalmente y documentar la intervención activa cuando han cumplido los objetivos del programa ó cuando se ha alcanzado el máximo beneficio del paciente ó cuando éste hace abandono de servicios por distintos motivos.

Los T.O. deciden el alta involucrando al paciente, profesional(es), familia.
Los T.O. deben comunicar y documentar futuros controles.

ESTANDAR CONTROL O SEGUIMIENTO AL ALTA

Los T.O. deben monitorear, documentando, en un intervalo de tiempo regular seguido al alta con re-evaluaciones, el óptimo nivel de funcionamiento adquirido por el paciente(s), independencia en áreas de la Performance Ocupacional ó identificar dificultades y reinstituirse o reimplementarse su re-ingreso.

ESTANDAR PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Los T.O. deben evaluar periódicamente y sistemáticamente la eficiencia y efectividad de los programas en cuanto al proceso y resultado de la intervención, revisando lo apropiado del servicio total; reflejando el

consenso profesional, en la actualización y/o desarrollo en la investigación y teoría.

ESTANDAR VISITA DOMICILIARIA

Los T.O. deben ofrecer servicios en el domicilio del paciente para determinar con mayor precisión los problemas de Performance Ocupacional, relacionados fundamentalmente con el ambiente; esto involucra selección, fabricación, ajuste de equipamiento, instrucción al paciente, familia, de uso y cuidado, y/o para asistir los Componentes de Performance Ocupacional cuando las personas se encuentren imposibilitados física y económicamente para concurrir al programa ambulatorio, la práctica debe ser documentada en la H.C. y registro interno.

ESTANDAR SERVICIOS INDIRECTOS

Los T.O. deben suministrar servicios a usuarios en todos los estados de Salud y Enfermedad, a instituciones, a otros profesionales, colegas, estudiantes y a público en general.

Los T.O. deben facilitar la investigación para aplicar a la práctica activa de T.O..

Los T.O. deben proveer administración y gerenciamiento (conducción)¹⁶

¹⁶CABRERA Susana B. *Terapia Ocupacional, Normas de derivación de las patologías pasibles de tratamiento*. Tesis final. Programa de Especialización de Postgrado de Metodología de la Investigación Clínica y Epidemiológica. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. IX Distrito. Mar del Plata. Año 1998. pag. 66-84.

4.- PROGRAMA PARA PACIENTES OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA. SALA DE REHABILITACIÓN - TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A., MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES

1.- Aspectos técnicos de la cirugía

“Cuando se realiza tratamiento quirúrgico, el que aún hoy es de elección, debe establecerse el llamado criterio de operabilidad. Dicho criterio se refiere a la posibilidad de una operación con intención curativa.

Los tumores pueden ser operables y no operables; los estadíos I y II de la clasificación de la T.N.M. de la Unión Internacional Contra el Cáncer, son operables con criterio curativo, los estadíos III y IV no lo son por lo que el tratamiento sólo es con intención paliativa.

La cirugía cuenta con operaciones que oscilan desde las más tímidas y conservadoras hasta las más agresivas y mutilantes.

Tomando como fiel de la balanza quirúrgica a la operación radical convencional u operación de Halsted, tenemos hacia un lado operaciones que resecan menos, y hacia el otro lado operaciones que resecan más.

Entre las vigentes de menor a mayor, las siguientes: Tumorectomía, Mastectomía parcial o segmentaria, Adenomamectomía subcutánea, Mastectomía total y simple, Mastectomía radical modificada con conservación de ambos pectorales u operación de Madden, Mastectomía radical modificada con conservación del pectoral mayor u operación de Merola-Patey, Mastectomía radical convencional u operación de Halsted-Mayer y Mastectomía radical convencional ampliada a cadena mamaria interna.

2.- Complicaciones peri y postoperatorias

2.1. Complicaciones durante el acto quirúrgico: a) sección o compresión de los nervios del plexo braquial; b) incisiones no convencionales de eje oblicuo que penetran en la axila o en el brazo o aquellas horizontales con excesiva resección de piel, o las que al cierre de la incisión se aproxima el brazo al cuerpo, puede ser causa de limitación funcional braquial.

2.2. Complicaciones en el post-operatorio inmediato (primeras 24 hs.):

- a) colección linfática, b) hemorragia, c) hematoma, d) esfácelo de los colgajos, e) edema del brazo.

2.3. Complicaciones en el post-operatorio mediato (desde las 48 hs. Hasta el 7mo. día ó extracción de puntos): a) infección de la herida.

2.4. Complicaciones en el post-operatorio alejado (aquellas que pueden aparecer a meses o años): a) escápula alata, b) edema braquial secundario

3.- La Rehabilitación. Proceso de Terapia Ocupacional

En la mayoría de los países del mundo, el cáncer de mama sigue siendo el tumor femenino más frecuente y la principal causa de muerte entre los 50 y los 60 años.

Las campañas de información sobre neoplasia mamaria y el diagnóstico precoz, llevan a una estrategia terapéutica más adecuada; logrando un mayor período libre de enfermedad.

La acción de promoción y prevención, si bien difundida en nuestro país, aún no es suficiente, ya que la paciente llega tardíamente a la consulta, debiendo someterla a intervenciones en general cruentas y mutilantes.

Los estudios epidemiológicos acusan que para la primera década del siglo XXI, la principal causa de muerte será el cáncer; por lo tanto la formación

de equipos interdisciplinarios se torna altamente indispensables para mejorar los resultados de sobrevida.

El Objetivo de Rehabilitación es:

⇒ mantener al paciente en óptima función

⇒ aumentar la calidad de vida

Las maneras de retrasar, detener o curar la enfermedad son la cirugía, la quimioterapia, la radiación y más recientemente el trasplante de médula ósea. Cualquiera de estos regímenes de tratamiento pueden llevar a la extirpación (con el consecuente problema cosmético), a alteraciones graves en la manera de funcionar (evacuación líquida disminuida), a cambios en la autoimagen, a ajustes en el estilo de vida y a la variación de formas de bienestar.

Existe un creciente número de mujeres que han sido exitosamente tratadas de cáncer de mama que se enfrentan a una gran cantidad de aspectos relacionados con la supervivencia a largo plazo. Para poder tener un impacto positivo en su calidad de vida se requiere de un programa de rehabilitación completo que contemple desde los cuidados de la piel que cubre la pared torácica hasta los aspectos estéticos, pasando por problemas de orden físico, psicológico y económico que la enfermedad ocasiona. La rehabilitación post-mastectomía es tan importante como el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

El proceso de Terapia Ocupacional en general se puede dividir en cuatro fases:

Primera Fase preventiva que consiste en el tratamiento anticipado de la incapacidad potencial con el objetivo de disminuir su gravedad o acotar su duración.

Segunda Fase restaurativa con programas para disminuir las minusvalías significativas

Tercera Fase apoyo que se define por una enfermedad o minusvalía controlada que persistirá, en la cual la discapacidad puede ser eliminada por medio de entrenamiento y tratamiento.

Cuarta Fase paliativa en la que la causa de la enfermedad progresiva aumenta la discapacidad, pero en la cual la rehabilitación adecuada puede prevenir complicaciones como:

- ⇒ úlceras de decúbito
- ⇒ contracturas
- ⇒ cicatrices dolorosas, hipertróficas
- ⇒ problemas de higiene personal
- ⇒ deterioro emocional debido a la inactividad y a la depresión

La tarea del Terapeuta Ocupacional es generar mecanismos de adaptación a la situación que sean útiles, enseñar la adaptación y la compensación.

Las intervenciones pueden ser:

- ⇒ de apoyo
- ⇒ de asistencia, dentro de este:
 - ✓ recuperación cinética
 - ✓ entrenamiento en el uso de equipos de adaptación
 - ✓ diseño y construcción de ortesis y prótesis
 - ✓ reentrenamiento en las actividades del diario vivir
 - ✓ cambios de roles
 - ✓ actividades de esparcimiento

Dentro del reentrenamiento biomecánico se contempla:

- > prevención y tratamiento de problemas de disminución del arco de movimiento de hombro ipsilateral como del contralateral
- > prevención y tratamiento del síndrome hombro - mano
- > prevención del dolor, contracturas, problemas en la columna vertebral
- > recuperación de la fuerza muscular
- > recuperación de la capacidad funcional del miembro
- > educación en las actividades que son contraindicadas en el postoperatorio

- educación para el desempeño ocupacional sin riesgos
- principios de simplificación del trabajo
- principios de conservación de la energía
- terapia cicatrizal
- manejo ortesis, prótesis
- prevención y tratamiento del linfedema, el control del edema mediante la adecuada elevación, principalmente la elevación con apoyo durante el dormir, disminuye la excesiva tumefacción.

El tratamiento del edema braquial secundario, debe:

- Educar para la profilaxis del edema
- Asesorar al paciente y familia
- Prevenir el exceso de edema
- Evitar la tumefacción
- Favorecer el drenaje
- Evitar riesgo de sepsis ^{17 18}

¹⁷ CABRERA Susana B., *Programa de Terapia Ocupacional para pacientes operadas por cáncer de mama*. H.I.G.A., Mar del Plata, Buenos Aires. Año 1.981

¹⁸ NUÑEZ MARISA., *Programa de Terapia Ocupacional para Pacientes Operadas por Cáncer de Mama*. LALCEC., Bahía Blanca. Bs. As.. Año 2002.

PROBLEMA

¿Por qué la derivación médica inmediata del paciente operado por un Cáncer de mama a la Unidad de T.O. registró una pérdida del 18,98% durante el año 1999, respecto de lo establecido en la Norma (1° a 7° día post- quirúrgico) del Servicio de Ginecología, en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar E. Alende”?

OBJETIVO GENERAL

Gestionar la eficiencia y eficacia de la derivación médica inmediata del paciente operado por Cáncer de mama a la Unidad de Terapia Ocupacional, establecida en el Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de la patología, vigente en el Servicio de Ginecología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores que interfieren en la derivación médica inmediata del paciente operado por Cáncer de mama a la Unidad de Terapia Ocupacional.
- Proponer medidas correctoras del procedimiento de derivación médica inmediata.
- Elaborar criterios de control y evaluación de las medidas correctoras.

Para el logro de estos objetivos y como forma de abordaje del problema se plantea:

- ◆ Realización de una encuesta a todos los profesionales médicos del Servicio de Ginecología.
- ◆ Elaboración de los datos recogidos mediante la encuesta.
- ◆ Propuesta de medidas para asegurar y mejorar la derivación de los pacientes operados de Cáncer de mama, entre el 1° y 7° día del post-operatorio.
- ◆ Formulación de pautas de control y evaluación de las medidas propuestas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Exploratorio – descriptivo - propositivo.

Universo y Muestra: Compuesto por 37 médicos que conforman todo el padrón de profesionales del Servicio de Ginecología.

Muestra: El grupo de estudio está formado por 30 unidades de análisis, que fueron determinadas por el criterio de inclusión - exclusión.

Padrón del Servicio de Ginecología	Nº de Agentes
Jefe de Servicio	1
Jefe de Sala	1
Jefe de Consultorio Externo	1
Médicos Planta Permanente	2
Instructor de Residentes	1
Jefe de Residentes	1
Residentes	18
Post-residentes	0
Concurrentes	12
Total General de Agentes	37

Criterio para selección de la Muestra:

Criterio de inclusión:

Se incluye todo el personal del Servicio de Ginecología de referencia.

Criterio de exclusión:

Se excluyen los profesionales médicos que fueron entrevistados y encuestados para la prueba piloto.

Método de selección de la muestra:

Se usó el método *No probabilístico accidental o por conveniencia*.

Recolección de los datos:

Instrumentos:

- a) Entrevista.
- b) Encuesta.

Desarrollo de los Instrumentos

Para armar un diagnóstico de las variables intervinientes en el problema, se confeccionó y realizó una encuesta, precedida por algunas entrevistas personales en el Servicio de Ginecología, con el propósito de clarificar en la información cuáles serían los principales componentes del formato de la encuesta.

Se buscaba datos acerca de:

- El conocimiento de la interconsulta y/o derivación médica a la Unidad de Terapia Ocupacional.
- El conocimiento que tiene el efector médico de la tarea asistencial del Terapeuta Ocupacional.
- El valor que otorga el médico a las prácticas específicas de la disciplina Terapia Ocupacional.
- El status que le adjudica el médico a la profesión Terapia Ocupacional.

Se realizaron como ensayo piloto 2 entrevistas abiertas a informantes claves o primario para clarificar los items que constituirían la encuesta definitiva.

Se agruparon las preguntas abiertas y cerradas en áreas temáticas principales, introduciéndolas con títulos o descripciones cortas, constituyendo una encuesta semiestructurada con alternativas abiertas que proporcionaría datos cuantitativos escalares, donde se incluyeron los siguientes problemas supuestos:

- 1.- Incumplimiento de la normativa de derivación, del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama.
- 2.- Grado de conocimiento de las prácticas y/o acciones específicas de Terapia Ocupacional, para el paciente operado por patología mamaria.
- 3.- Incorrecto conocimiento para la derivación a la Unidad de Terapia Ocupacional.
- 4.- Escasa participación, difusión e información por parte del

Terapeuta Ocupacional.

5.- Conocimiento parcial y/o distorsionado del rol del Terapeuta Ocupacional.

6.- El Status profesional del Terapeuta Ocupacional en relación con el status profesional del médico.

Se efectuó la prueba piloto a 2 médicos y se tomó el tiempo estimativo que llevaba la recolección del dato.

Se clasificaron y se codificaron las preguntas de acuerdo con su importancia para el propósito del estudio y se procedió a la confección del formulario de encuesta definitivo.

Luego se codificaron las respuestas y tabularon los resultados que se analizaron, la carga de datos con el programa D BASE 4 y el procesamiento con el programa SPSS 9.0 para windows.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

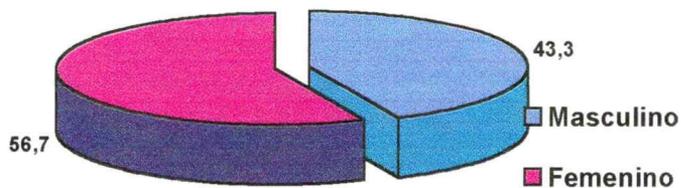
Para facilitar la lectura en el análisis de los datos, las 22 preguntas que componen la encuesta se agruparon en 8 puntos.

1.- Atributos de la Muestra según encuesta tomada en el Servicio de Ginecología por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende. Mar Del Plata, Buenos Aires. Año 2000.

La población encuestada estuvo compuesta en mayor porcentaje 56,7% por mujeres. La edad se ubicó en el intervalo que va de 26 a 30 años con 56,7% correspondiendo a médicos residentes y concurrentes. El 66,6% de antigüedad en la profesión médico coincidió, en el mismo porcentaje, con la antigüedad en la especialidad Ginecología y Obstetricia dado por los residentes de 1ero., 2do., 3ero. y 4to. año, el jefe de residentes y un concurrente, de lo que se dedujo que ingresaron a la formación en la especialidad recién recibidos. De la antigüedad en el hospital el 70% mantuvo las mismas características e incluyó al instructor de residentes. En forma similar el 66,7% no ha trabajado en otra institución ya que por Ley el Ministerio de Salud de la Prov. de Bs.As. Prohíbe la práctica privada por ser la estatal de carácter exclusivo. El 33,3% restante pertenece a la población de jefaturas, agentes de planta permanente y concurrentes, los que señalaron que también trabajan en otra institución reconocida como Clínicas Privadas de la ciudad.

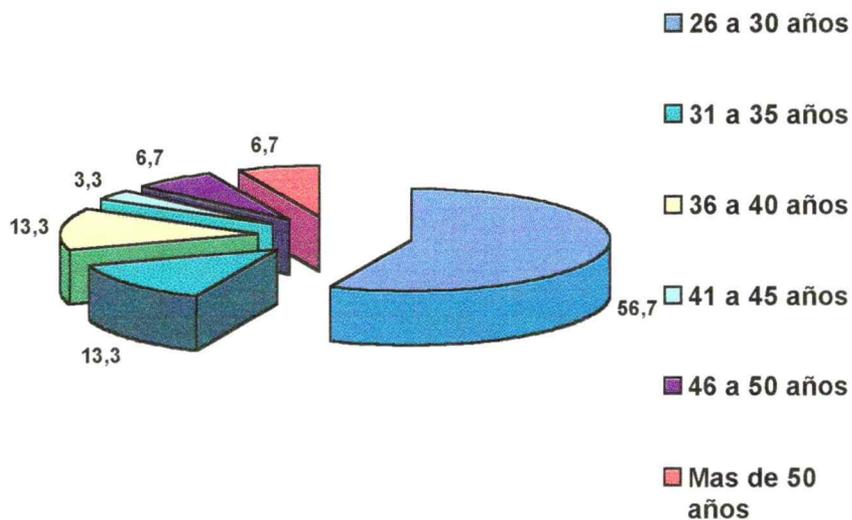
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN SEXO. H.I.G.A. DR. OSCAR
 E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Sexo	Nº	%
Femenino	17	56,7
Masculino	13	43,3
Total	30	100



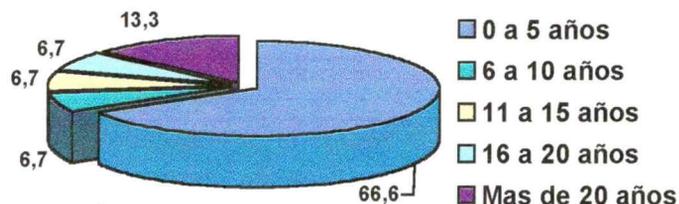
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
 TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN EDAD. H.I.G.A.
 DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Edad	Nº	%
26 a 30	17	56,7
31 a 35	4	13,3
36 a 40	4	13,3
41 a 45	1	3,3
45 a 50	2	6,7
Mas de 50	2	6,7
Total	30	100



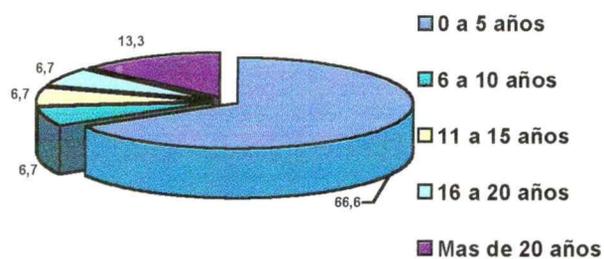
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Antigüedad en la Profesión	Nº	%
0 a 5 años	20	66,6
6 a 10 años	2	6,7
11 a 15 años	2	6,7
16 a 20 años	2	6,7
Mas de 20 años	4	13,3
Total	30	100



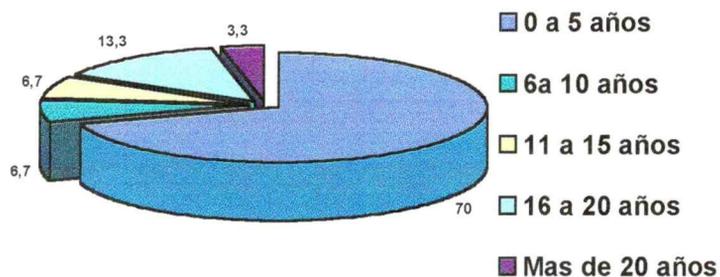
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Antigüedad en la Especialidad	Nº	%
0 a 5 años	20	66,6
6 a 10 años	2	6,7
11 a 15 años	2	6,7
16 a 20 años	2	6,7
Mas de 20 años	4	13,3
Total	30	100

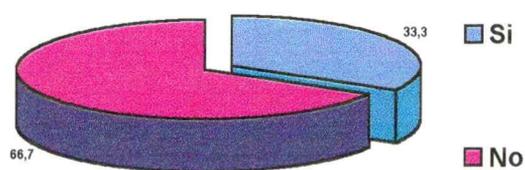


COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

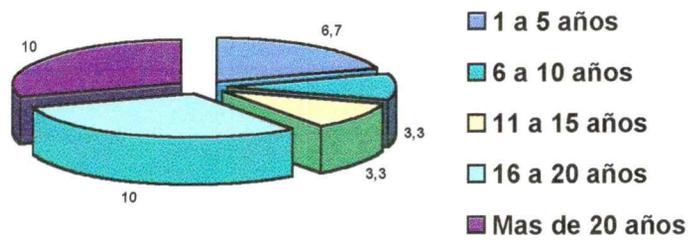
Antigüedad en el Hospital	Nº	%
0 a 5 años	21	70
6 a 10 años	2	6,7
11 a 15 años	2	6,7
16 a 20 años	4	13,3
Mas de 20 años	1	3,3
Total	30	100



COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN TRABAJE O NO EN OTRA INSTITUCIÓN. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.



- ◆ GRÁFICO TOMADO SOBRE EL 33,3 %, DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN OTRA INSTITUCIÓN.



2.- Conocimiento que poseen los médicos del nivel de estudios, años, cantidad de materias de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional y funciones del graduado, según encuesta tomada en el Servicio de Ginecología por la Unidad de T.O.. H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende. Mar del Plata, Buenos Aires. Año 2000.

El 53,4 de la muestra conoce el nivel universitario de la carrera, el resto dijo que la misma era de nivel terciario no universitario y uno manifestó no saber; en cuanto a la duración sólo el 10% conocen los 5 años curriculares; los que le adjudicaron 6 años 16,7% verbalizaron que es una carrera de post- grado de Medicina. El 100% de los encuestados desconocen la cantidad de materias que cursan los alumnos de T.O.; sólo uno dice saberlo y respondió que son 32 materias, siendo que lo correcto es de 43; de todas maneras el 43,3% estiman entre 21 a 30 materias, porcentaje igual a los que opinan el nivel terciario no universitario y porcentaje similar a los que opinan la duración de 4 años.

El 80,1% de los encuestados identificó las funciones del Licenciado en T.O. con el término "rehabilitar", nombre de la Sala a la que pertenece la Unidad y nombre de la Prevención terciaria de la Salud, siendo que las demás respuestas codificadas también son correctas; como así también el desempeño del T.O. en las otras prevenciones de la Salud.

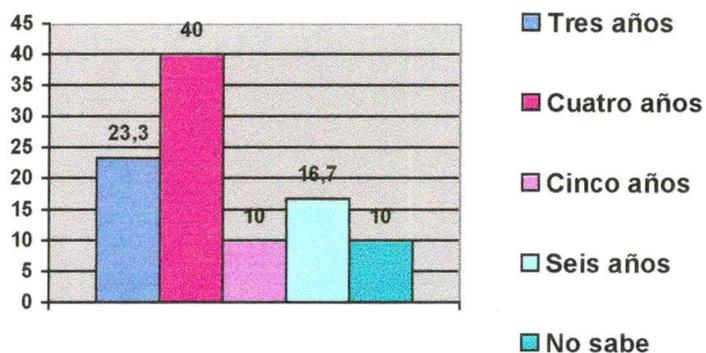
CONOCIMIENTO DEL NIVEL DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL, SEGÚN ENCUESTA TOMADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA. BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Nivel de la Carrera	Nº	%
Universitario	16	53,4
Terciario – No Universitario	13	43,3
No sabe	1	3,3
Total	30	100



CONOCIMIENTO DE LOS AÑOS DE DURACIÓN DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL, SEGÚN ENCUESTA TOMADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Duración de la Carrera	Nº	%
Tres años	7	23,3
Cuatro años	12	40
Cinco años	3	10
Seis años	5	16,7
No sabe	3	10
Total	30	100

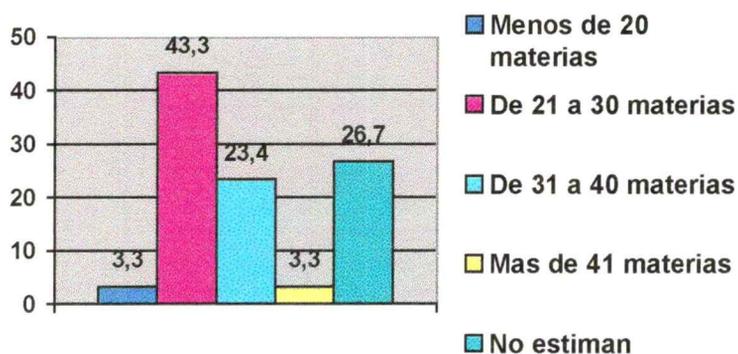


CONOCIMIENTO DE LA CANTIDAD DE MATERIAS QUE CURSAN LOS TERAPEUTAS
OCUPACIONALES SEGÚN ENCUESTA TOMADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Cantidad de Materias	Nº	%
Si conocen	1	3,3
No conocen	29	96,7
Total	30	100

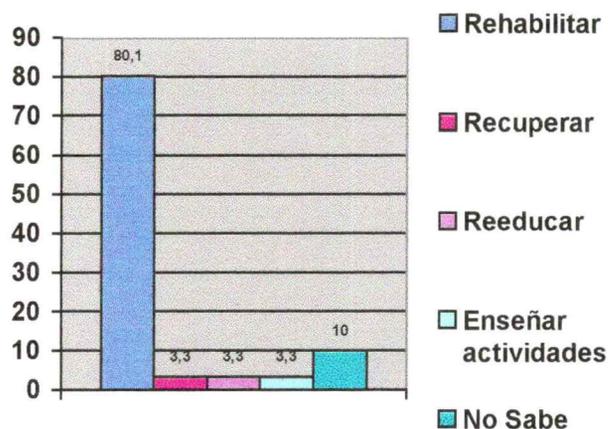
CANTIDAD DE MATERIAS QUE ESTIMAN, CURSAN LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES,
SEGÚN ENCUESTA TOMADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE
TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA,
BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Cantidad de Materias Estimadas	Nº	%
Menos de 20 materias	1	3,3
De 21 a 30 materias	13	43,3
De 31 a 40 materias	7	23,4
Más de 41 materias	1	3,3
No estiman	8	26,7
Total	30	100



FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL DE ACUERDO AL CRITERIO DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Funciones del T.O	Nº	%
Rehabilitar	24	80,1
Recuperar	1	3,3
Reeducar	1	3,3
Enseñar actividades	1	3,3
No sabe	3	10
Total	30	100



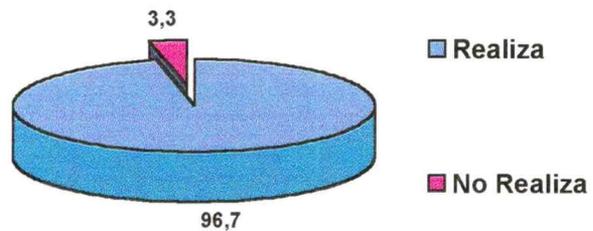
**3.- Cantidad de Médicos que realizan interconsultas con la Sala de Rehabilitación, las distintas disciplinas que la componen y las diferencias de estas en la práctica profesional, según encuesta realizada al Servicio de Ginecología, por la Unidad de Terapia Ocupacional.
H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende. Mar Del Plata,
Buenos Aires. Año 2000.**

El 96,7% de los profesionales realiza interconsultas con las distintas disciplinas de la rehabilitación.

El servicio mas interconsultado es el de T.O. 41,4% y el menos Fonoaudiología seguramente por no competir con las patologías Ginecológicas. El 63,3% dijo saber las diferencias con la Kinesiología y el 53,3% con la Psicología, aunque sólo se pudo codificar una sola diferencia correcta con el Kinesiólogo: "el T.O. tiene un enfoque holístico"; con el Psicólogo: "este no trabaja en la recuperación física".

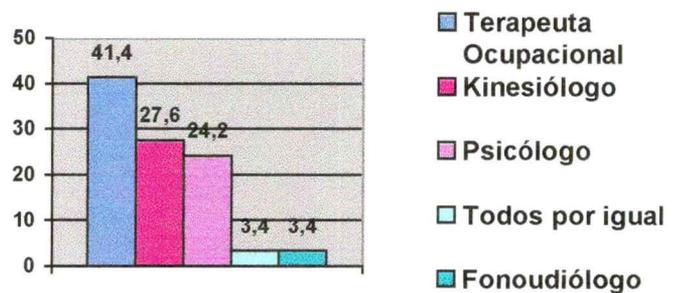
PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE REALIZA INTERCONSULTAS CON REHABILITACIÓN, SEGÚN ENCUESTAS TOMADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Cantidad de Profesionales que realizan interconsultas	Nº	%
Realiza	29	96,7
No realiza	1	3,3
Total	30	100



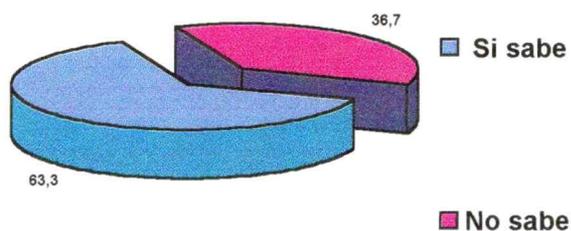
DE LOS QUE REALIZAN INTERCONSULTAS CON REHABILITACIÓN 96,7% LA DISTRIBUCIÓN POR CADA DISCIPLINA FUE LA SIGUIENTE

Cantidad de interconsultas por disciplina	Nº	%
Terapeuta Ocupacional	12	41,4
Kinesiólogo	8	27,6
Psicólogo	7	24,2
Todos por igual	1	3,4
Fonoudiólogo	1	3,4
Total	29	100



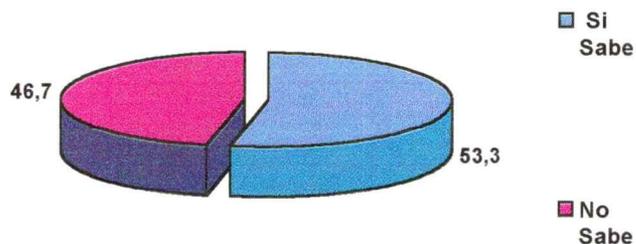
CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENCIAS DE LAS PRÁCTICAS DEL KINESIÓLOGO Y DEL
 TERAPEUTA OCUPACIONAL SEGÚN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS DEL SERVICIO
 DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.
 DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Diferencia entre el T.O. y el Kinesiólogo	Nº	%
Si sabe	19	63,3
No sabe	11	36,7
Total	30	100



CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENCIAS DE LAS PRÁCTICAS DEL PSICÓLOGO Y DEL
 TERAPEUTA OCUPACIONAL SEGÚN LOS MÉDICOS ENCUESTADOS DEL SERVICIO
 DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.
 DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Diferencia entre el T.O. y el Psicólogo	Nº	%
Si sabe	16	53,3
No sabe	14	46,7
Total	30	100



4.- Importancia que le adjudican los Médicos a las Prácticas de T.O. según encuesta tomada en el Servicio de Ginecología por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende. Mar del Plata, Buenos Aires. Año 2000.

La suma de las prácticas enumeradas; son las que sintetizan toda la tarea de los profesionales de T.O. en este hospital. Estas son las que se elevan mensualmente a través de la Oficina Central de Estadística al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; las mismas fueron valoradas por los encuestados de la siguiente forma:

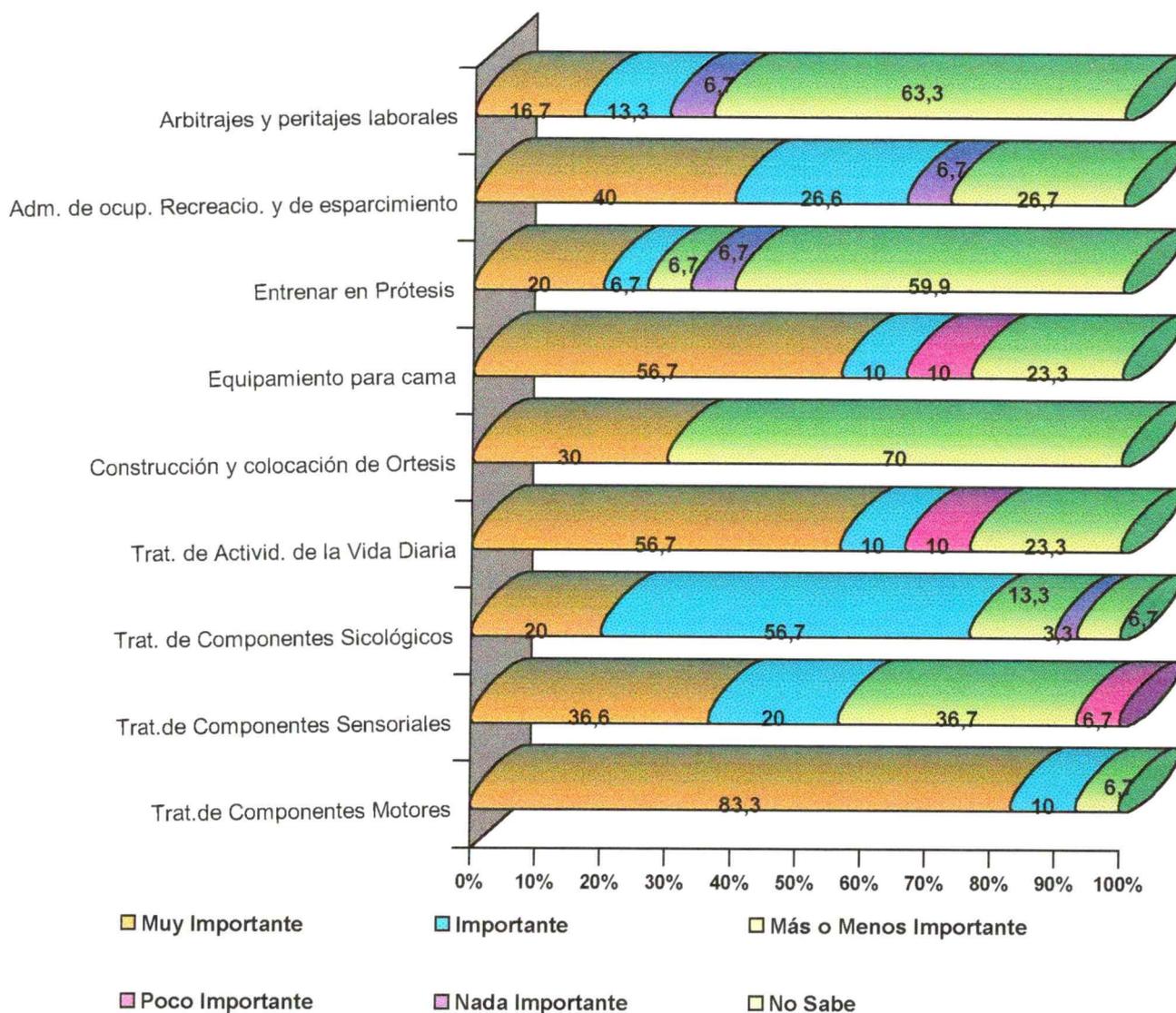
- a) Muy Importante: Tratamiento de Componentes Motores 83.3%, Tratamiento de Actividades de la Vida Diaria 56,7% y Equipamiento en Cama 56,7%.
- b) Importante: Tratamiento de Componentes Psicológicos 56,7%
- c) No Saben: Construcción y Colocación de Ortesis 70%, Entrenar en Prótesis 60% y Arbitrajes y Peritajes Laborales 63,3%

**IMPORTANCIA QUE LE ADJUDICAN LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, A LAS PRÁCTICAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL, ENCUESTADOS
POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Prácticas de T.O.	Muy Importante		Importante		Mas o Menos Importante		Poco Importante		Nada Importante		No Sabe		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratamiento de Componentes Motores	25	83,3	3	10,0	2	6,7	0	0	0	0	0	0	30	100
Tratamiento de Componentes Sensoriales	11	36,6	6	20,0	11	36,6	2	6,7	0	0	0	0	30	100
Tratamiento de Componentes Psicológicos	6	20,0	17	56,7	4	13,3	0	0	1	3,3	2	6,7	30	100
Tratamiento de Actividades de la Vida Diaria	17	56,7	3	10,0	0	0	3	10,0	0	0	7	23,3	30	100
Construcción y Colocación de Ortesis	9	30,0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	70,0	30	100
Equipamiento para cama	17	56,7	3	10,0	0	0	3	10,0	0	0	7	23,3	30	100
Entrenar en Prótesis	6	20,0	2	6,7	2	6,7	0	0	2	6,7	18	59,9	30	100
Administración de ocupaciones recreacionales y de esparcimiento	12	40,0	8	26,6	0	0	0	0	2	6,7	8	26,7	30	100
Arbitrajes y Peritajes Laborales	5	16,7	4	13,3	0	0	0	0	2	6,7	19	63,3	30	100

IMPORTANCIA QUE LE ADJUDICAN LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, A LAS PRÁCTICAS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL, ENCUESTADOS POR LA UNIDAD DE TEARPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.



5.- Patologías derivadas a Terapia Ocupacional, cantidad de derivaciones realizadas en un mes, conocimiento del resultado obtenido luego del tratamiento, según criterio Médico de los encuestados del Servicio de Ginecología por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A. Dr Oscar E. Alende. Mar del Plata. Buenos Aires. Año 2000

De los médicos que si derivaron pacientes a T.O., los resultados fueron:

- a) El Tumor Maligno de la Mama fue interconsultado en un 80%; de 1 a 5 veces por mes: 56,7% y de 6 a 10 veces: 23,3%; evaluando los médicos el resultado después del tratamiento en T.O. como Muy Bueno 55,2% y Bueno 24,8%.
- b) Otras Incontinencias Urinarias se derivaron en un 56,7%; de 1 a 5 veces por mes 50,1% y de 6 a 15 veces por mes 6,6%; evaluando los médicos el resultado después del tratamiento en T.O. como Muy Bueno 6,7% y Bueno 50%.
- c) El Carcinoma In situ de la Piel se derivó en un 23,4%; de 1 a 5 veces por mes; evaluando los médicos el resultado después del tratamiento en T.O. como Muy Bueno el 13,4% y Bueno el 10%.
- d) La Mama Supernumeraria fue derivada por un 20% de los médicos; de 1 a 5 veces por mes todos los casos; evaluando, los profesionales, el resultado después del tratamiento en T.O. como Muy Bueno.
- e) La Paresia o Paraplejía, como resultado de Otros Cánceres, fue derivada en un 13,3%; 1 sola vez por mes, evaluando los médicos el resultado después del tratamiento en T.O. con los mismos porcentajes para Muy Bueno, Bueno, Regular y Malo con un 3,3% en cada caso.
- f) La Flebitis o Tromboflebitis en un 10%; solo 1 vez al mes, evaluando los médicos el resultado después del tratamiento en T.O. como Bueno 6,7% y Regular 3,3%.

TOTAL DE PATALOGÍAS MENSUALES DERIVADOS O NO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN ENCUESTA TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

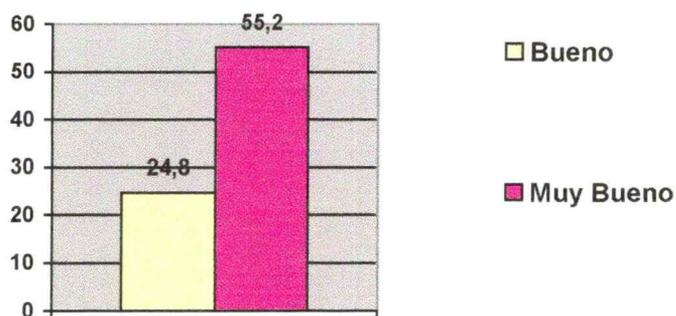
Patologías Derivadas	Sí Derivó		No Derivó		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tumor Maligno de la Mama	24	80	6	20	30	100
Mama Supernumeraria	6	20	24	80	30	100
Septicemias	0	0	30	100	30	100
Carcinoma insitu de la Piel	7	23,4	23	76,6	30	100
Paresia o Paraplejía como resultante de otros Ca.	4	13,3	26	86,7	30	100
Flebitis o Tromboflebitis del Miembro Superior	3	10	27	90	30	100
Otras Incontinencias Urinarias	17	56,7	13	43,3	30	100

DERIVACIONES DE LOS CASOS POR TUMOR MALIGNO DE MAMA Y CANTIDAD POR MES.
 SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE
 TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
 MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó de 1 a 5 veces por mes	17	56,7
Derivó de 6 a 10 veces por mes	7	23,3
No Derivó	6	20
Total	30	100

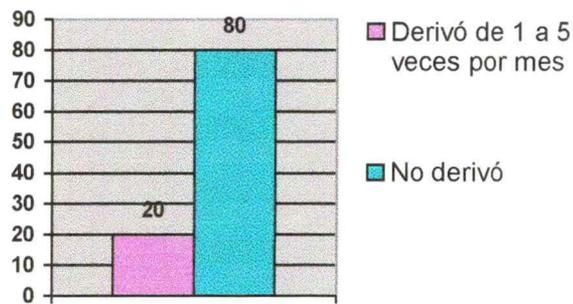


♦ DERIVÓ EL 80 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

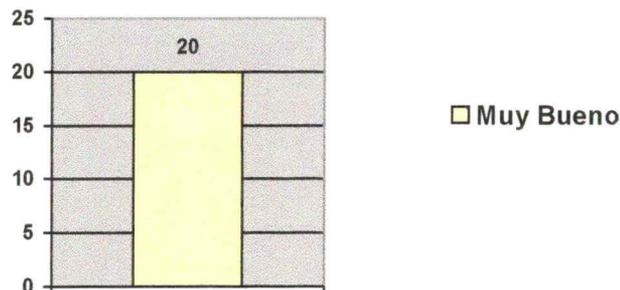


DERIVACIONES DE LOS CASOS DE MAMA SUPERNUMERARIA Y CANTIDAD POR MES.
 SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE
 TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
 MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó de 1 a 5 veces por mes	6	20
No Derivó	24	80
Total	30	100

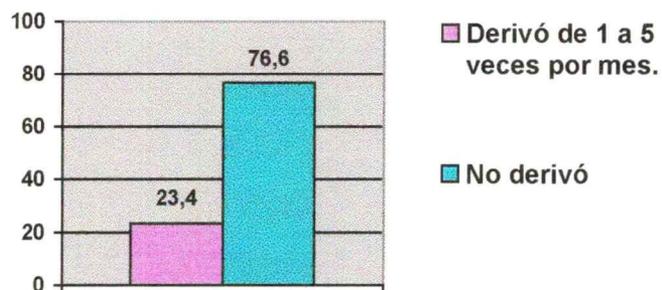


DERIVÓ EL 20% DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

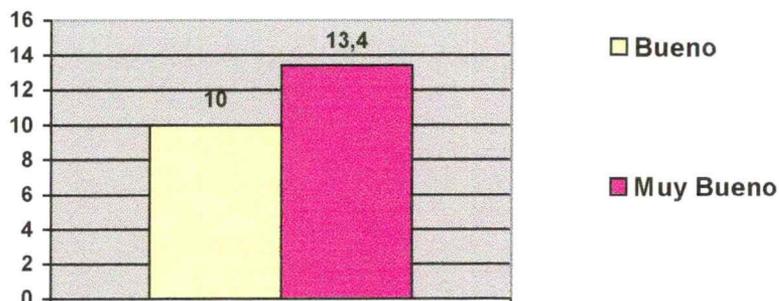


DERIVACIONES DE LOS CASOS POR CARCINOMA INSITU DE LA PIEL Y CANTIDAD POR MES, SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó de 1 a 5 veces por mes	7	23,4
No Derivó	23	76,6
Total	30	100

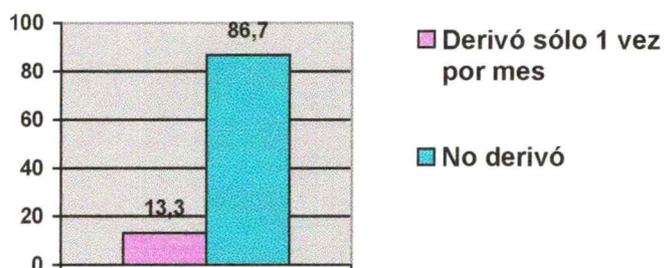


- ◆ DERIVÓ EL 23,4% DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

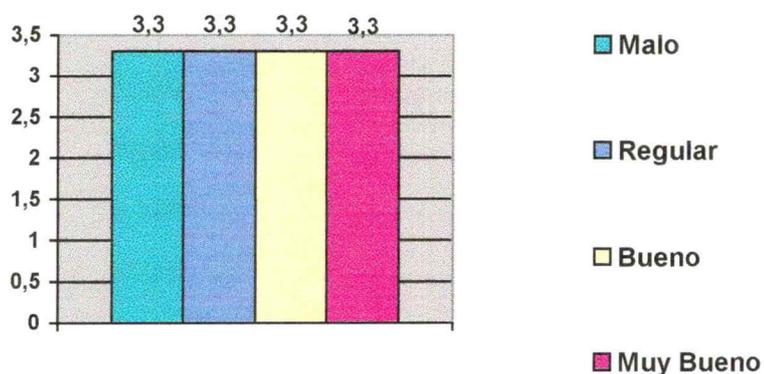


DERIVACIONES DE LOS CASOS CON PARESIA O PARAPLEJÍA COMO RESULTANTE DE OTROS CÁNCERES Y CANTIDAD POR MES SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó sólo 1 vez por mes	4	13,3
No Derivó	26	86,7
Total	30	100

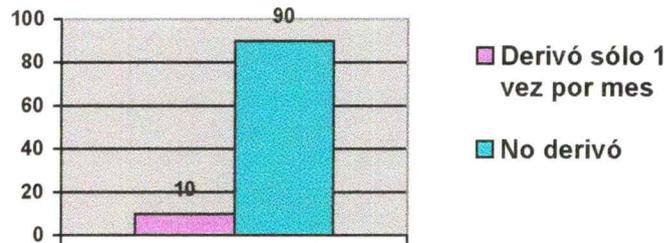


- ♦ DERIVÓ EL 13,2 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

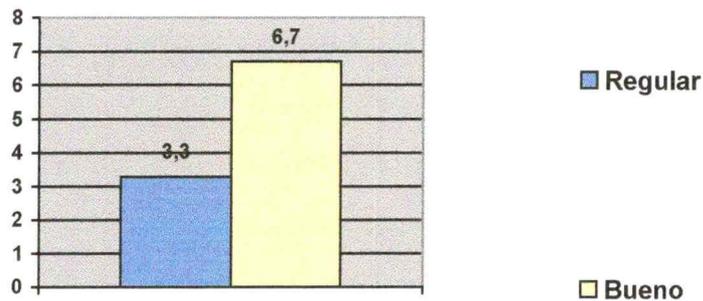


DERIVACIONES DE LOS CASOS CON FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE MIEMBRO SUPERIOR Y CANTIDAD POR MES. SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó sólo 1 vez por mes	3	10
No Derivó	27	90
Total	30	100

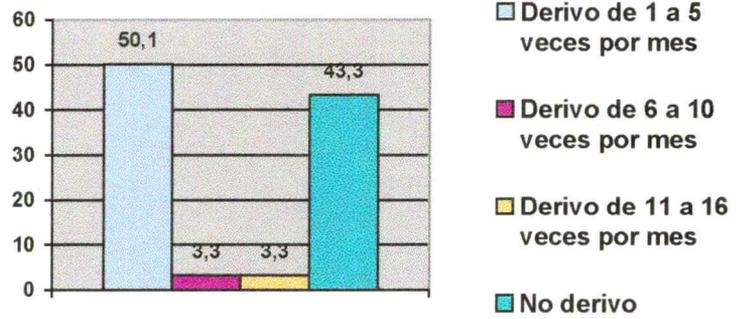


- ♦ DERIVÓ EL 10% DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

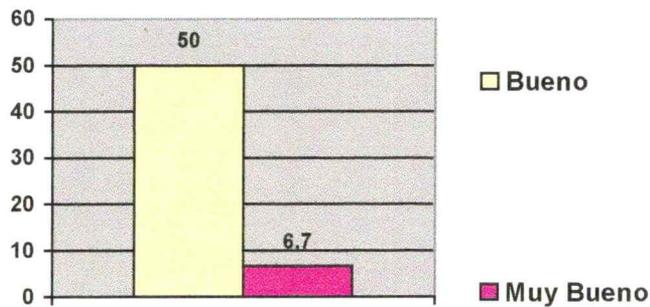


**DERIVACIONES DE LOS CASOS CON OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS Y CANTIDAD POR MES SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.**

Derivaciones y Cantidad por Mes	Nº	%
Derivó de 1 a 5 veces por mes	15	50,1
Derivó de 6 a 10 veces por mes	1	3,3
Derivó de 11 a 15 veces por mes	1	3,3
No Derivó	13	43,3
Total	30	100



- ♦ DERIVÓ EL 56,7 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:



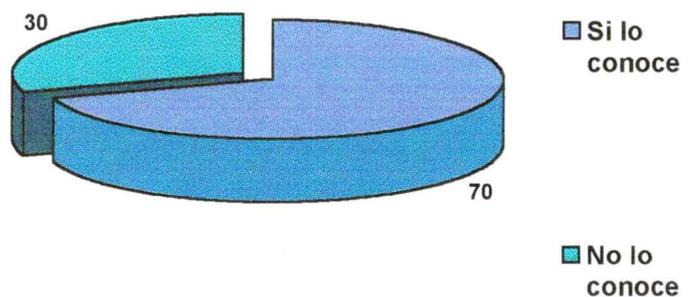
**6.- Conocimiento de los Médicos del Servicio de Ginecología, del Protocolo de diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Mama, día de derivación y formulario correspondiente, según encuesta realizada por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende.
Mar del Plata, Buenos Aires. Año 2000.**

El 70% de los médicos del Servicio de ginecología conocen el Protocolo, el mismo porcentaje conoce el día que debe derivar (1º al 7º día) al T.O. después del acto quirúrgico del paciente y el 96,7% conoce el formulario de interconsulta correctamente. Cabe destacar en este punto que el 30% dijo no conocer el Protocolo de la patología quirúrgica maligna de la mama siendo médicos del Servicio.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS GINECÓLOGOS DEL PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL H.I.G.A.

DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000

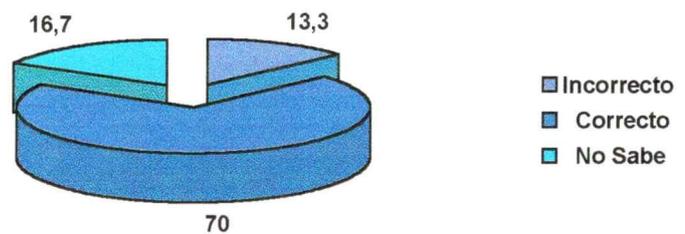
Conocimiento del Protocolo	Nº	%
Sí lo Conoce	21	70
No lo Conoce	9	30
Total	30	100



GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS GINECÓLOGOS DEL DÍA EN QUE SE DEBE DERIVAR AL TERAPEUTA OCUPACIONAL DESPUÉS DEL ACTO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE. SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE

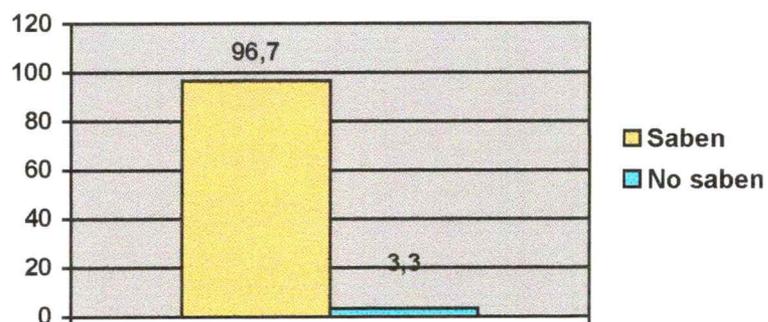
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000

Día de Derivación a T.O	Nº	%
Incorrecto	4	13,3
Correcto	21	70
No Sabe	5	16,7
Total	30	100



CONTENIDO DEL FORMULARIO DE DERIVACIÓN DEL OPERADO DE MAMA A LA TERAPEUTA OCUPACIONAL SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000

Contenido del Formulario de Derivación	Nº	%
Saben	29	96,7
No Saben	1	3,3
Total	30	100



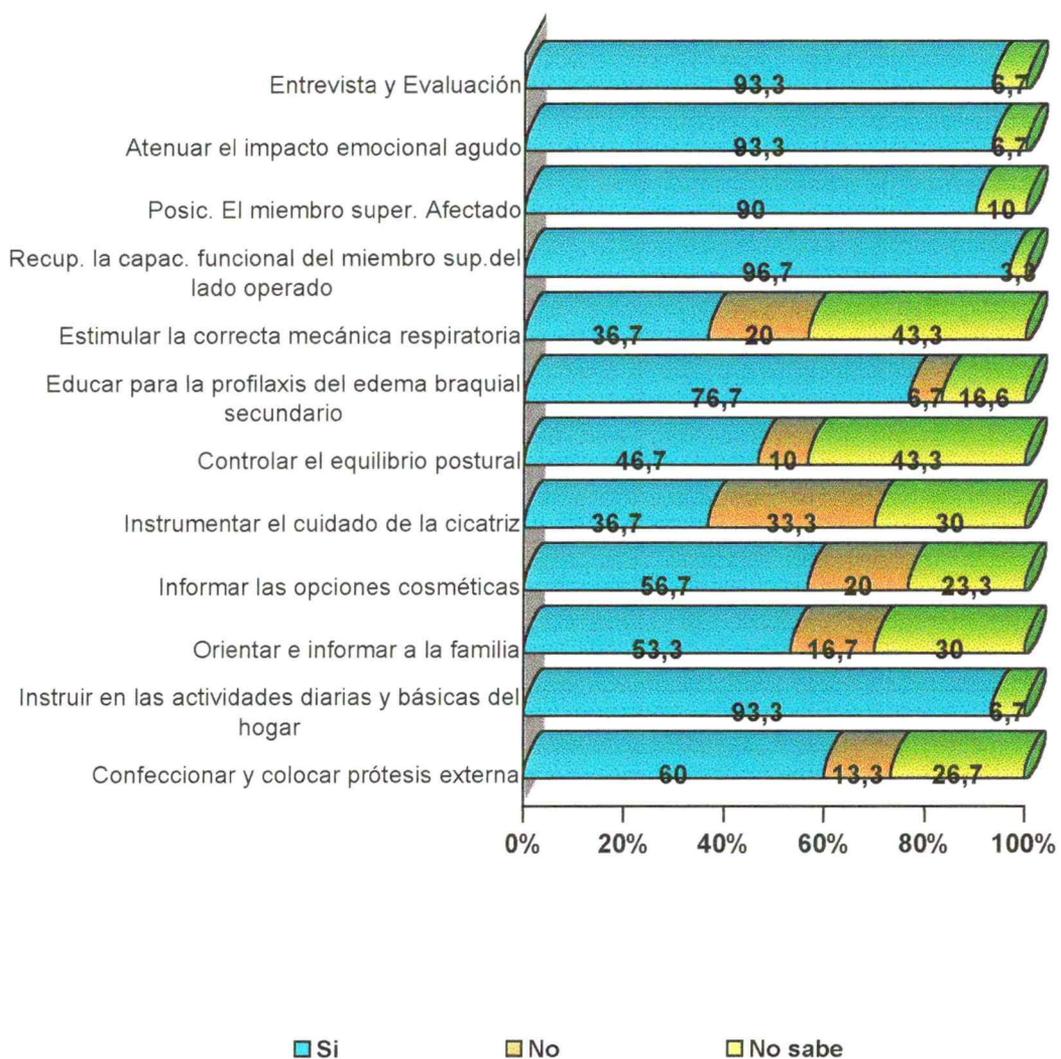
**7.- Conocimiento de los Médicos de las acciones que realiza el Lic en T.O.
en el operado de mama, según encuesta tomada en el Servicio de
Ginecología por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A Dr. Oscar E.
Alende. Mar del Plata, Buenos Aires. Año 2000**

Siendo que todas las preguntas son objetivos del Programa de Rehabilitación en el operado por Cáncer de mama, llevado a cabo por T.O., ninguna alcanzo el 100% en la opinión de los encuestados. Algunas se valoraron con porcentajes de menos de 50% o diciendo no corresponder o no saber, por ejemplo, estimular la correcta mecánica respiratoria, instrumentar el cuidado de la cicatriz, informar las opciones cosméticas, confeccionar y colocar prótesis externa o incluso no valorar la educación para la profilaxis del Edema Braquial Secundario, objetivos todos relevantes después de sufrir una mastectomía.

CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LAS ACCIONES QUE REALIZA EL LIC EN T.O. EN EL OPERADO DE MAMA, SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000

	Conocimiento del Médico.					
	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acciones de Terapia Ocupacional en el Operado de Mama						
Entrevista y Evaluación	28	93,3	0	0	2	6,7
Atenuar el Impacto Emocional Agudo	28	93,3	0	0	2	6,7
Posicionar el Miembro Superior Afectado	27	90,0	0	0	3	10
Recuperar la Capacidad funcional del Miembro Superior del lado operado	29	96,7	0	0	1	3,3
Estimular la correcta mecánica respiratoria	11	36,7	6	20	13	43,3
Educar para la Profilaxis del Edema Braquial Secundario	23	76,7	2	6,7	5	16,6
Controlar el equilibrio Postural	14	46,7	3	10	13	43,3
Instrumentar el cuidado de la cicatriz	11	36,7	10	33,3	9	30
Informar las opciones Cosméticas	17	56,7	6	20	7	23,3
Orientar e Informar a la Familia	16	53,3	5	16,7	9	30
Instruir en las actividades diarias y básicas del hogar	28	93,3	0	0	2	6,7
Confecionar y Colocar prótesis externa	18	60,0	4	13,3	8	26,7

CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE LAS ACCIONES QUE REALIZA EL LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL EN EL OPERADO DE MAMA, SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000

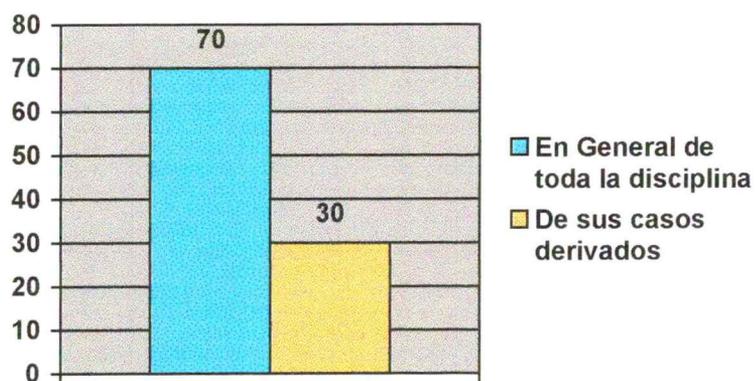


8.- Grado de interés demostrado por los profesionales del Servicio de Ginecología para recibir información de Terapia Ocupacional y con que modalidad, según encuesta tomada en el Servicio de Ginecología por la Unidad de Terapia Ocupacional. H.I.G.A. Dr. Oscar E. Alende. Mar del Plata, Buenos Aires. Año 2000.

El 70% de los encuestados demostró interés en recibir información acerca de toda la disciplina preferentemente con la modalidad charlas, en un 90%, e informes escritos en un 83,3%.

INTERÉS DEMOSTRADO POR LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN RECIBIR INFORMACIÓN DE LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL, SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000.

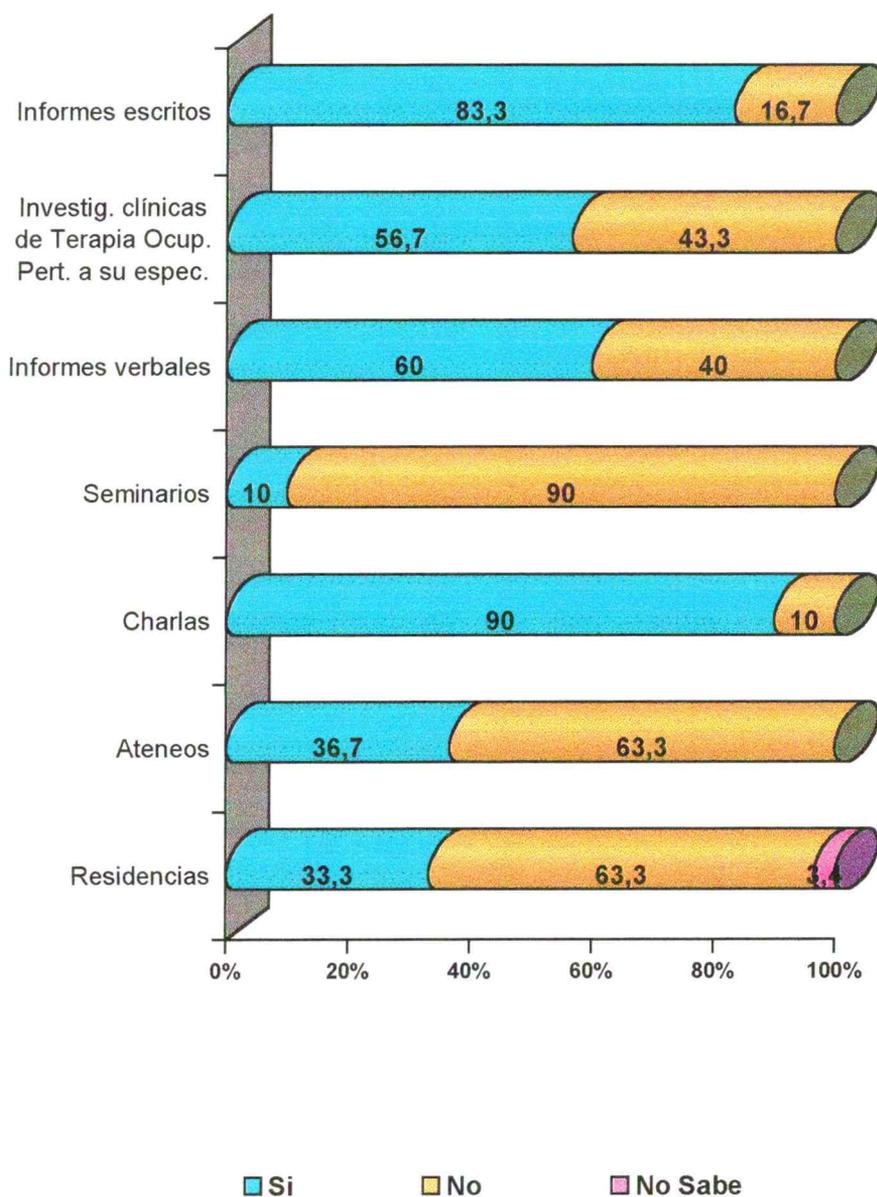
Interés en recibir Información	Nº	%
En general de toda la Disciplina	21	70
De sus casos Derivados	9	30
Total	30	100



**MODALIDAD DESEADA POR LOS MÉDICOS DE RECIBIR LA INFORMACIÓN DE LA
DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.
DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. Año 2000**

Modalidades de la Información	Interés de los Médicos.		SÍ		NO		NO SABE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Residencias	10	33,3	19	63,3	1	3,4	30	100	30
Ateneos	11	36,7	19	63,3	0	0	30	100	30	100
Charlas	27	90	3	10	0	0	30	100	30	100
Seminarios	3	10	27	90	0	0	30	100	30	100
Informes verbales	18	60	12	40	0	0	30	100	30	100
Difundir con Investigaciones Clínicas de terapia Ocupacional pertinentes a su especialidad	17	56,7	13	43,3	0	0	30	100	30	100
Informes Escritos	25	83,3	5	16,7	0	0	30	100	30	100

MODALIDAD DESEADA POR LOS MEDICOS DE RECIBIR LA INFORMACIÓN DE LA DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A DR. OSCAR E. ALENDE MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES. AÑO 2000



SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Los médicos que componen la muestra son en general adultos jóvenes y en su mayoría mujeres.

Poseen un conocimiento parcial y /o distorsionado de la carrera de Licenciatura en T.O. Si bien esta es la disciplina de la Rehabilitación más interconsultada, solo de manera parcial pueden identificar y/o diferenciar de otras disciplinas, su hacer en salud.

Considerando que la patología más derivada es el tumor maligno de la mama, se puede deducir que esto es así solo porque esta escrito en su protocolo, donde consta, además, el día post quirúrgico de derivación. Conocen escasamente para que lo hacen vistos los porcentajes de las respuestas en la pregunta del Programa de T.O. para la mujer operada por cáncer de mama.

Concluyen, también, que desean recibir información de toda la disciplina de T.O.

**INTEPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS
DE LA ENCUESTA**

De acuerdo al análisis de los resultados de la encuesta, se identificaron los factores que intervienen en la pérdida de la derivación médica inmediata del paciente operado por Cáncer de mama del Servicio de Ginecología a la Unidad de Terapia Ocupacional, en el año 1999. Se revisaron y reelaboraron los problemas supuestos quedando los siguientes:

1. Incumplimiento de la normativa de derivación del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama del Servicio de Ginecología.
2. Escasa participación, difusión e información por parte del Terapeuta Ocupacional.
3. El conocimiento parcial y/o distorsionado del rol del Terapeuta Ocupacional otorga menor status a la Unidad de Terapia Ocupacional en relación al status del Servicio de Ginecología.

A estos problemas apuntan las medidas correctoras que pretenden componer la resolución del problema de investigación. Las mismas se transforman en planteamientos positivos con el fin que sean objetivos de la Propuesta de Gestión, que se llevará a cabo por la Unidad de Terapia Ocupacional a través del Terapeuta Ocupacional responsable del área de Ginecología.

Se identifican las alternativas quedando las siguientes opciones como estrategia de la Propuesta:

Viabilidad de las diferentes opciones	OPCIÓN 1 Mejorar la comunicación y participación	OPCIÓN 2 Cumplir la normativa.	OPCIÓN 3 1+2 (Combinadas)
Costo	bajo	bajo	bajo
Posibilidad de éxito	alta	alta	alta
Beneficio	alto	alto	alto
Horizonte de tiempo	corto	corto	corto
Riesgo social	pequeño	pequeño	pequeño

Una vez puesta en marcha la Propuesta, el seguimiento es registrado en informes de progreso volcado en un formulario mensual donde se reproduce la matriz de la misma “Evaluación de la Propuesta según Mes”, este reporta la información que contribuirá para el seguimiento de los logros y/o correcciones y retroalimentación de la Propuesta de Gestión.

PROPUESTA DE GESTIÓN. UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.

"DR. OSCAR E. ALENDE". Mar del Plata. Buenos Aires. Año 2000

PROPUESTA	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
1.-OBJETIVO GENERAL Acceso de la totalidad de los pacientes a la Unidad de T.O. para su rehabilitación.	La cantidad de ingreso aumenta de Xo en el Mes base a X1 a fines del mes 1, y así aumenta sucesivamente hasta X12 a fines del Mes 12, Año 2001	Consulta en el Libro de Admisión de la Unidad de T.O del dato "fecha de ingreso", realizada mensualmente.	Autorización y conformidad del Jefe de Sala de Medicina Física y Rehabilitación.
2.-OBJETIVO ESPECÍFICO Eficiencia y eficacia de la derivación médica inmediata del Servicio de Ginecología.	El número de pérdidas de derivación médica inmediata del Servicio de Ginecología a la Unidad de T.O disminuye de Yo en el Mes base a Y 1 a fines del mes 1, y así disminuye sucesivamente hasta Y12 a fines del Mes 12, Año 2001.	Estadística del Servicio de Ginecología elaborada por la Oficina Central de Estadística, mensualmente.	Autorización y conformidad del Jefe del Servicio y Jefe de Sala de Ginecología
3.-RESULTADOS 1. Los médicos del Servicio de Ginecología cumplen con la normativa de Derivación.	La cantidad de médicos derivantes aumenta de Mo en el Mes base a M1 a fines del Mes 1 y así aumenta sucesivamente hasta M12 a fines del Mes 12, Año 2001	Análisis del dato:" médico derivante", obtenido del formulario de Interconsulta.	Autorización y conformidad del Jefe del Servicio de Docencia e Investigación.
2. La Unidad de T.O participa más y mejor con el Servicio de Ginecología	La cantidad de participaciones del Terapeuta Ocupacional ocasiona una baja en la pérdida de la derivación de So en el Mes base a S1 a fines del Mes 1, y así baja sucesivamente hasta S12 a fines del Mes 12, Año 2001.	Planilla de verificación de cumplimiento de la participación del personal T.O. asignado al Servicio de Ginecología.	
3. El conocimiento del rol del Terapeuta Ocupacional por parte de los Médicos del Servicio de Ginecología mejora el Status de la Unidad de T.O.	La cantidad de folletería, artículos y afiches que entrega la Unidad de T.O al Servicio de Ginecología aumenta de Po en el Año base a P1 a fines del Año 2001.	Registro del material impreso distribuido por la Unidad de T.O en el Servicio de Ginecología.	

4.-ACTIVIDADES	INSUMOS	
<p>1.a.Comunicar formalmente a todo el Servicio de Ginecología la pérdida de derivación médica a la Unidad de T.O.</p> <p>1.b.Revisar conjuntamente la vigencia de los contenidos del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento.</p> <p>2.a.Participar en ateneos y pases de Sala.</p> <p>2.b.Programar tareas docentes y realizar trabajos de investigación en forma conjunta.</p> <p>2.c Favorecer charlas informales acerca de la disciplina T.O.</p> <p>2.d.Entregar la memoria anual con los resultados de tratamiento de cada uno de los pacientes derivados.</p> <p>3.a.Comunicar actualizaciones científico- profesionales de la T.O. en el área específica (Cáncer de mama)</p> <p>3.b.Establecer estrategias de Comunicación</p>	<p>220 horas de trabajo anuales de Médicos y Terapeutas Ocupacionales.</p> <p>Elementos didácticos: retroproyector. Pantalla y puntero, proyector de diapositivos, provistos por el Servicio de Docencia e Investigación.</p> <p>Materiales auxiliares: Folletos, artículos, afiches, transparencias, diapositivas y material de librería provisto por el Servicio de almacenes del Hospital.</p> <p>Equipamiento informático de la Unidad de T.O.</p> <p>Trabajo en red, correo electrónico y acceso a internet, provistos por el Servicio de Docencia e Investigación.</p>	<p>Sin costos adicionales más allá de los presupuestados para el correcto funcionamiento de cada Servicio involucrado.</p>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR MES. UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.

“DR. OSCAR E. ALENDE”. Mar del Plata. Buenos Aires. Año 2000

MESES ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	1.a.	x										
1.b.	x											
2.a.	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
2.b.		X		X		x		x		x		x
2.c.	x	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
2.d.												x
3.a.		X		X		x		x		x		x
3.b.		X		X		x		x		x		x

EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA SEGÚN MES. UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

H.I.G.A. "DR. OSCAR E. ALENDE". Mar del Plata. Buenos Aires. Año 2000

Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
Propuesta													
Objetivo General:													
Número de Ingresos:													
Objetivo Especifico:													
Número de Operados:													
Resultados:													
1- Número de Médicos derivantes:													
2- Número de verificaciones cumplimentadas:													
3-Cantidad de material impreso distribuido:													
TOTAL													

CONCLUSIÓN

Se incluye esta conclusión a modo de referencia que permita una mejor comprensión de lo que ocurre al interpretar la encuesta, a partir de cuyos resultados se elaboró la propuesta de gestión, que apunta a corregir la pérdida de la derivación médica inmediata y a incrementar el conocimiento que los médicos del Servicio de Ginecología tienen de la Terapia Ocupacional.

Estos ponen de manifiesto la imagen distorsionada y/o limitada que los médicos poseen acerca de la Terapia Ocupacional como disciplina y de los Terapeutas Ocupacionales como agentes de salud, por encima del desconocimiento o incumplimiento del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Esta referencia se hace tomando en cuenta algunos conceptos básicos de Alicia Gutierrez en su interpretación de la perspectiva teórico - metodológica de Pierre Bordieu.

Así, la Unidad de Terapia Ocupacional y los demás Servicios se hallan integrados como subcampos dentro del campo "HOSPITAL" Dr. Oscar E. Alende, entendido éste como un espacio de juego históricamente constituido con instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias.

Cada uno de los subcampos actúa sincrónicamente como un sistema de posiciones y relaciones entre posiciones, definiendo que está en juego y los intereses específicos de cada uno.

La estructura de un campo es un estado que - como momento histórico- refleja las relaciones de fuerza entre los agentes o las instituciones (en este caso los servicios hospitalarios de Rehabilitación y Ginecología) comprometidos en el juego. Así mismo considerando al Hospital como un campo social, los agentes implicados tienen en común un cierto número de intereses fundamentales (el restablecimiento ó mantenimiento de la salud de la población) lo que justifica su acción.

Ahora bien en la construcción de un campo como campo social debe definirse en primer lugar el capital específico que está en juego y los intereses propios del campo.

Un espacio social implica una pluridimensionalidad de posiciones, en el los agentes y grupos de agentes se definen por sus posiciones relativas, según el volumen y estructura del capital que poseen más allá de la connotación estrictamente económica.

Dentro de un campo como lo es un Hospital Público compuesto de numerosos subcampos (servicios) cada uno tiene un capital simbólico –como reconocimiento externo e interno, prestigio, legitimidad, autoridad - y un capital social -como relaciones con otros subcampos- que se pueden movilizar en un momento determinado. La posesión de estos capitales y las relaciones de poder que se estructuran en el campo determinan, para cada subcampo y cada agente, un rendimiento diferencial del capital de base de que se disponen. Así, como dice Alicia Gutierrez, estos capitales distribuidos desigualmente en el campo originan posiciones relativas (posiciones que poseen prioridades independientes de los agentes sociales que las ocupan) y relaciones entre posiciones, relaciones de fuerza, de poder, que quedan definidas en términos de dominación - dependencia.

Estos factores son determinantes en la conformación de las estructuras sociales incorporadas por el agente que produce las prácticas sociales; es decir los *Habitus* en tanto principios de generación y estructuración de dichas prácticas.

Habitus es, para Bordieu, una condición, una manera de ser, un estado del cuerpo y una disposición durable, es decir, es la historia (lo social) hecho cuerpo, constituyendo un sistema de disposiciones para actuar de una manera más que de otra generando conductas “razonables” y excluyendo “locuras”, distinguiendo “lo posible” de lo “no posible”.

Los resultados de la propuesta que se persiguen permiten inferir una modificación en los subcampos afectados, en lo referente a la relación de fuerzas entre uno y otro, lo que implicaría una equiparación de la Unidad de Terapia Ocupacional en su praxis con el Servicio de Ginecología y por ende, en la organización hospitalaria.

Estas modificaciones en la relación de fuerzas entre los distintos Servicios tienen, como fin último, que los pacientes destinatarios de nuestro trabajo tengan un acceso pleno al derecho a la salud.

APÉNDICE

CONTEXTO GENERAL DE LA GESTIÓN DE SALUD EN REHABILITACIÓN

1. LA GLOBALIZACIÓN. SU IMPACTO EN LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN NUESTRO PAÍS Y EL NUEVO ROL DEL ESTADO

Resulta conveniente una referencia al contexto mundial y regional en el cual ubicar la situación particular de las Políticas de Salud Pública; que afectan directa y/o indirectamente a un Hospital ubicado en una zona específica de una Provincia Argentina y a un Servicio dentro de ese hospital, a sus agentes y usuarios. La creciente integración de los mercados nacionales, regionales y locales a la economía mundial –lo que se ha llamado “Globalización”- ha implicado un rápido incremento de los flujos de inversión internacional caracterizado por la preeminencia de capitales financieros transnacionales orientados a la especulación, por encima de capitales nacionales vinculados a la producción. Este crecimiento del sector financiero implica también un crecimiento del sub-sistema “servicios” en detrimento de los sub-sistemas productivos y una transferencia masiva de los activos nacionales a consorcios multinacionales.

Desde 1980 América Latina vive un proceso de cambios económicos, políticos e institucionales expresados por:

- a) Una profunda liberalización y reestructuración de las economías.
- b) Reestructuración política y administrativa, democratización de la gestión pública, aumento de la participación y la consulta popular en los procesos de gestión, descentralización administrativa y una reducción en el tamaño y en las actividades prestadas directamente por parte del Estado, producto de éstas sustanciales reformas.
- b) Crecimiento de las actividades de las organizaciones no gubernamentales (O.N.G.) con la irrupción de nuevos grupos sociales de gran activismo tras reivindicaciones específicas como las necesidades barriales básicas, la protección ambiental, o los derechos de las minorías raciales o sexuales.

- c) Cierta agotamiento de los instrumentos de planificación convencional (políticas universalistas, planes estructurales) que privilegian los resultados (por lo general una ley o reglamentación) más que los procesos y la implementación, y que con frecuencia eran reactivas por ser impuestas verticalmente por los gobiernos.

Por otra parte la progresiva desarticulación de los modelos de "Estado de Bienestar", y su reemplazo por modelos en los cuales el rol del estado se va reduciendo a una mínima expresión; recortándose así su capacidad de prestación, de intervención y de regulación, ha permitido el surgimiento de grupos económicos de carácter monopólico que concentran en su órbita la casi totalidad de los servicios públicos, anteriormente a cargo del estado. Esto ha provocado consecuencias en el contexto institucional:

- ✓ El paso de un Estado integrado a un Estado mas fragmentado entre distintas agencias incluyendo al sector privado, al mixto y al sector comunitario.
- ✓ El paso de una hegemonía del Estado Central y los grupos nacionales a una mayor influencia de grupos y gobiernos locales y regionales.
- ✓ El paso de una relación de fuerzas entre el sector público y el privado, caracterizada por la preeminencia del sector público, hacia una nueva relación de fuerzas en la que el sector privado se encuentra en condiciones de imponer políticas.
- ✓ El paso de formas jerárquicas burocráticas en la organización del Estado, a formas de gobernabilidad más proactivas e interactivas entre éste y los distintos actores sociales.

La reforma del Estado, en la práctica, significa la desarticulación del Estado de Bienestar que había surgido como respuesta a condiciones económicas y políticas históricas en los países desarrollados y en algunas zonas periféricas. Ello se debe a que las anteriores redes sociales y regulaciones ya no cumplen su antigua función, e incluso son un estorbo para el actual desarrollo capitalista.

Las condiciones de reproducción del sistema también cambiaron. El modelo basado en la producción estandarizada y el consenso masivo fue virando hacia la

oferta de bienes diferenciados dirigidos a franjas de comunidades específicas: de este modo la fragmentación social y la marginación de algunos sectores ya no dificultan el desenvolvimiento del sistema. Esta afirmación se deriva de la constatación que el funcionamiento del sistema capitalista esta actualmente modelado por fenómenos de tipo estructural que provocan una distribución de las riquezas no legitimadas por la misma "Cultura" Capitalista.

Algunos de estos fenómenos son:

- ✓ La desocupación endémica funcional al sistema, plantea la cuestión cultural de cómo sobrevivir, si el trabajo no es posible.
- ✓ Los ingresos de una creciente parte de la población se originan en la economía informal, fuera de toda protección por parte del estado, y su proporcionalidad nada tiene que ver con el esfuerzo productivo de los individuos ni con el funcionamiento del mercado.
- ✓ La privatización de activos, de propiedad estatal, que aseguró rentas futuras a sectores pequeños de la población, del país o del extranjero, a través de tasas, precios, peajes, patentes y tarifas de mercados oligopólicos y cautivos.
- ✓ La apropiación privada o estatal, del manejo de enormes fondos de la llamada previsión social, asegurados por el aporte obligatorio de los trabajadores, que permite la succión ad infinitum de los ingresos futuros de aquellos que permanecen en el sector productivo.

La aparición de estas formas de apropiación junto a una creciente desocupación estructural desarrolla una cultura de "apropiación sin producción" donde el gasto pierde sentido, y la superchería, la argucia, el fraude y la corrupción constituyen comportamientos individuales dominantes que se desarrollan en una lucha encarnizada por la apropiación de beneficios dentro de una ilegitimidad

generalizada. El empleo ha perdido su valor y la alta desocupación estructural podía entenderse como la necesidad del capital de maximizar sus ganancias.¹⁹

En nuestro país el proceso de reestructuración económica no sólo produjo modificaciones de los patrones de acumulación sino también una fuerte restricción a las políticas sociales. El ajuste concebido desde el discurso oficial como una etapa en la reforma del Estado parece no terminar y amenaza a sectores Sociales que seguramente engrosarán la lista de los denominados "nuevos pobres".

Los cambios no se han hecho en términos de coherencia sino en un marco de una grave falta de coordinación y gestión. El ajuste estructural es una estrategia global tendiente a producir un nuevo modelo social, no sólo es un problema técnico también es político y ético. El modelo genera más pobreza por lo tanto es perverso creer que se puede reducir el gasto público y reducir la pobreza. Ha desaparecido del modelo la idea de equidad. A los más pobres, se les dan posibilidades de supervivencia pero no se elaboran estrategias para la superación de la marginalidad.

Las políticas neoliberales se estructuran sobre algunos conceptos para la desarticulación del Estado de Bienestar:

- a) focalización del gasto: con el argumento de concentrar los recursos en los sectores más necesitados. Es cierto que en algunos casos esto puede ser necesario, pero constituye una muestra de extrema ingenuidad política suponer que se van a transferir recursos de los que más se han beneficiado con la situación actual, y por lo tanto son más poderosos para dárselo a aquellos que no tienen poder.

¹⁹ "La Argentina parece haber adoptado un modelo de repliegue del Estado en su forma más extrema, aún por encima de lo recomendado por las agencias internacionales. En cambio los países industrializados han venido actuando con menos rigidez y dogmatismo, adecuando el campo de acción a sus prioridades estratégicas. Es evidente que quienes han priorizado en forma absoluta y excluyente lograr el equilibrio presupuestario en desmedro de satisfacer la necesidad de mantener un nivel adecuado de la inversión pública, una acción sistemática para mejorar la calificación de sus agentes y su racionalización funcional, aplican una política mucho más rigurosa y circunscripta que la delineada y expuesta por el propio Fondo Monetario Internacional." (Fundación CIEC, *Planificación estratégica de Recursos humanos*, Córdoba Fundación CIEC, 1995, p. 38). Como afirma Jaramillo " la buena salud financiera de algunos organismos estatales que ciertos tecnócratas exhiben como resultado de esta política, sólo es compatible con la reducción del cubrimiento de su producción y la exclusión de sus beneficios a sectores considerables de la población. Es este el caso paradójico de entidades estatales productoras de electricidad o de agua potable, que muestran balances contables favorables, mientras treinta, cuarenta por ciento de la población carece de sus servicios y si no lo demanda es porque no puede pagar." (Cuervo, Jaramillo y otros., *Economía política de los Servicios públicos*, (Bogotá, CINEP, 1988, pp. 22-23)

- b) descentralización normativa: para acercar la gestión al usuario. Esto implica participación ciudadana y transferencia de poder de decisión lo más cercana a la base. Pero no hay eficiencia si no existe coordinación entre los distintos niveles pues la descoordinación produce irracionalidad en las inversiones. El Estado Nacional debería ser el encargado de compensar las desigualdades.
- c) privatizaciones: para destinar más recursos hacia la focalización del gasto, y basadas en una supuesta ineficiencia del Estado, que no se resuelve tan sólo con la supuesta eficiencia de lo privado. En un país con una baja cultura de lo público, los problemas no pueden resolverse con la mera decisión de privatizar. Esta estrategia no puede aplicarse sin un adecuado marco regulatorio que garantice mecanismos de competencia y transparencia, sino sólo consiste en reemplazar el monopolio, del Estado por monopolios privados.

Este modelo de "Estado mínimo" puede ser que construya hospitales pero fracasa en asegurar el acceso a la salud de la población.

Es exacto que el Estado de Bienestar tuvo falencias que contradijeron e incluso anularon los objetivos que se planteaba. La incapacidad para beneficiar efectivamente a los más necesitados, la desigual asignación de recursos, la burocratización, la manipulación política, la inadecuada relación entre su oferta de bienes y servicios y las demandas de la población, etc. muestran algunas incapacidades del Estado Benefactor.

En el campo específico de las políticas sociales sería preciso combinar políticas de tipo universalistas para los sistemas de prestación de Servicios Sociales Básicos (educación, salud, vivienda, etc.) con asignaciones específicamente orientadas hacia categorías poblacionales bien delimitada.

En términos más específicos, una política pública orientada al logro de mayores niveles de equidad social debería basarse en:

1. Una redefinición de las políticas sociales clásicas (salud, vivienda, medio ambiente, educación, etc.) con un criterio explícitamente orientado a romper el círculo vicioso de la pobreza permitiendo:
 - modificar sustancialmente los criterios de asignación de recursos, con el fin de lograr ofrecer mejores oportunidades en

materia de bienes y servicios a quienes más lo necesitan. Para introducir esta lógica progresiva en el gasto social se necesita información, más información de la que generalmente se dispone. Pero esto no es suficiente. La regresividad de muchos gastos sociales no es el resultado de una ausencia de información sino la ausencia de una voluntad y capacidad política para hacerlo.

- transformar las condiciones institucionales de gobernabilidad de los sistemas públicos de prestación. Articular una adecuada forma de división del trabajo entre las distintas instancias del Estado (a nivel nacional, provincial y local) que garantice la máxima eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, y la participación posible de los beneficiarios en la producción de bienes y servicios asociados a la existencia de programas nacionales y masivos.

2- Una redefinición de la acción asistencialista como una intervención verdaderamente excepcional, bien delimitada y puntual básicamente concentrada en la atención a necesidades urgentes de aquellos grupos sociales en situación de pobreza extrema (alimentación, vestido, abrigo, etc.).

Hay que evitar la tendencia al desarrollo de políticas asistenciales extremadamente ambiciosas y masivas que siempre terminan con el fortalecimiento de las administraciones (ministerios, secretarías, etc.) paralelas a las clásicas instancias administrativas de formulación y ejecución de políticas sociales.

Lo más probable es que la mejor política social consista en una combinación adecuada de centralización y descentralización, universalismo y particularismo, sistemas estatales de prestación, iniciativas sociales autónomas y virtudes propias de la lógica del mercado. Quizás más que dar fórmulas es preciso inculcar y difundir una actitud. Las soluciones (que siempre serán parciales y provisionales) vendrán por añadidura.²⁰

²⁰ Isuani E., Lovuolo R., Tenti Fanfani E., *El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis*. (Buenos Aires, Miño Dávila, 1991). pag 45-60

En este escenario signado por la violencia urbana, la explosión de la información, la tecnología y significativos cambios demográficos y epidemiológicos debe destacarse la todavía lenta consolidación democrática en los países de Latinoamérica.

Frente a la concepción de los modelos de "Estado mínimo" que mencionáramos más arriba se debería estructurar una propuesta que rescate el ideal igualitario como valor y la voluntad general como método. Un supuesto necesario para esta concepción debe ser que el Estado provea las condiciones para el pleno desarrollo de las capacidades humanas esenciales de todos los miembros de la sociedad.

Cualquier propuesta de gestión y administración debe satisfacer los requerimientos básicos de equidad, impacto social, eficiencia social, participación social, articulación interinstitucional y cooperación entre los distintos actores.²¹

2. PROPUESTAS GENERALES DE SALUD PARA LA REGIÓN. LA REHABILITACIÓN

Los gobiernos Miembros de la Organización Panamericana al definir en 1977 la Meta Salud para Todos en el año 2000 (SPT/2000) y al aprobar en 1980 las Estrategias Regionales señalaron un desafío de gran magnitud, que presupone servicios de Salud brindados con equidad, eficacia, eficiencia y participación social para toda la población, dando prioridad a los grupos humanos cuyas condiciones de vida los colocan en situación de postergamiento.

El fenómeno Salud-Enfermedad ya no es hoy reducido a su dimensión biológica; el hombre ha cambiado en gran medida los medios físicos que se le oponían; su acción frente a los medios biológicos continúa, pero donde realmente está realizando sus combates más serios es en este momento frente a la estructura social en la que actúa, por donde se filtran las mayores probabilidades de mantener enfermos a millones de seres humanos, paradójicamente en esta era de avances técnicos y científicos. El medio influye sobre la Salud y ha obligado a ubicar dentro del criterio de enfermedad la concepción social de la misma. No se puede hablar de enfermedad sin componente Social y no se puede plantear el conocimiento de la Salud

²¹ Cf (13)

y sus acciones si se niegan, disminuyen o ignoran, los factores sociales en los que se mueve el hombre contemporáneo.

Es entonces el "objeto central de SPT/2000, los grupos humanos que integran las sociedades, sus circunstancias e historias específicas"; y la misión del quehacer de las instituciones de Salud Pública la de "contribuir a disminuir las desigualdades" entre los diferentes espacio-población (EEP) declarados prioritarios, con equidad desde su campo específico de acción, (resolver los problemas de Salud) con la mayor participación y eficiencia social posibles.²²

Atendiendo a la problemática de la discapacidad como EEP, identificados como grupo postergado es que se pone énfasis en la importancia de la estrategia de Atención Primaria, para lograr reducir los desplazamientos de pacientes desde el primer nivel a los niveles más complejos, integrando a la rehabilitación en los programas de Salud. La Atención Primaria de la Salud constituye la estrategia clave para lograr SPT/2000.

La noción de EEP está estrechamente asociada a la de unidad productora de servicios (UPS). Una UPS está en y forma parte de un EEP con la cual tiene una relación de integración y supeditación. La UPS puede pertenecer a cualquier institución pública o privada y el dimensionamiento o grado de complejidad o de capacidad de resolución de una UPS debe estar en función de las características de EEP en que se inserta y tender a maximizar la relación costo- social-beneficio-social. Los EEP-UPS conforman el nivel local de programación y administración de los Servicios de Salud y determinan el fundamento desde el cual se derivan las decisiones sobre organización, planificación y administración de los sistemas de salud y de las instituciones que los componen.

Cuando se crearon las Naciones Unidas y sus organismos especializados después de la Segunda Guerra Mundial, una de las grandes preocupaciones de los Estados Miembros eran los millones de inválidos de guerra, militares y civiles. La rehabilitación apareció con carácter de necesidad urgente en el programa de trabajo del primer año de existencia de la ONU. En los Servicios de rehabilitación del mundo entero faltaban capacidad y especialistas. Se solicitó la cooperación de varias entidades, entre ellas la OMS, la OIT, la UNESCO y el Centro de desarrollo Social y Asuntos Humanitarios, de las Naciones Unidas. Durante 25 años la política de la OMS consistió sobre todo en colaborar con los Estados Miembros para formar personal, suministrar equipamiento, y otorgar becas y la mayoría de esos esfuerzos se centraban en los países desarrollados.

²² Barrenechea J. J., Trujillo E., Chorny A., *Implicaciones para la planificación y administración de los Sistemas de Salud*, (Colombia, Universidad de Antioquia, 1990). Pag. 10-11-12.

El cambio de esa política a la de *rehabilitación para todos* ocurrió como consecuencia del planteamiento de la atención primaria de salud y de la estrategia de salud para todos. La OMS definió la tecnología de la rehabilitación para todos en 1979; el procedimiento de gestión siguió en 1983, con el programa de acción mundial para el Decenio Internacional de los Impedidos (1983-1992). Al mismo tiempo, la OIT modificaba su política para orientarla a programas de rehabilitación profesional en las zonas rurales. La UNESCO también adoptaba nuevos criterios para la escolarización integrada de los niños discapacitados.

En 1979, UNICEF empezó a apoyar activamente los programas de rehabilitación comunitaria en los países en desarrollo. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo presta apoyo financiero en varios países y también participa en una acción especial para fomentar los programas de prevención de la discapacidad.

La Oms define a la *rehabilitación* como las medidas destinadas a disminuir los efectos de las afecciones causantes de discapacidad y minusvalía, y a permitir la integración social de los discapacitados y los minusválidos. Las personas con discapacidad están en medio de la población mundial, representan estimativamente un 10% de la población total-400 millones de personas. De estos, se estima que 150 millones son niños, el 80 % viven económicamente pobres, y en las naciones menos desarrolladas en el mundo.

OMS, OIT, UNESCO y UNICEF aceptan como valor ponderado que el 10% de los habitantes son discapacitados. Estiman que un 1% aproximadamente de los discapacitados son graves y necesitan atención constante, que el 3% debería seguir un tratamiento de rehabilitación y el 6% restante son discapacidades leves. El plan de acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar la meta de SPT/ 2000, ha destacado el asegurar la satisfacción de las necesidades de la salud de toda la población y, en especial, de los grupos postergados, con actividades prioritarias de protección y de promoción de la salud de estos grupos uno de los cuales está constituido por las personas con discapacidad.

Se calcula que para el año 2000 la población de las Américas será de 600 millones de habitantes, el 64% de ellos estarán viviendo en áreas urbanas. El perfil demográfico de la Región se caracterizará por su intenso crecimiento, rápida urbanización, fuerte tendencia decreciente de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer.

La mayoría de esta población, el 58%, estará entre los 15 y los 64 años. La población anciana se duplicará y crecerá de 14 a 28 millones de personas. En el grupo de más de 45 años de edad, que es aquél en que razonablemente hay mas probabilidades de que se presenten las enfermedades discapacitantes, la población experimentará, en el mismo período, un crecimiento absoluto estimado en alrededor de 46 millones de personas.

Si aplicamos el % dado por la OMS de personas discapacitadas sobre el total de la población de las Américas, debemos estimar que en el año 2000 en la región estarán viviendo 42 millones de personas discapacitadas de las cuales 26.8 millones estarán asentadas en ciudades.

Existe una evidente transformación en las características ambientales, hábitos, costumbres y estilos de vida de las poblaciones y por consiguiente en la naturaleza e intensidad de los factores de riesgo, que se está expresando en daños. Salvo las afecciones genéticas o lesiones del nacimiento que aparecen durante los primeros años de vida, un importante número de enfermedades (200 dadas por la OMS) son discapacitantes; y atendidas en su inicio o episodio agudo en Hospitales Generales. Por lo tanto, cabe señalar la importancia de la inclusión de un programa de Rehabilitación en estas Instituciones, para la atención precoz de la discapacidad y la prevención de las situaciones discapacitantes o aún para la correcta derivación a Centros Especializados en Rehabilitación.

La discapacidad no es de competencia exclusiva del afectado y de su familia sino de toda la sociedad. La discapacidad es, entonces un problema social más, entendiendo por problema social aquello que constituye una condición que afecta a un número importante de personas de un modo considerado inconveniente, y que, según se cree, debe corregirse mediante la acción social colectiva.

Debe reconocerse y generalizarse la conciencia social al respecto. Es indudable que sólo la acción colectiva puede atacar el problema. Acción colectiva que concretamente se expresa en la planificación y acción social sectorial y multisectorial, en las investigaciones científicas y tecnológicas, en campañas de prevención y tratamiento, construcción de centros adecuados, legislación pertinente, accionar asociativo, promoción de ayuda mutua, etc.²³

En relación con la discapacidad hay que tener en cuenta que:

Hay tres términos que suelen tomarse como sinónimos y no lo son, a pesar de estar muy estrechamente relacionados: *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*.

El primero se refiere a la pérdida o anomalía de una estructura o función, sea esta de tipo psicológico, físico o anatómico. Su característica principal consiste en que la falta o alteración a la que hace referencia, sea esta temporal o permanente, incluye la existencia o presencia de algo anómalo, defectuoso, o también a la falta de un miembro, órgano, tejido, u otra estructura del cuerpo incluidos los sistemas de la función mental; por lo tanto *deficiencia* representa la exteriorización de un estado patológico, y en principio refleja trastornos a nivel de órganos.

²³ DEL ANNO Amelia., Compiladora, *Actualidad y futuro de la Integración de las personas con discapacidad.*, (M.D.P. , U.N.M.D.P., 1995). Pág. 59

En cambio el término *discapacidad*, hace referencia a cualquier restricción o pérdida (como consecuencia de una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad, tal como lo haría cualquier individuo dentro de lo que se considera como común o normal para llevarla a cabo. Por último, *minusvalía*, significa una situación desventajosa para un individuo (como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad), que limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso, considerando su edad, sexo, y los factores sociales y culturales.²⁴

La detección precoz de la alteración o anomalía, el establecimiento de un diagnóstico realista, el diseño de un plan de rehabilitación que contemple no sólo el daño sino las potencialidades, las ayudas técnicas avanzadas, una rehabilitación abarcativa y orientada con eficiencias, etc., reducirán los efectos discapacitantes y minusvalidantes pero tanto como en la medida en que se cuente con un entorno receptivo, abierto y preparado para las diferencias. Frecuentemente, a las limitaciones de la persona se suman las de la familia (afectivas, económicas, psicológicas, etc.) y las del entorno (falta de equidad en la distribución de los recursos, carencia de legislación pertinente, sistema de salud perimido o inaccesible, subempleo o desempleo agudo generalizado, etc.)

Rehabilitar a un individuo con deficiencias implica prepararlo para llevar el patrón de vida vigente, de acuerdo a su sexo, edad y ubicación social y cultural. Esto presupone orientarse por un modelo de ambiente y de comportamiento que debería aproximarse lo más posible a la realidad. Sin embargo, no es lo habitual, produciéndose una notable brecha entre el modelo propuesto por la rehabilitación y los desafíos concretos que deberá protagonizar cada individuo una vez completada aquélla, si es que realmente sucede.²⁵

El 70% de la discapacidad en países en desarrollo es resultado de malnutrición, enfermedades de comunicación (lenguaje), inadecuado cuidado perinatal, y traumas no tratados después de accidentes industriales y guerra.²⁶

La discapacidad desproporcionalmente afecta a jóvenes y jóvenes adultos que involucran condiciones de trabajo peligrosas y situaciones militares. En suma la población joven y adulta joven desarrolla un riesgo en el mundo para la discapacidad consecuencia de condiciones no tratadas. La OMS en 1981 reportó globalmente un aumento en traumas relacionados por riesgos (peligros) de salud, accidentes de tráfico y violencia.-muchos se podrían prevenir con un temprano servicio de rehabilitación antes que las complicaciones ocurran.

²⁴ OMS., *Revista Ilustrada. Salud Mundial.*, (Ginebra., OMS. 1984) Pág. 4.

²⁵ Cf. (6)

²⁶ Cf. (9)

La rehabilitación debe comenzar lo antes posible para asegurar los mejores resultados. Así, se debe establecer el diagnóstico en la fase más temprana posible de la enfermedad, y de todo el tratamiento necesario, incluyendo la rehabilitación. La idea de que la rehabilitación debe comenzar cuando termine el tratamiento específico de la enfermedad o tras el curso de la afectación que conduce a la incapacidad es el motivo de que se incluya en el nivel terciario de la prevención equivocadamente. La mayoría de los autores indican que hay que rechazar por completo esta idea, pero este es el método usado en la práctica normal, aunque sea, obviamente, una mala concepción terapéutica. Se debe aplicar la rehabilitación junto con el tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad que produce la incapacidad.

En Terapia Ocupacional Linda Levi sostiene que en el primer nivel de prevención (prevención primaria), las acciones están dirigidas a prevenir antes que se presenten cualquier síntoma, en el segundo nivel ó prevención secundaria, las acciones están dirigidas a detectar y tratar precozmente personas que poseen factores de riesgo; en el tercer nivel ó prevención terciaria las acciones están dirigidas al tratamiento de enfermedades adquiridas.

La rehabilitación que constituye uno de los niveles secundarios de la prevención vuelca su atención sobre la incapacidad y así se le debe practicar al incapacitado una pronta evaluación y un tratamiento intensivo para prevenir cualquier incapacidad sea ésta permanente o temporal. La rehabilitación dinámica solo se puede aplicar cuando se ha establecido un diagnóstico rápido de la incapacidad.

Cuanto mas se retrase el diagnóstico explícito menos eficaces serán las medidas restauradoras consecuentes. Hay dos tipos de incapacidades; las que son consecuencia directa de una patología, a las que llamamos *incapacidades primarias* y las que se relacionan directamente con éstas y con la enfermedad responsable, a las que llamamos *incapacidad secundaria*. De esta forma el empleo de la epidemiología en rehabilitación puede ayudar a definir la historia natural de la incapacidad física de la humanidad y a reconocer que hay un hiato en nuestro conocimiento de la incapacidad humana.²⁷

3. HOSPITAL DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Desde el postulado básico de que la salud no pasa exclusivamente por la atención médica, la política sanitaria del municipio marplatense tiene hoy instrumentados tres niveles escalonados de acción:

²⁷ Cf. (14)

la *educación* en primer término, luego la *prevención* y la *atención médica*. Los focos operativos y de expansión son, desde los barrios, su treintena de unidades sanitarias que progresivamente pasan a ser módulos comunitarios, para Mar del Plata Partido de General Pueyrredón, podemos hallar en líneas generales, dos tipos de centros: *la unidad periférica sin internación*, y *el hospital base con internación*.

Además el estado provincial desde la Zona Sanitaria VIII aquí instalada, elabora y dirige programas de atención médica y de servicio social para 16 municipios con una población estimada de 1.150.000 habitantes, 7 de ellos sobre la costa atlántica, con una importante actividad turística; se concentra una población estable de 650.000 habitantes aproximadamente, situación que se cuadruplica en el período estival.

La Zona Sanitaria dispone del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) y del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti” (HIEMI) y de alta complejidad con actividades asistenciales, preventivas, docentes de formación y de recuperación de la salud.

Además el estado provincial desde la Zona Sanitaria VIII aquí instalada, elabora y dirige programas de atención médica y de servicio social para 16 municipios con una población estimada de 1.150.000 habitantes, 7 de ellos sobre la costa atlántica, con una importante actividad turística; se concentra una población estable de 650.000 habitantes aproximadamente, situación que se cuadruplica en el período estival.

La Zona Sanitaria dispone del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) y del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Victorio Tetamanti” (HIEMI) y de alta complejidad con actividades asistenciales, preventivas, docentes de formación y de recuperación de la salud.

Se registra en la ciudad una distorsión en la optimización del uso del sistema de salud del que se dispone, con sobrecarga del tercer nivel de atención estatal provincial (hospitales) en torno a patologías que bien podrían ser atendidas en las unidades sanitarias periféricas, centros y subcentros de salud municipales, si éstas contasen con mayor accesibilidad física y una franja horaria más amplia.²⁸

²⁸ Cf. (12)

El hospital base HIGA comenzó a construirse en 1948, época que marca gran cambio en la salud pública de nuestro país; por aquellos años era necesario un hospital de derivación para el sur de la provincia y sus alrededores, por lo que se diagramó el mismo fuera del casco urbano de la ciudad y en la confluencia de las rutas. Por distintos avatares quedó cerrado hasta 1961, el cual es inaugurado el 22 de diciembre del mismo año, como hospital piloto de la reforma; luego de un nuevo cierre es reabierto en 1966, dando atención en forma permanente hasta la fecha.

Por hoy el hospital interzonal de alta complejidad (nivel 9) provincial, "Dr. Oscar E. Alende" es destinado para la población mayor de 15 años de edad, su incorporación al Sistema de Atención Médica Organizada se produce el 16 de octubre de 1979 y se descentraliza de acuerdo a lo fijado por la ley 11072 en 1996.

Posee una dotación de 300 camas asistiendo la demanda espontánea y programada no existiendo la demanda rechazada; y actúa también en la cobertura de la accidentología en ruta por su situación geográfica.

Está ubicado en la zona sudoeste de la ciudad, barrio Regional, en un predio de aproximadamente 16 ha. con una superficie cubierta de 20.000 m²; con fácil acceso por medio de avenidas y sistema de transporte de colectivos y helipuerto.

Cuenta con la siguiente cantidad de profesionales; planta permanente de los diferentes servicios y especialidades 195, residentes 131, post-residentes 20, becarios 49, concurrentes 29, enfermeros 338; lo que hace un total de 762 profesionales de la salud.

Se desconoce por falta de datos las características de la población que concurre. Aproximadamente un 10% pertenece a los partidos vecinos y el resto son del partido de General Pueyrredón, contando sólo un 30% con cobertura médica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Barrenechea J.J., Trujillo E., Chorny A.
Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud
Editorial Universidad de Antioquía. Colombia. 1990.
- 2.- Barrera C. y Torres H. R.
El Impacto de la Globalización.
Editorial Buena Letra. Buenos Aires. 1994.
- 3.- Bauer Doreen
Rehabilitación: Enfoque integral. Principios y Prácticas.
Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.. 1992.
- 4.- Christiansen Charles
Gerenciamiento: Oportunidades y cambios para la Terapia Ocupacional en los
sistemas emergentes del Siglo XXI. Revista AJOT. June 1996 .Volume 50.
Number 6.
- 5.- Cuervo L. M., S. Jaramillo, J. I. González, Rojas F.
Economía Política de los Servicios Públicos.
Una Visión Alternativa.
CINEP. Centro de Investigación y Educación Popular. Bogotá. 1988.
- 6.- Dell Anno A.. Compiladora
Actualidad y Futuro de la Integración de las Personas con Discapacidad.
Grupo de trabajo sobre problemática de la Discapacidad.
Facultad de Ciencias de la Salud y del Servicio Social. UNMDP.
Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas.
Set. 1995. Pág. 59 a 70.
- 7.-Ensayo elaborado para el II Encuentro Internacional de Economía.
Planificación Estratégica de Recursos Humanos Fundación CIEC. Córdoba. Julio
de 1995.

- 8.- Fisher Thom
Roles y Funciones de un gerente. Revista AJOT. June 1996. Volume 50.Number 6.
- 9.- Frye Barbara A.
Rehabilitation Nursing: Review of the world Health Organization Report on
Disability Prevention and Rehabilitation. Dr.Ph.Rn.Crm. Volume 18. Number 1.
Jan/Feb.1993.
- 10.- Grupo de Investigación Calidad de Vida.
Facultad de Humanidades.
Concentración del ingreso, precariedad laboral y segmentación social: el caso
Mar del Plata.
Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996. Pag. 7-8-10.
- 11.- Gutiérrez Alicia. Pierre Bourdieu. Las prácticas Sociales.
Edit. Universitaria. Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 1995.
- 12.- Habitar Mar del Plata. Programa Arraigo.
Problemática de vivienda, tierra y desarrollo urbano de Mar del Plata.
Diagnóstico y Propuesta.
Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño. Universidad Nacional de Mar del
Plata. 1996.
- 13.- Isuani E., Lovuolo R., Tenti Fanfani E.
El Estado Benefactor un Paradigma en Crisis Editorial Miño Dávila. Buenos Aires.
1991.
- 14.- Krussen F. H., F.J. Kottke
Medicina Física y de Rehabilitación Editorial Salvat. 1974. Cap. 42.
- 15.-Occupational Therapy. Guidelines for client-centred-practice. Special Health
Systems. Seating Specialists. Published by Canadian Association of Occupational
Therapists. CAOT 110 Eglinton Avenue West, 3rd. Floor. Toronto,
Ontario-Canada. 1991. Edition.

- 16.- O.M.S.
Revista ilustrada: Salud Mundial Mayo 1984.
- 17.- O.P.S.
Encuentro: La Terapia Ocupacional en los programas de Rehabilitación en América Latina. Lima. Perú. Noviembre 1986.
- 18.- Plan Quinquenal de Salud 1995-2000
Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Prov. de Buenos Aires.
República Argentina.
- 19.- Prevenciones en Terapia Ocupacional.
Equipo de Terapistas Ocupacionales del Dpto. de Terapia Ocupacional. Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1985.
- 20.- Punwar Alice J.. Occupational Therapy.
Principles & Practice. Edit. William & Wilkins. 1988.
- 21.- Saskia Sassen
La Ciudad Latinoamericana y del Caribe en el marco de nuevo siglo.
Ponencia de Universidad de Columbia.
Reunión de Gobernadores del BID. Barcelona. 1997.
- 22.- Trombly Catherine A. Occupational
Therapy for Physical Dysfunction. Edit. Williams & Wilkins. Fourth Edition 1995.
- 23.- Van Deusen Julia Ph OTR.
What is the role in the managed care the OccupationalTherapist.
AJOT. SET/ 1995. Vol.6 N°8.
- 24.- Wayne Boss R.
Desarrollo Organizacional en los Servicios de Salud. Serie de Desarrollo Organizacional. Addison – Wesley. Iberoamericana – Wilmington, Delaware, EUA.
Año 1991

25.- Winslow Charles O. y Willian L. Branen

La nueva Organización del Trabajo Ediciones Revista citado en el diario Página
12, 9/2/96 por Enrique Jurado.

ANEXO



FORMULARIO DE LA ENCUESTA

1- Sexo	V1
Masculino	1
Femenino	2

2- Edad	V2

3- Antigüedad en profesión	V3

4- Antigüedad en la especialidad	V4

5- Antigüedad en el Hospital	V5

6- Antigüedad en otra relación institucional. Especificar cual?	V6
Tipo	
Años	

● REFERIDOS A TERAPIA OCUPACIONAL

7- Podría decirme que nivel tiene la carrera?	V7
Terciario no Universitario	1
Universitario	2
Post Grado	3
No sabe	0

8- Podría decirme de cuantos años cuenta la carrera?	V8

9- Sabe Ud. cuantas materias se cursan?	V9
SI- SI Cuantas?	
NO SABE – Cuantas estiman que son?	

10- Podría resumirme brevemente cuales son para Ud. las funciones del Terapeuta Ocupacional?. Verbatim	V10
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

11- Realiza interconsultas para la Rehabilitación?	V11
Si	1
No	2
A veces	3
Nunca	4

12- Con que servicio Interconsulta más frecuentemente.	V12
Kinesiología	1
Fonoaudiología	2
Terapia Ocupacional	3
Psicología	4
Con todos por igual	5

13- Cual es la diferencia entre el Kinesiólogo y el Terapeuta Ocupacional . Describirla:	V13

14- Cual es la diferencia entre el Psicólogo y el Terapeuta Ocupacional . Describirla:	V14

15- Que grado de importancia le adjudica al Terapeuta Ocupacional en las prácticas que le voy a enumerar...

Calificando las mismas de 1 a 10, siendo 1 poca importancia y 10 mucha importancia , adjudicándole 0 a todas aquellas que Ud. Considera que no tienen ninguna incumbencia con la Terapia Ocupacional

Tratamiento de componentes motores	V15a
Tratamiento de componentes sensoriales	V15b
Tratamiento de componentes psicológicos	V15c
Tratamientos en actividades de la vida diaria, como ser: bañarse, vestirse	V15d
Construir y colocar ortesis	V15e
Equipamiento para cama	V15f
Entrenamiento protésico	V15g
Administración de ocupaciones recreacionales y esparcimiento	V15h
Arbitrajes y peritajes laborales	V15i

16- De éste listado de patologías cuales les derivó a un Terapeuta Ocupacional y cuantas veces en un mes. (Expresar en números. Si no derivó poner 0)

	Cantidad de derivación	Resultado
Tumor maligno de la mama	V16a	V17a
Mama supenumeraria	V16b	V17b
Septicemias	V16c	V17c
Carcinoma insitu de la piel	V16d	V17d
Paresia o paraplejía como resultante de otros cánceres	V16e	V17e
Flebitis y Trombo flebitis de miembros	V16f	V17f
Otras incontinencias urinarias	V16g	V17g

17- Conoció el resultado? _____
 Si- Si como lo evalúa?

Muy Bueno	1	Malo	4
Bueno	2	Muy malo	5
Regular	3	No conoce	0

18- Conoce el protocolo de diagnóstico del tratamiento de Ca de mama ?

	V18
Si	1
No	2

19- Que día aconseja la derivación a TO después del acto quirúrgico?

	V19
No recomienda	0

20- Cuales de estas acciones considera Ud. Que el TO realiza en la operada de mama

	SI	NO	NS	
V20a	Entrevista / evaluación	1	2	0
V20b	Atenuar el impacto emocional agudo	1	2	0
V20c	Posicionar el miembro superior afectado	1	2	0
V20d	Recuperar la capacidad funcional de miembro superior del lado operado	1	2	0
V20e	Estimular la correcta mecánica respiratoria	1	2	0
V20f	Educación para la profilaxis del edema . Braquial secundario	1	2	0
V20g	Controlar el equilibrio postural	1	2	0
V20h	Instrumentar cuidado de la cicatriz	1	2	0
V20i	Informar las opciones cosméticas	1	2	0

V20j	Orientar e Informar a la familia	1	2	0
V20k	Instruir en hábitos de las actividades de la vida diaria y básicas del hogar	1	2	0
V20l	Orientar en tareas laborales	1	2	0
V20m	Confeccionar y colocar prótesis externa	1	2	0

21- Cual de estos formularios de derivación que les muestro coinciden para derivar a TO?	V21
Formulario A	1
Formulario B	2
Formulario C	3
No sabe	0

22- Le interesa recibir información de TO?	V22
En general de toda la disciplina	1
De sus casos derivados	2
No le interesa	0

22- Como le interesaría recibir la información:	Si	No
V23A Residencias	1	2
V23B Ateneos	1	2
V23C Charlas	1	2
V23D Seminarios	1	2
V23E Informes verbales	1	2
V23F Difundir con investigaciones clínicas de TO pertinente a su especialidad	1	2
V22G Informes escritos	1	2
V22H Otros:	1	2



Ministerio de Cultura y Educación

BUENOS AIRES, 31 OCT 1995

VISTO el expediente N° 18.907/95 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, por el cual la mencionada Universidad, solicita el otorgamiento de validez nacional para el grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo con la Ordenanza del H.C. Superior N° 1492/95, y

CONSIDERANDO:

Que los Organismos Técnicos de este Ministerio han dictaminado favorablemente.

Que de acuerdo con lo establecido por los artículos 41 y 42 de la Ley N° 24521, y por los incisos 8, 10 y 11 del artículo 21 de la Ley de Ministerios -t.o.1992, es atribución del Ministerio de Cultura y Educación entender en la coordinación del sistema universitario y en el reconocimiento oficial de la validez nacional de estudios y títulos y en la habilitación de títulos profesionales con validez nacional.

Por ello, y atento a lo aconsejado por la SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS,

EL MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACION

RESUELVE:

ARTICULO 1º.- Reconocer oficialmente y otorgar validez nacional al grado académico de MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD, que expide la UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA, cuyo plan de estudios que consta como Anexo de la presente Resolución, prevé una duración de DOS (2)

Handwritten signatures and initials

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE COMPORTAMIENTO	
DIVISION DESPACHO	
ENTRÓ	SALÍÓ
5 DIC. 1995	

Handwritten signature: Mariana Rosa a Dña. Secretara y Consejo Inter...

LIO: BRIGIDA SIBANA
DIRECTORA
SECRETARIA DE POLITICAS UNIVERSITARIAS



RESOLUCIÓN N° 820



Ministerio de Cultura y Educación

años, con una asignación horaria de MIL DOSCIENTAS NOVENTA Y DOS (1.292) horas.

ARTICULO 2º.- Regístrese, comuníquese y archívese.

Handwritten notes:
W
F
F
W

JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ
MINISTRO DE CULTURA Y EDUCACIÓN



RESOLUCION EP 820,-



Ministerio de Cultura y Educación

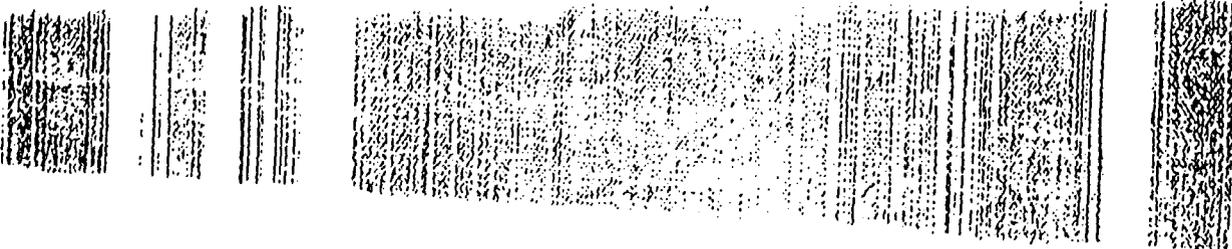
A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
GRADO ACADÉMICO: MAGISTER EN GERENCIA Y ESTRATEGIAS EN SALUD

PLAN DE ESTUDIOS

MODULO	ASIGNATURAS	CARGA HORARIA TOTAL.
01	Teoría del Estado y Realidad Sanitaria Argentina	24
02	Economía y Salud	24
03	Previsión Social	24
04	Metodología de la Investigación I	24
05	El Gerenciamiento en Salud	24
06	Epidemiología y Salud	48
07	Administración y Gestión	24
08	Metodología de la Investigación II	24
09	La Gerencia, sus Características	24
10	Estadística I	24
11	Estadística II	24
12	Estadística III	24
13	Metodología de la Investigación III	24
14	La Organización Administrativa	24
15	La Planificación como Herramienta Gerencial	24
16	Planificación y Programación	24
17	Metodología de la Investigación IV	24
18	La Organización de la Atención de Salud	24
19	La Organización de la Atención Médica	24
20	La Gerencia y el Factor Humano en la Organización	24
21	Administración de Personal y la Gerencia	24
22	Metodología de la Investigación V	24
23	La Comunicación Organizacional	24
24	Las Comunicaciones Gerenciales	24

Handwritten signatures and initials





RESOLUCIÓN N° 820.



Ministerio de Cultura y Educación

25	Organización Gerencial	24
26	Aptitudes Gerenciales: La Decisión Efectiva	24
27	Metodología de la Investigación VI	24
28	Aptitudes Gerenciales: Controles, Control y Administración	24
29	La Dirección: Tareas	24
30	Metodología de la Investigación VII	24
31	Metodología de la Investigación VIII	24
32	Presentación y Defensa Oral del trabajo de Investigación	24

OTROS REQUISITOS:

- Trabajos de campo: Se prevé un total de quince, cuya asignación horaria demandará 500 horas.

- Tesis Final: 300 horas.

CARGA HORARIA TOTAL: 1.292 horas.

Handwritten signatures and initials:
D. Higueras
M. A.

El Consejo Directivo -Plenario-, de fecha 8 de diciembre de 1995, toma conocimiento.

CCION; 11-12-95.-

Signature of Griselda Susana Vicéns
LIC. GRISELDA SUSANA VICÉNS
DIRECTORA
ESCUELA DE GRADUADOS EN LA SALUD PÚBLICA Y FAMILIAR