

2000

Terapia ocupacional : propuesta de gestión de la derivación médica inmediata del servicio de ginecología

Cabrera, Susana Beatriz

Cabrera, Susana Beatriz

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/771>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

INV 2932

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL
SERVICIO SOCIAL
BUENOS AIRES, ARGENTINA**

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

Autor:

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

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
I. PORTADA.....	1
II. DIRECCIÓN DE TESIS.....	2
III. ÍNDICE.....	3
IV. RECONOCIMIENTOS.....	
1) RESUMEN ESTRUCTURADO.....	8
STRUCTURAL SUMMARY.....	9
2) INTRODUCCIÓN.....	10
2.1. PROBLEMA.....	15
2.2. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.3. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	15
3) PERSPECTIVA DE ANÁLISIS: LA GESTIÓN EN SALUD.....	16
4) DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	19
4.2. UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	19
4.3. MÉTODO.....	19
4.3.1. Criterio para la selección de la muestra.....	19
4.3.2. Método de selección de la muestra.....	19

4.3.3. Técnica e instrumentos para	
la recolección de datos.....	20
4.3.4. Formulario de la encuesta.....	22
5) RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	25
6) INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	57
7) PROPUESTA DE GESTIÓN.....	59
8) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	62
9) EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	64
10) CONCLUSIÓN	65
11) APÉNDICE:	
11.1.- CONTEXTO GENERAL DE LA GESTIÓN DE SALUD EN REHABILITACIÓN.....	67
11.1.1.- LA GLOBALIZACIÓN, SU IMPACTO EN LA GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN NUESTRO PAÍS Y EL NUEVO ROL DEL ESTADO.....	67
11.1.2.- PROPUESTAS GENERALES DE SALUD PARA LA REGIÓN. LA REHABILITACIÓN.....	73
11.1.3.- HOSPITAL DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES.....	78
11.1.4.- LA DISCIPLINA TERAPIA OCUPACIONAL.....	79
11.1.5.- LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL. H.I.G.A.	

	DR. OSCAR E. ALENDE.....	83
12)	BIBLIOGRAFÍA.....	87
13)	ANEXOS.....	90

DEDICADO:

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.

Al Lic. Sociólogo Abel J. C. Ayala, a Lorena y Celeste por su colaboración.

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.

RESUMEN ESTRUCTURADO

1.- Introducción:

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.

2.- Objetivo General:

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.

3.- Diseño:

Exploratorio-Descriptivo-Propositivo

4.- Lugar:

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.

5.- Universo de Estudio:

Todo el padrón del Servicio de Ginecología, compuesto por 37 médicos.

6.- Resultados:

- 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.

STRUCTURAL SUMMARY.

1. - Introduction:

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.

2. - General Objective:

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.

3. - Design:

Exploratory-Descriptive-To propouse

4. - Setting:

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.

5. - Study Realm:

All physicians registered on the Gynecology Service, which is made of 37 members.

6.- Results:

- 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

El presente trabajo se orienta 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.

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 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.

La modalidad de comunicación formal imperante desde entonces a la actualidad con el resto de los servicios médicos derivantes del hospital es el formulario de interconsulta, que lleva entre otros datos explícitamente el diagnóstico médico y la derivación del paciente para su atención.

No cabe duda de que el diagnóstico médico preciso es muy importante para el Rehabilitador porque le permite planificar el tratamiento y 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.

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.

Durante el año 1978, el diagnóstico de Cáncer de mama quirúrgico provocó consultas iniciales tardías provenientes de los Servicios de Oncología o Radioterapia 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.

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°a) complicaciones durante el acto quirúrgico

2°b) complicaciones en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas post-cirugía)

2°c) complicaciones en el postoperatorio mediato (desde 48 horas hasta 7mo. día ó extracción de punto post-cirugía)

2°d) complicaciones en el postoperatorio alejado (aquellas que pueden aparecer a meses ó años de la intervención quirúrgica)

2°e) 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, fijándose 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.

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.

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.

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. Para ello se estableció como aspecto clave, el estándar de derivación médica inmediata del Servicio de Ginecología, 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); 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%.

En este trabajo actual sólo se tratará el estándar -derivación médica inmediata-; se utilizarán 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 sería 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 redonda en el beneficio y derecho a la rehabilitación de las personas.

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. Este estudio se propone entonces:

PROBLEMA

¿Por qué la derivación médica inmediata del paciente operado por un Cáncer de mama a la Unidad de Terapia Ocupacional, 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

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, y la razón de ser de cualquier organización de salud es asegurar en su servicio la satisfacción de las necesidades de los usuarios o beneficiarios; debe resguardarse que los escasos recursos 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.

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 *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 com-

ponen 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 lo 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 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*, el proceso por medio del cual se asegura la marcha o puesta en práctica de las estrategias 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.

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.

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

b) *Evaluación*: 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.

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 correctoras.

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 – Efectividad – 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.

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	N° 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 cuanti-cualitativos 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.

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?. Verbatin	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	1	2	0
V20b	1	2	0
V20c	1	2	0
V20d	1	2	0
V20e	1	2	0
V20f	1	2	0
V20g	1	2	0
V20h	1	2	0
V20i	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	1	2
V23B	1	2
V23C	1	2
V23D	1	2
V23E	1	2
V23F	1	2
V22G	1	2
V22H	1	2

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA TOMADA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA UNIDAD DE
TERAPIA OCUPACIONAL.**

H.I.G.A.

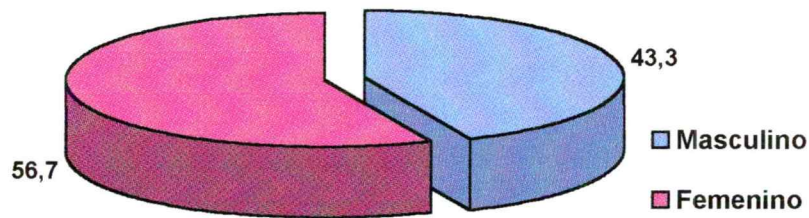
DR. OSCAR E. ALENDE.

MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.

AÑO 2000.

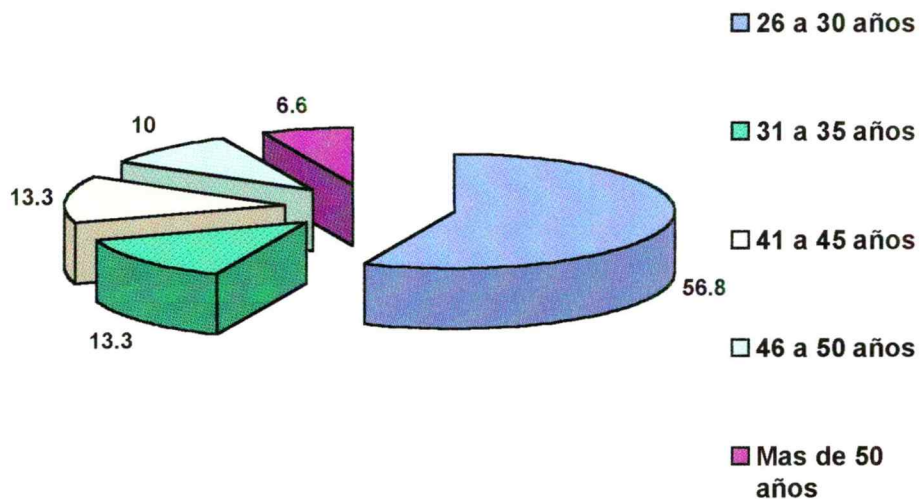
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN SEXO.

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



COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN EDAD.

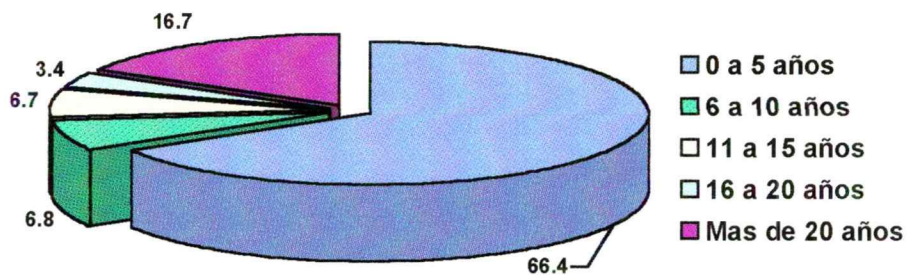
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.
AÑO 2000.



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.

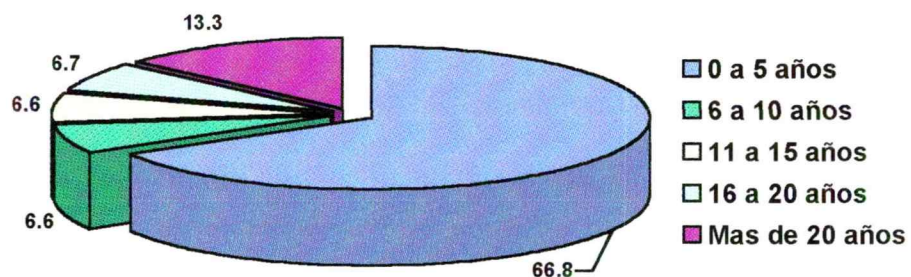
AÑO 2000.



COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD.

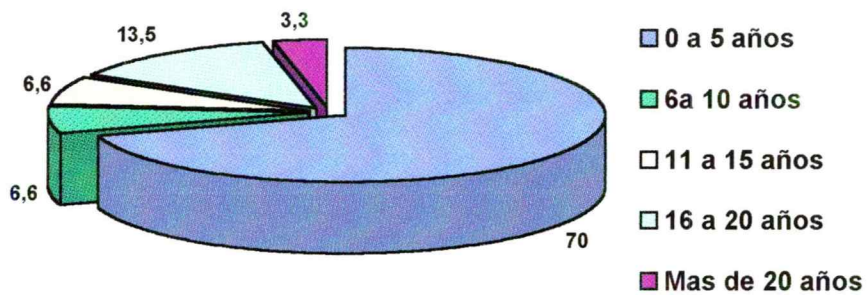
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.

AÑO 2000.



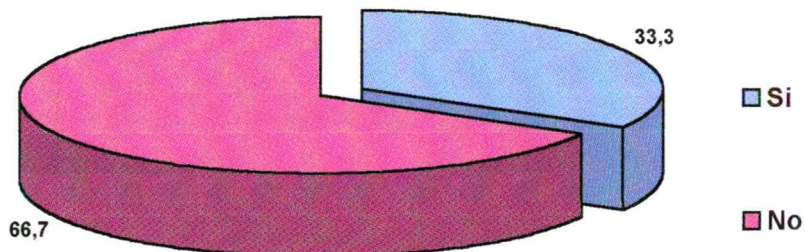
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL.

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



COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN TRABAJE O NO EN OTRA INSTITUCIÓN.

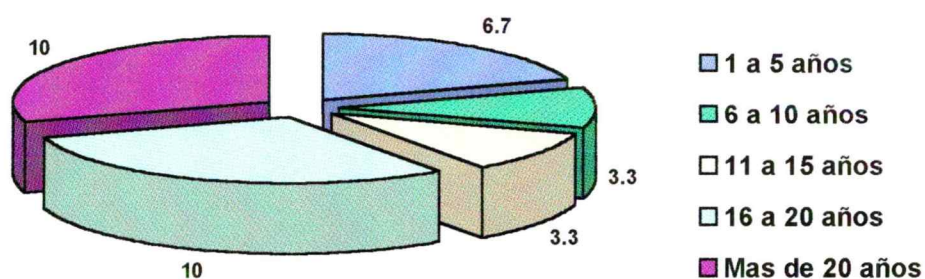
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.
AÑO 2000.



COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, TOMADA POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD EN OTRA INSTITUCIÓN.

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

AÑO 2000.



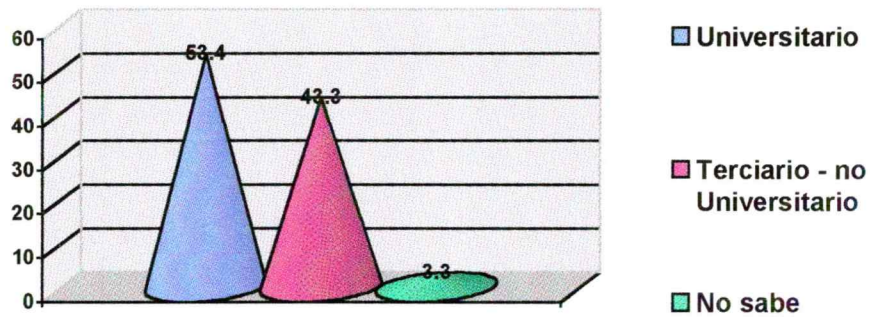
- ◆ GRÁFICO TOMADO SOBRE EL 33.3 %, DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN OTRA INSTITUCIÓN.

**GRADO DE INFORMACIÓN DEL NIVEL DE
ESTUDIOS DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL,
DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LOS
MÉDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.**

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

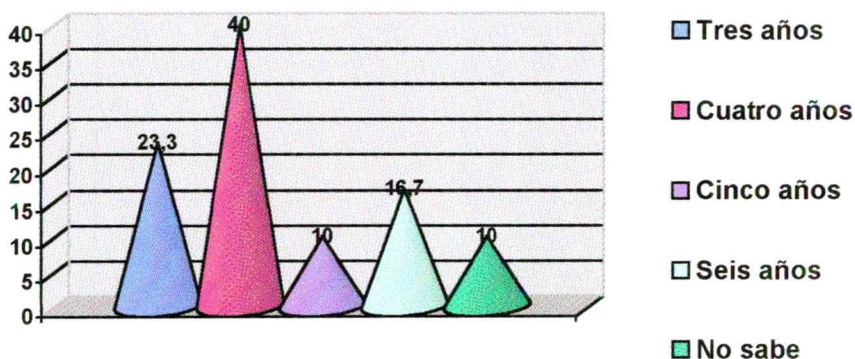
AÑO 2000.

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.



- ◆ EL 53.4 % CONOCE EL NIVEL UNIVERSITARIO DE LA CARRERA, EL RESTO DE LA MUESTRA DIJO NO SABER O QUE LA MISMA ERA DE NIVEL Terciario NO UNIVERSITARIO.

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.



- ◆ SÓLO EL 10% DE LOS ENTREVISTADOS CONOCEN LOS 5 AÑOS DE DURACIÓN DE LA CARRERA, MIENTRAS QUE EL RESTO DIJERON QUE LA DURACIÓN DE LA MISMA ES ENTRE LOS TRES, CUATRO Y SEIS AÑOS.

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.

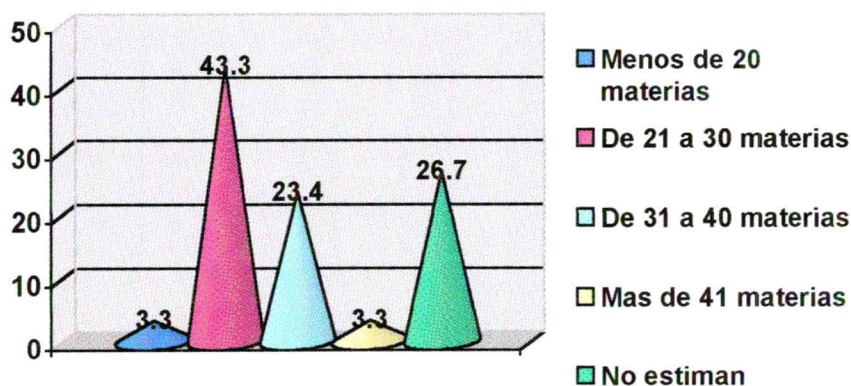
AÑO 2000.

EL 100 % DE LOS ENTREVISTADOS DESCONOCEN
LA CANTIDAD DE MATERIAS QUE CURSAN LOS
ALUMNOS DE TERAPIA OCUPACIONAL. SÓLO UNO
DE LOS ENTREVISTADOS DICE SABERLO Y RES-
PONDE QUE SON 32 MATERIAS, SIENDO QUE LO
REAL ES DE 43.

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.

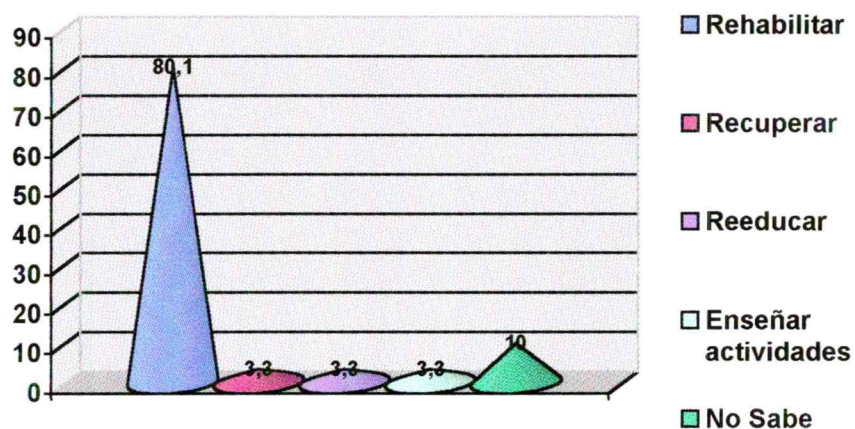
AÑO 2000.



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.

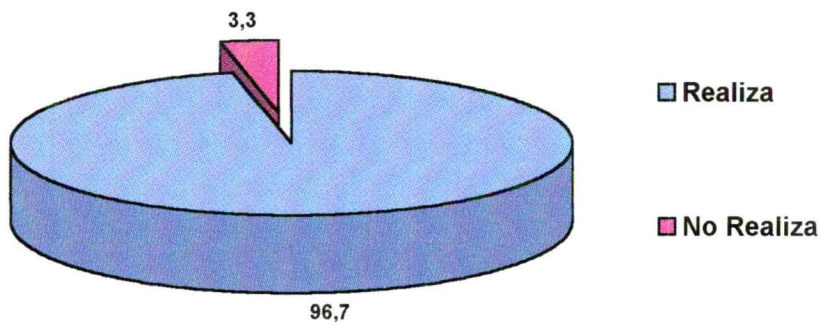


EL 80.1 % DE LOS ENCUESTADOS IDENTIFICÓ LAS FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL CON EL NOMBRE DE LA SALA A LA QUE PERTENECE LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL.

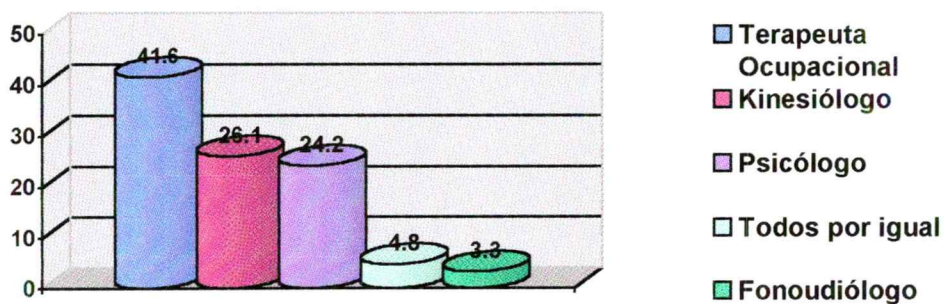
**PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS REALIZADAS A REHABILITACIÓN Y A LAS DIFERENTES DISCIPLINAS, SEGÚN ENCUESTA REALIZADA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL.
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.**

AÑO 2000.

**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.**



**PORCENTAJE DE INTERCONSULTAS REALIZADAS POR LOS MÉDICOS A
REHABILITACIÓN, SEGÚN DISCIPLINAS. 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.**



**DIFERENCIA DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DEL
TERAPEUTA OCUPACIONAL, EL KINESIÓLOGO Y EL
PSICÓLOGO DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LOS
MÉDICOS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, ENCUES-
TADOS POR LA UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.

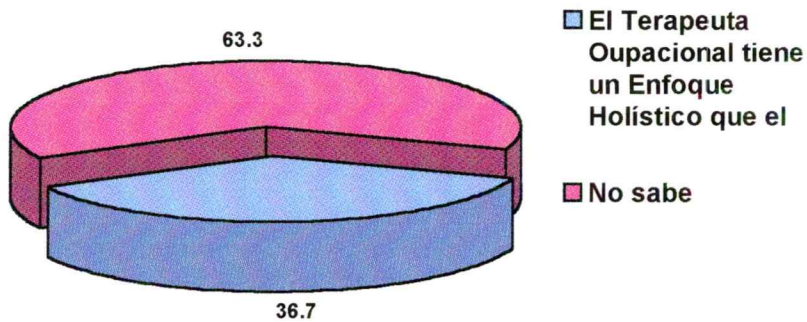
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.

AÑO 2000.

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.

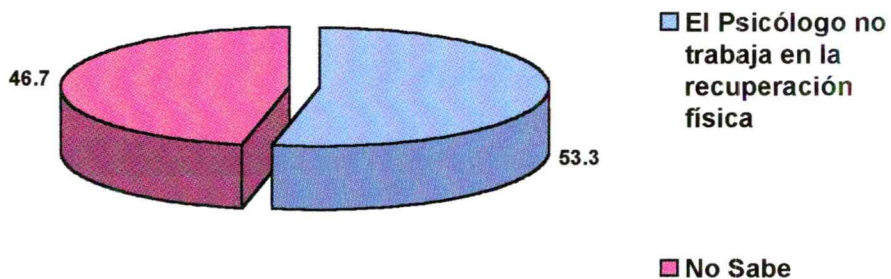


- ♦ DE AQUELLOS QUE CONCEPTUALIZAN EL 100% LO HACE CORRECTAMENTE CON SÓLO UNA DIFERENCIA.

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.



- ♦ DE AQUELLOS QUE CONCEPTUALIZAN EL 100% LO HACE CORRECTAMENTE CON SÓLO UNA DIFERENCIA.

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

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

AÑO 2000.

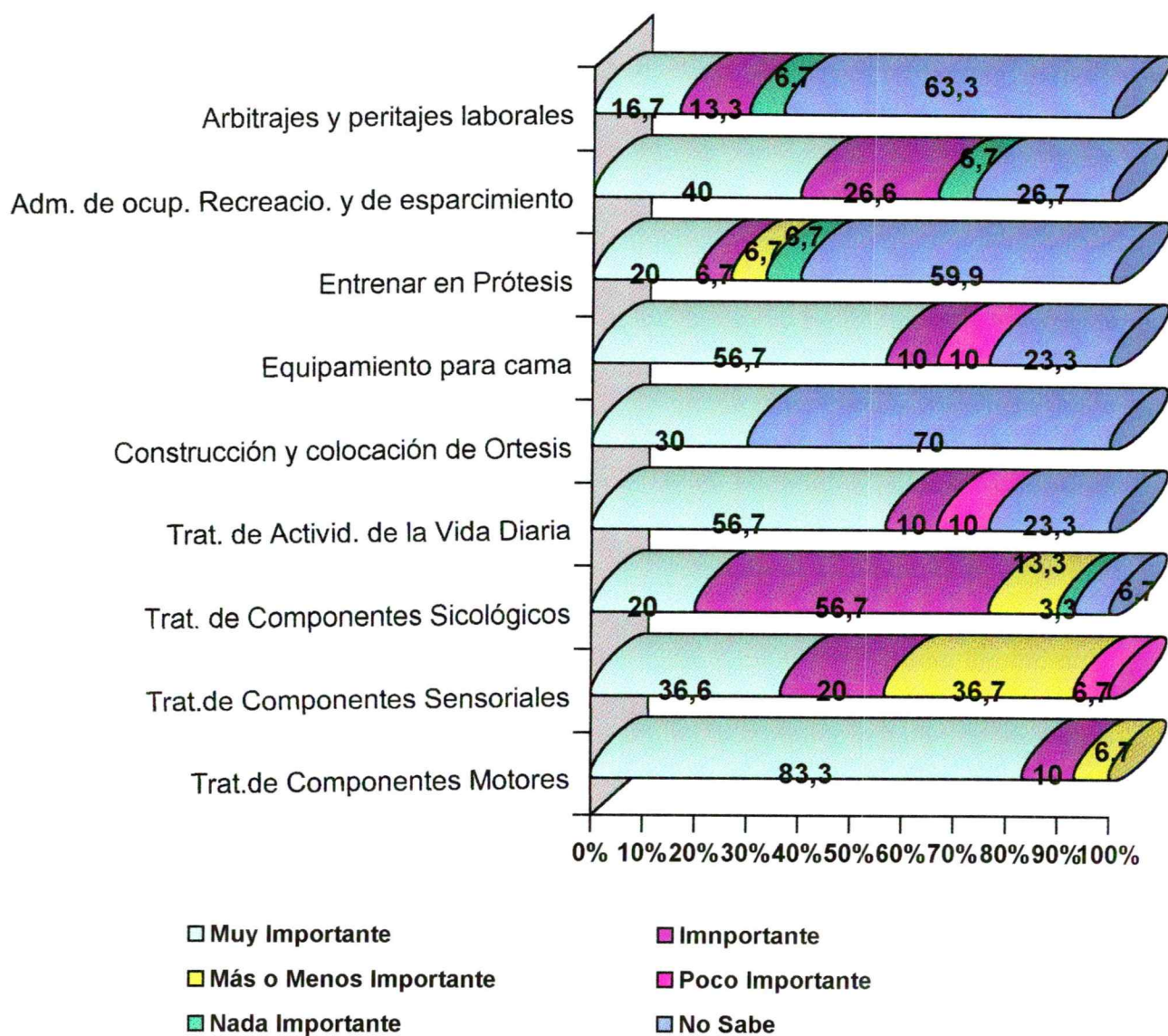
Prácticas de Terapia Ocupacional	Grado de Importancia						Total
	Muy Importante	Importante	Mas o Menos Importante	Poco Importante	Nada Importante	No Sabe	
Tratamiento de Componentes Motores	83.3	10.0	6.7				100 %
Tratamiento de Componentes Sensoriales	36.6	20.0	36.7	6.7			100 %
Tratamiento de Componentes psicológicos	20.0	56.7	13.3		3.3	6.7	100%
Tratamiento de Actividades de la Vida Diaria	56.7	10.0		10.0		23.3	100 %
Construcción y Colocación de Ortesis	30.0					70.0	100 %
Equipamiento para cama	56.7	10.0		10.0		23.3	100 %
Entrenar en Prótesis	20.0	6.7	6.7		6.7	59.9	100%
Administración de ocupaciones recreacionales y de esparcimiento	40.0	26.6			6.7	26.7	100 %
Arbitrajes y Peritajes Laborales	16.7	13.3			6.7	63.3	100 %

- ◆ LOS ENCUESTADOS LE ADJUDICAN MAYOR IMPORTANCIA AL TRATAMIENTO DE LOS COMPONENTES MOTORES EN RELACIÓN AL CONJUNTO DE LAS PRÁCTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL.

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.



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.

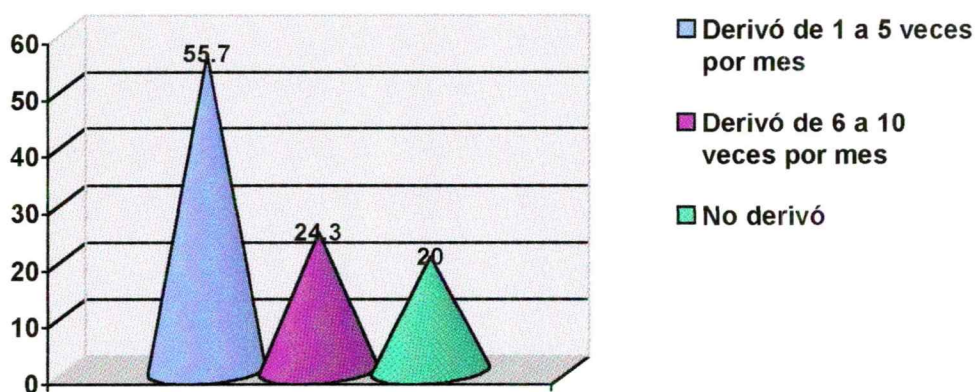
- ♦ LA PATOLOGÍA MAS DERIVADA ES EL TUMOR MALIGNO DE MAMA.

TUMOR MALIGNO DE MAMA.

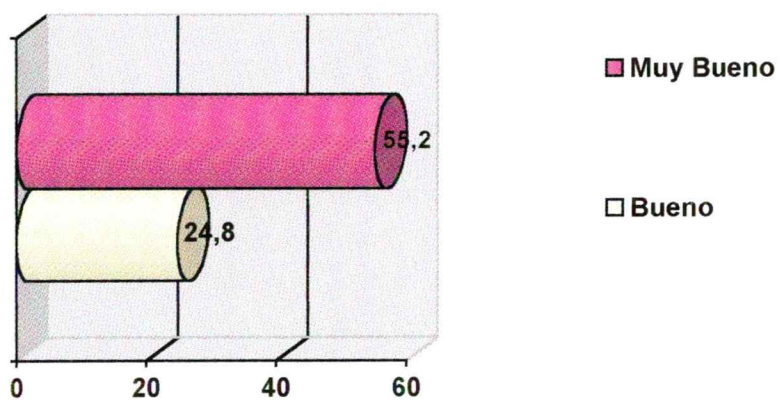
SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

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

AÑO 2000.



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

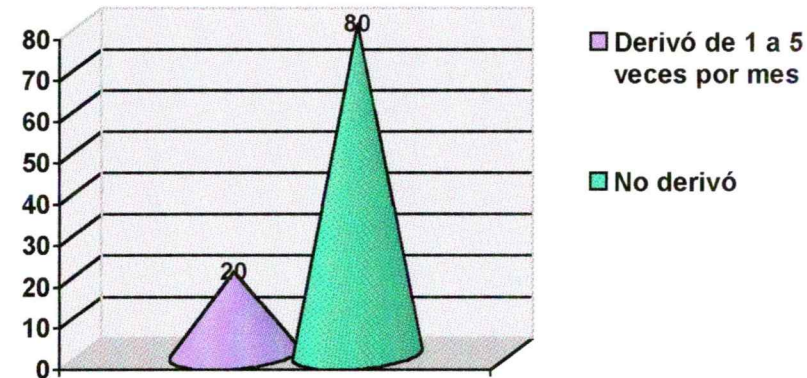


MAMA SUPERNUMERARIA.

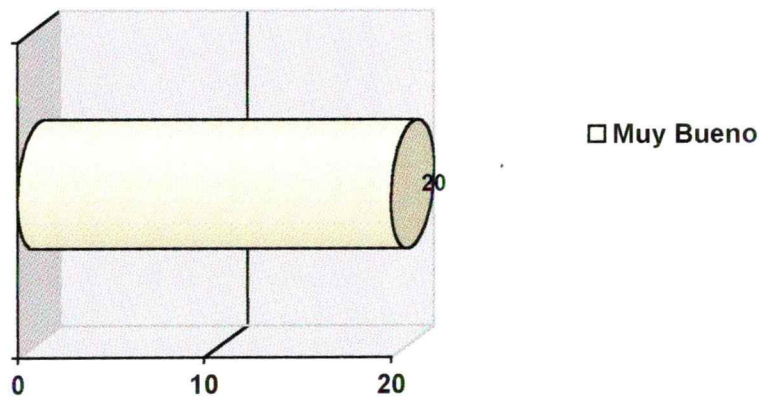
SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

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

AÑO 2000.



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

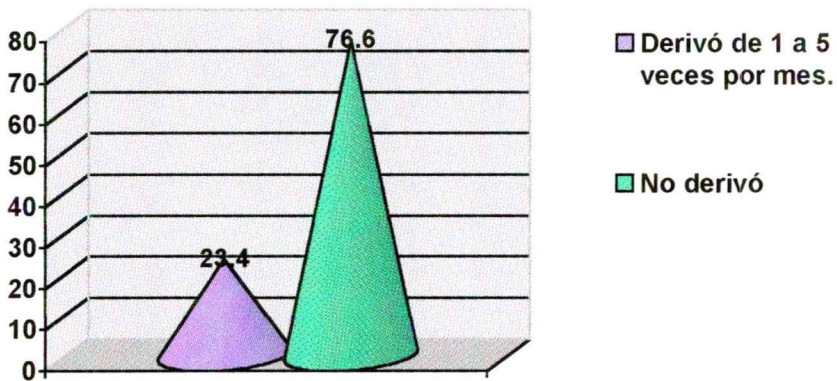


CARCINOMA INSITU DE LA PIEL.

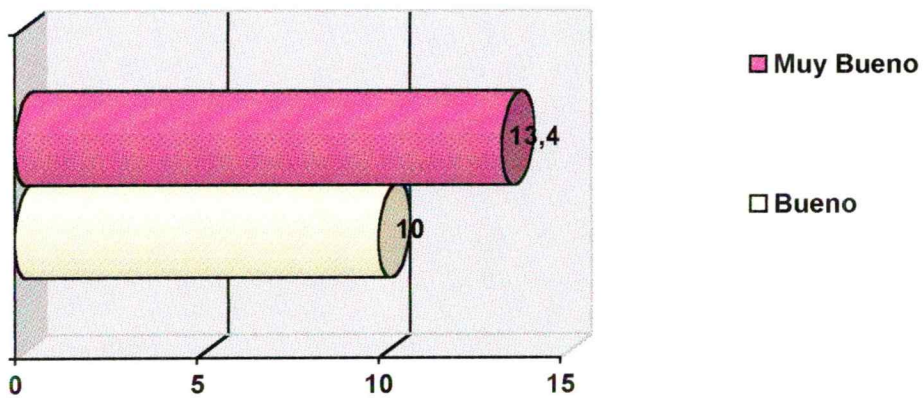
SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

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

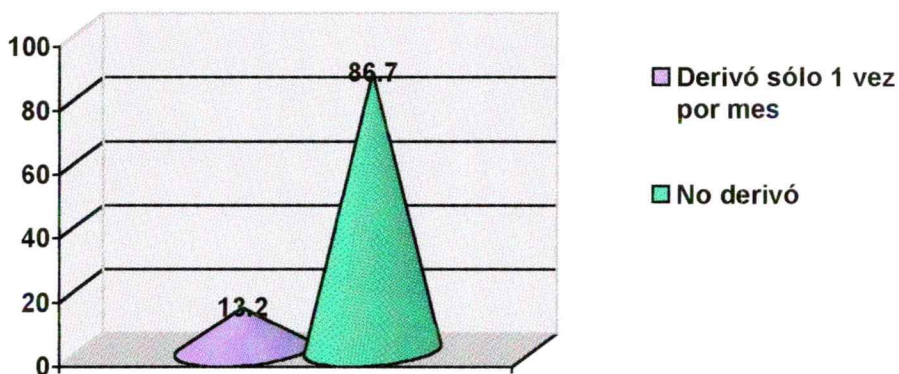
AÑO 2000.



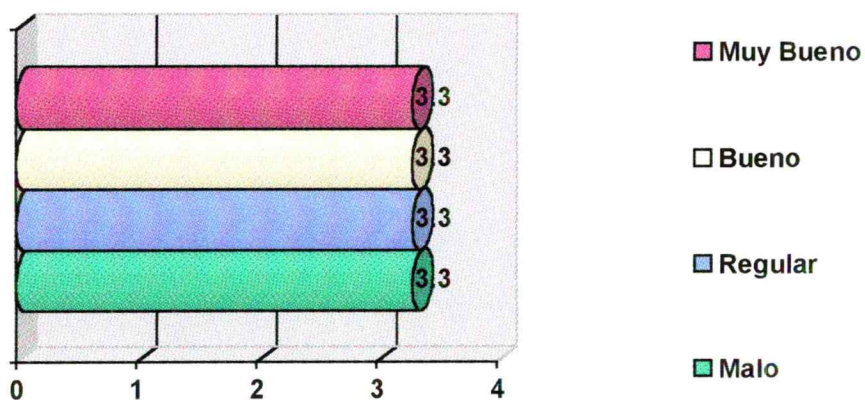
- ◆ DERIVÓ EL 23.4 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:



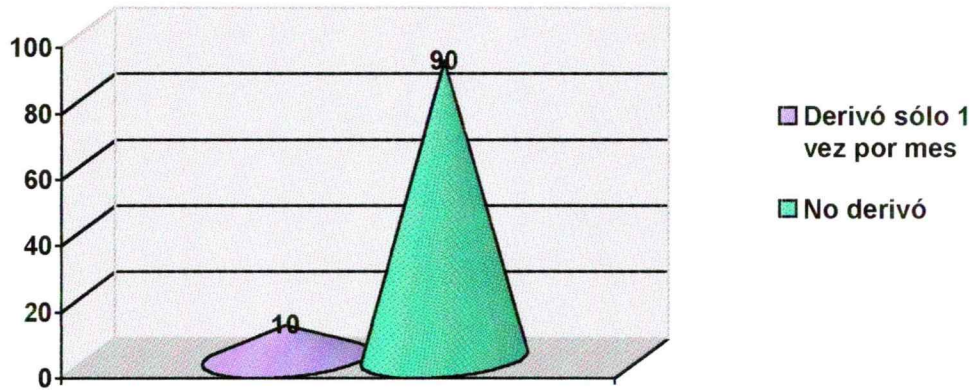
PAREZIA O PARAPLEJÍA COMO RESULTANTE DE OTROS CÁNCERES
SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.
AÑO 2000.



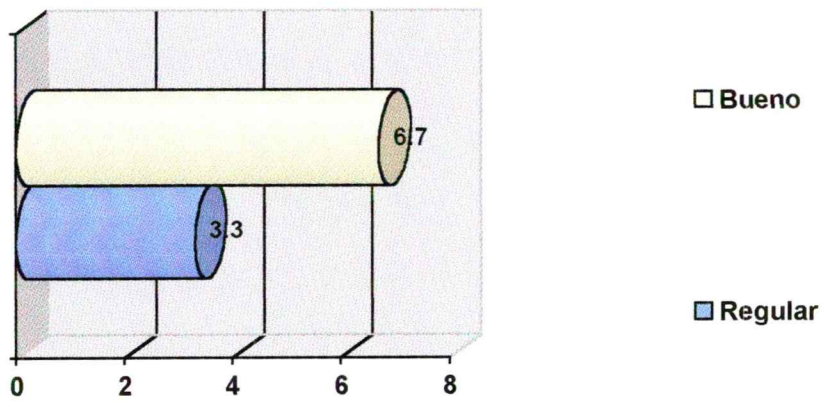
- ◆ DERIVÓ EL 13.2 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:



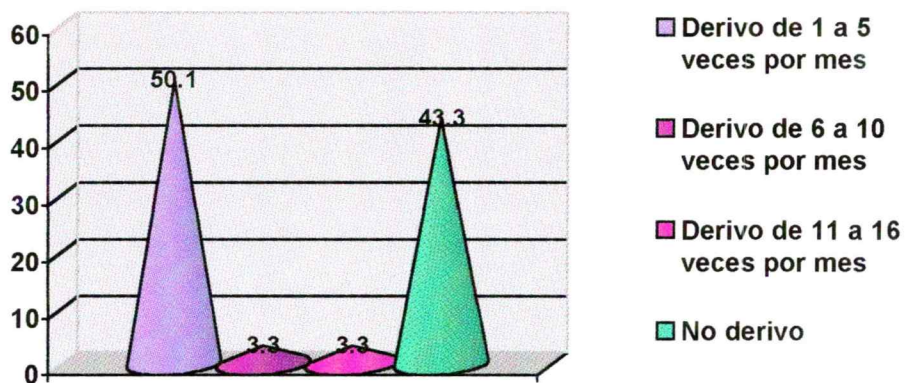
FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE MIEMBRO SUPERIOR.
SEGÚN ENCUESTA TOMADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA POR LA
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE. MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.
AÑO 2000.



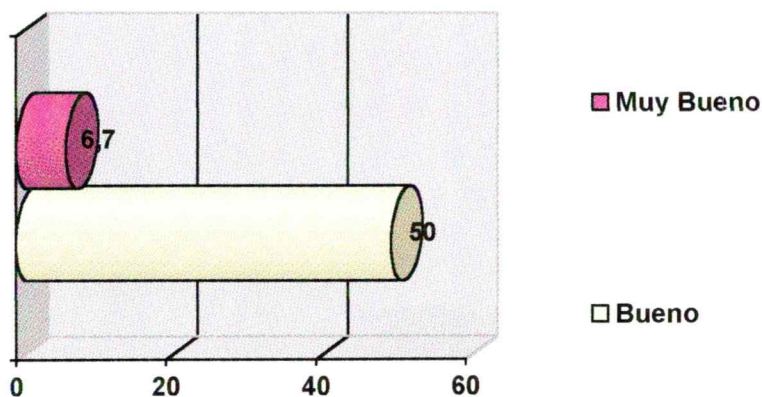
- ♦ DERIVÓ EL 10.0% DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:



OTRAS INCONTINENCIAS URINARIAS
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.



- ♦ DERIVÓ EL 56.7 % DE LOS ENCUESTADOS, LOS QUE EVALUARON LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA SIGUIENTE MANERA:



**CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA, DEL PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN
ENCUESTA REALIZADA POR LA UNIDAD DE TERA-
PIA OCUPACIONAL.**

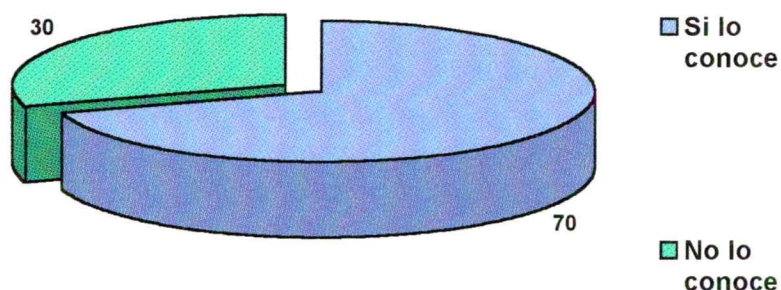
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE.

MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.

AÑO 2000.

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.

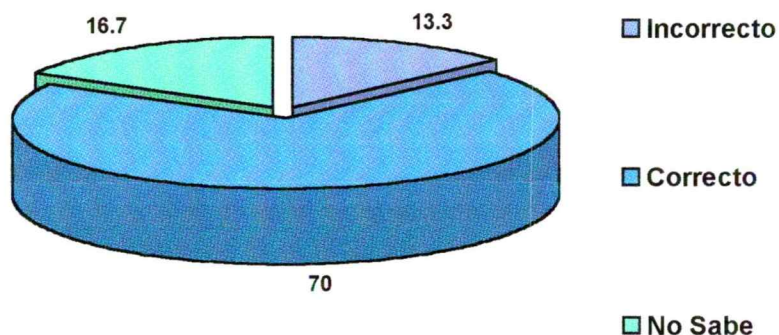
H.I.G.A. DR. OSCAR E. ALENDE MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.
AÑO 2000.



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

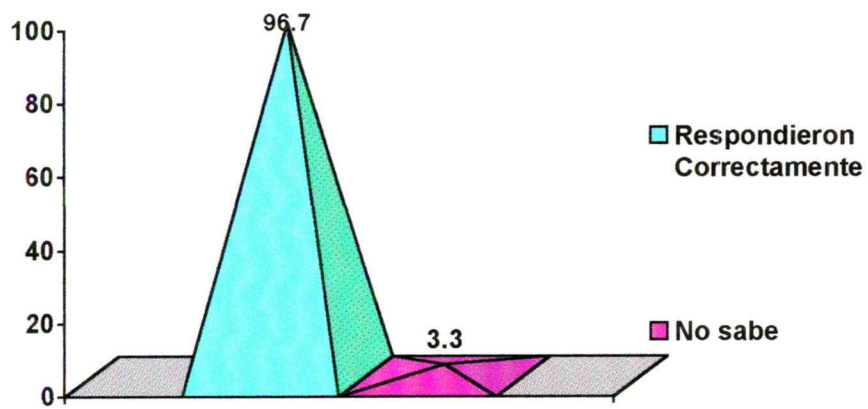


- ◆ EL 70 % RESPONDE CORRECTAMENTE, DEL PRIMERO AL SÉPTIMO DÍA POST-OPERATORIO

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



ACCIONES QUE REALIZA EL TERAPEUTA 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

- ♦ **LOS ENCUESTADOS, EN GENERAL CONOCEN LAS ACCIONES QUE REALIZA EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL OPERADO DE MAMA.**

ACCIONES QUE REALIZA EL TERAPEUTA 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.

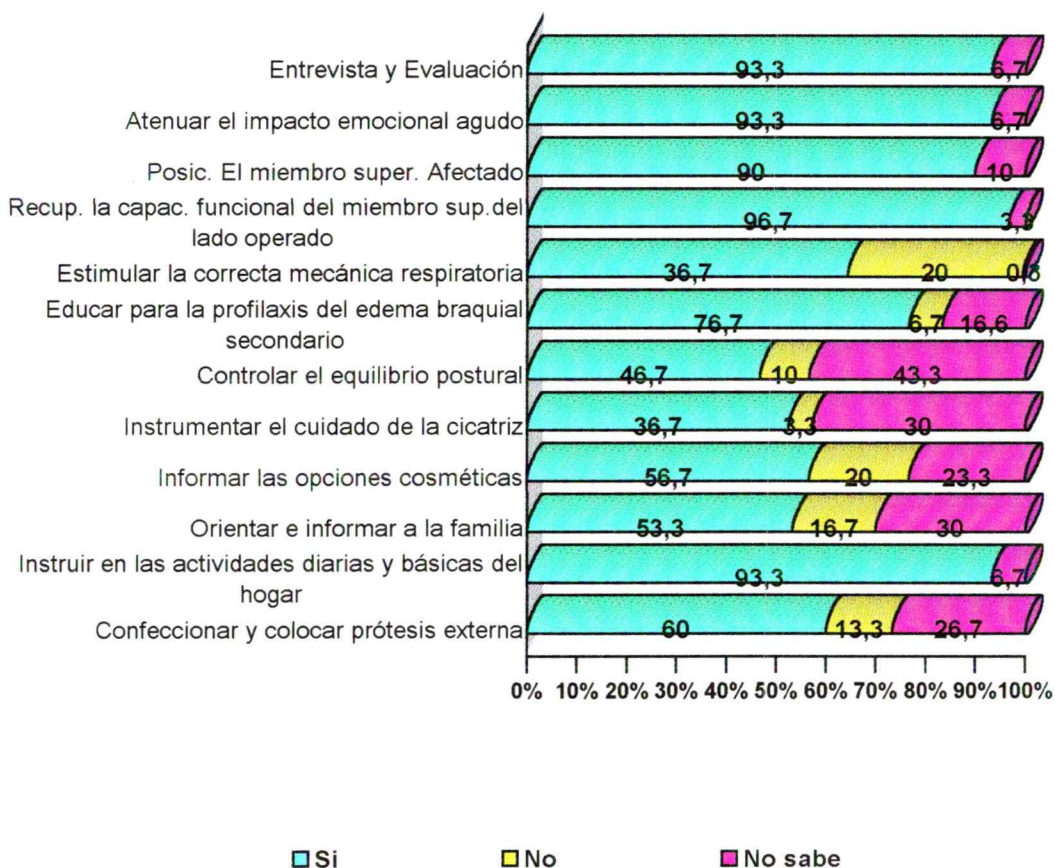
AÑO 2000.

Conocimiento del Médico.				TOTAL
	SI	NO	NO SABE	
Acciones de Terapia Ocupacional en el Operado de Mama				
Entrevista y Evaluación	93.3		6.7	100%
Atenuar el Impacto Emocional Agudo	93.3		6.7	100%
Posicionar el Miembro Superior Afectado	90.0		10.0	100%
Recuperar la Capacidad funcional del Miembro Superior del lado operado	96.7		3.3	100%
Estimular la correcta mecánica respiratoria	36.7	20.0	43.3	100%
Educar para la Profilaxis del Edema Braquial Secundario	76.7	6.7	16.6	100%
Controlar el equilibrio Postural	46.7	10.0	43.3	100%
Instrumentar el cuidado de la cicatriz	36.7	33.3	30.0	100%
Informar las opciones Cosméticas	56.7	20.0	23.3	100%
Orientar e Informar a la Familia	53.3	16.7	30.0	100%
Instruir en las actividades diarias y básicas del hogar	93.3		6.7	100%
Confeccionar y Colocar prótesis externa	60.0	13.3	26.7	100%

ACCIONES QUE REALIZA EL TERAPEUTA 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.



GRADO DE INTERÉS DEMOSTRADO POR LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA RECIBIR INFORMACIÓN 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.

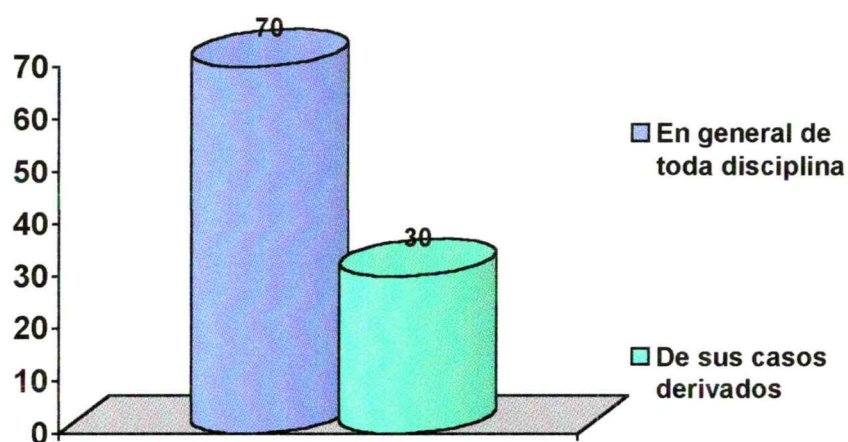
MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES.

AÑO 2000.

INTERÉS 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.



- ◆ El 70% desea recibir información de toda la disciplina terapia ocupacional.

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

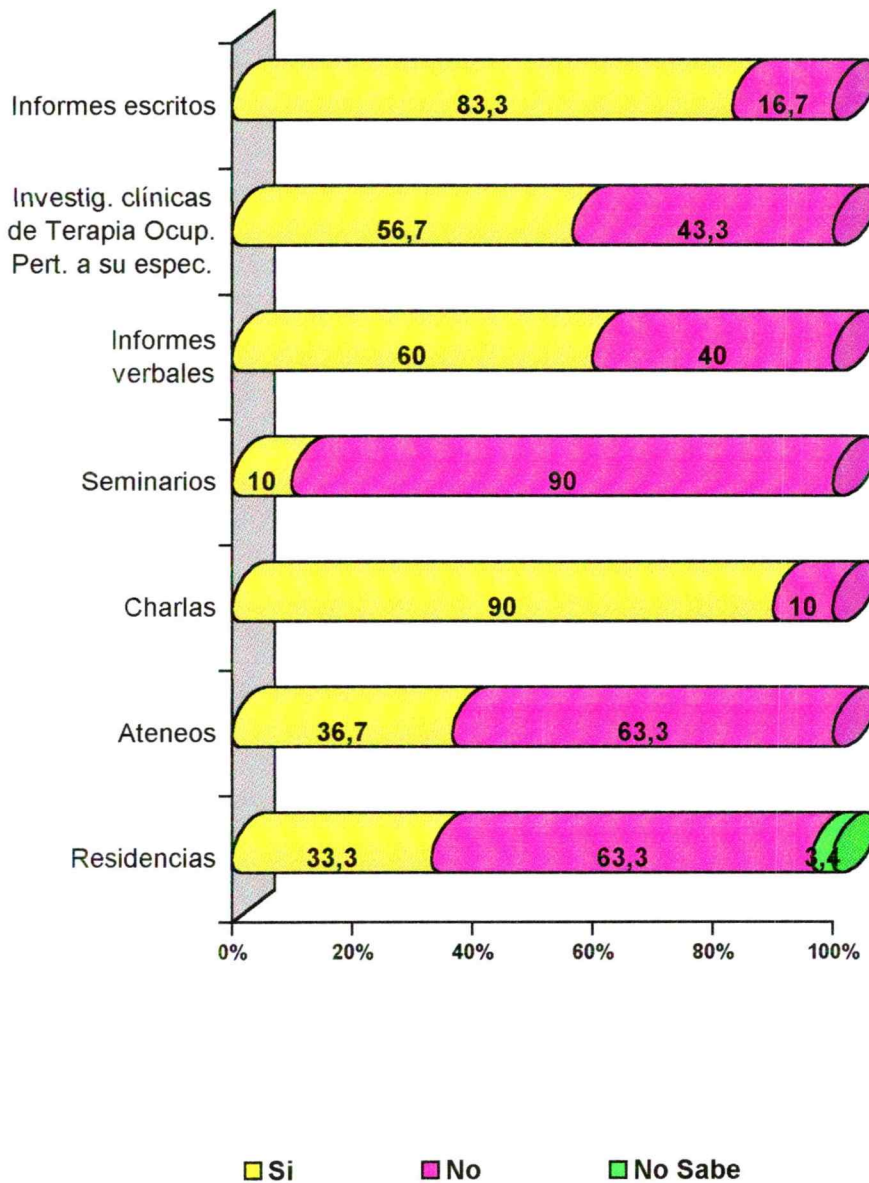
Modalidades de la Información	Interés de los Médicos.			TOTAL
	SÍ	NO	NO SABE	
Residencias	33.3	63.3	3.4	100%
Ateneos	36.7	63.3		100%
Charlas	90	10		100%
Seminarios	10	90		100%
Informes verbales	60	40		100%
Difundir con Investigaciones Clínicas de terapia Ocupacional pertinentes a su especialidad	56.7	43.3		100%
Informes Escritos	83.3	16.7		100%

- ♦ LA MODALIDAD MÁS ELEGIDA PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL ES EL 90% CHARLAS, EL 83.3% EN INFORMES ESCRITOS.

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



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

De acuerdo al análisis de los resultados de la encuesta, se identificaron los factores que interfieren 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 ocasiona 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
<p>1.-OBJETIVO GENERAL</p> <p>Acceso de la totalidad de los pacientes a la Unidad de T.O. para su rehabilitación.</p>	<p>La cantidad de ingresos 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</p>	<p>Consulta en el Libro de Admisión de la Unidad de T.O del dato "fecha de ingreso", realizada mensualmente.</p>	<p>Autorización y conformidad del Jefe de Sala de Medicina Física y Rehabilitación.</p>
<p>2.-OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Eficiencia y eficacia de la derivación médica inmediata del Servicio de Ginecología.</p>	<p>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.</p>	<p>Estadística del Servicio de Ginecología elaborada por la Oficina Central de Estadística, mensualmente.</p>	<p>Autorización y conformidad del Jefe del Servicio y Jefe de Sala de Ginecología</p>
<p>3.-RESULTADOS</p> <p>1. Los médicos del Servicio de Ginecología cumplen con la normativa de Derivación.</p> <p>2. La Unidad de T.O participa más y mejor con el Servicio de Ginecología</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Análisis del dato: " médico derivante", obtenido del formulario de Interconsulta.</p> <p>Planilla de verificación de cumplimiento de la participación del personal T.O. asignado al Servicio de Ginecología.</p>	<p>Autorización y conformidad del Jefe del Servicio de Docencia e Investigación.</p>
<p>3. El conocimiento del rol del Terapeu</p>	<p>La cantidad de folletería, artículos y afi-</p>	<p>Registro del material impreso distribui</p>	

<p>ta Ocupacional por parte de los Médicos del Servicio de Ginecología mejora el Status de la Unidad de T.O.</p>	<p>ches 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.</p>	<p>do por la Unidad de T.O en el Servicio de Ginecología.</p>	
<p>4.-ACTIVIDADES</p> <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>INSUMOS</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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ACTIVIDADES												
1.a.	x											
1.b.	x											
2.a.	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
2.d.												x
3.a.		X		X		x		x		x		x
3.b.		X		X		x		x		x		x

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ACTIVIDADES												
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.												
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 Gutiérrez en su interpretación de la perspectiva teórico-metodológica de Pierre Bourdieu.

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.
- c) 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.

- d) 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 monopolístico 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 per-

dido su valor y la alta desocupación estructural podía entenderse como la necesidad del capital de maximizar sus ganancias.¹

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 mas se han beneficiado con la situación actual, y por lo tanto son más poderosos para dárselo a aquellos que no tienen poder.
- 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 irrationali-

¹ "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

dad 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 delimitadas .

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

- 1- Una redifinición 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.

es porque no puede pagar.” (Cuervo, Jaramillo y otros., *Economía política de los Servicios públi-*

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 gobernalidad 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.²

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.

cos,(Bogotá,CINEP,1988, pp. 22-23)

² Isuani E., Lovuolo R., Tenti Fanfani E., *El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis.* (Buenos Aires, Miño Dávila,1991). pag 45-60

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.³

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 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.⁴

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.

³ Cf. (13)

⁴ 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.

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.

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 in-

tegración 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 Rehabili-

tación 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.⁵

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.

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.⁶

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 deficiencias, 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 presu-

⁵ 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

⁶ OMS., *Revista Ilustrada. Salud Mundial.*, (Ginebra., OMS. 1984) Pág.4.

pone 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.⁷

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.⁸

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.

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.

⁷ Cf. (6)

⁸ Cf. (9)

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.⁹

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: 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 Tezamanti" (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.¹⁰

⁹ Cf. (14)

¹⁰ 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.

4. 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 a causa de 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)".¹¹**

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 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 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

¹¹ TROMBLY, Catherine A., *Occupational Therapy for Dysfunction Physical*, (EE.UU, Williams & Wilkins, 1995) Pág. 57.

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.¹²

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

¹² Cf. (22)

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.¹³

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

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

En el año 1995 en el contexto actual, y como consecuencia de las grandes transformaciones, el plan quinquenal 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".¹⁴

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, des-

¹³ Cf. (4)

¹⁴ *Plan Quinquenal de Salud 1995-2000. Provincia de Buenos Aires.* (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1995).

centralización, 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. De aquí que se propone que en año 2000 la cobertura de la atención de la rehabilitación debe extenderse al 70% de las discapacidades en esta provincia. Dentro del equipo interdisciplinario que aborda esta problemática la "Terapia Ocupacional" es definida por la World Federation 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.

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 Productora 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 expe-

riencia 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 HistoriaClínica, nombre y apellido, diagnóstico, servicio derivante y fecha, área de T.O. interviniente y obra social (si la tiene).

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.
- 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

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.Crrn. 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.- 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.

ANEXOS

Manifiesto mi consentimiento para que la Lic. Susana Beatriz CABRERA presente la tesis final de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud.

Buenos Aires, 10 de Noviembre de 2000

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Heler', with a large, sweeping flourish extending to the left.

Dr. Mario Heler

Independencia 1232 – 3° "A"
1099 – Capital Federal
011 43 04 85 42
marioheler@movi.com.ar