

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA**

**“Eficacia de la rehabilitación crónica en los servicios de la  
municipalidad de Rosario”**

**Maestrando: César Alejandro Petronio Góngora**

**Directora: Dra. Alicia Spadoni**

**Co Director: Dr. Marcelo Guirado**

**2020**

<b>Índice</b> .....	pág.1
<b>Resumen</b> .....	pág.3
<b>I- Introducción</b> .....	pág.7
<b>I.I. Introducción</b> .....	pág.8
<b>I.II. Justificación y planteo del problema</b> .....	pág.10
<b>II- Marco teórico</b> .....	pág.16
¿qué es la rehabilitación?.....	pág.18
¿qué es eficacia?.....	pág.19
¿qué es continuidad en rehabilitación?.....	pág.22
¿qué es gestión en rehabilitación?.....	pág.22
<b>II.I. Acerca del hombre</b> .....	pág.24
<b>II.I. De qué hablamos cuando decimos “sociedad”?</b> .....	pág.25
<b>II.III. Buscando un concepto de rehabilitación</b> .....	pág.28
<b>II.IV. Noción de rehabilitación</b> .....	pág.32
<b>II.IV.I. Buscando un criterio de delimitación</b> .....	pág.33
<b>II.IV.II. Definiciones de rehabilitación</b> .....	pág.33
<b>II.V. Lesión medular y daño cerebral</b> .....	pág.39
<b>II.V.I. Lesiones de la medula espinal</b> .....	pág.42
<b>II.V.II. Etiología, niveles y extensión de la lesión medular</b> .....	pág. 43
<b>II.VI. Discapacidad como referente conceptual</b> .....	pág.47
<b>II.VI.I. La realidad local: de lo macro a lo micro</b> .....	pág.49
<b>II.VII . Niveles de intervención en salud</b> .....	pág.55
<b>II.VII.I. Riesgo en rehabilitación</b> .....	pág.57
<b>II.VII.II Categorización de establecimientos de rehabilitación</b> .....	pág.58

II.VII.III. ILAR y los niveles de atención.....	pág.63
II.VII.IV. Objetivos de la rehabilitación.....	pág.64
II.VII.V. El equipo rehabilitador.....	pág.67
II.VII.VI. El alta en rehabilitación y los procesos subsiguientes.....	pág.68
II. VIII. El tratamiento de rehabilitación y sus actores.....	pág.69
II.VIII.I. Breve recorrido ILAR.....	pág.70
II.VIII.II. Tratamiento.....	pág.74
II.VIII.III Organización interna ILAR.....	pág.74
II.IX. Discapacidad y calidad de vida. Un concepto complejo.....	pág.79
II.IX.I. El horizonte de la calidad de vida.....	pág.80
II.IX.II. La calidad de vida en las personas discapacitadas.....	pág.81
II.IX.III. Valores objetivos.....	pág.83
II.IX.IV. Valores subjetivos.....	pág.83
II.IX.V. Calidad de las prestaciones.....	pág.84
II.IX.VI. Tratamiento continuo e integrado. El alta del proceso de rehabilitación.....	pág.87
<b>III- Objetivos y consideraciones previas.....</b>	<b>pág.89</b>
III.I. Objetivo General.....	pág.91
III.II. Objetivos específicos.....	pág.91
III.III. Consideraciones previas.....	pág.91
<b>IV- Diseño metodológico.....</b>	<b>pág.93</b>
IV.I. Diseño metodológico.....	pág.95
IV.II. Tipo de investigación.....	pág.97
IV.III. Definición y operacionalización de conceptos y variables.....	pág.98

IV.IV.	Indicador DPRE.....	pág.99
IV.V.	Características generales.....	pág.100
IV.VI.	Acerca del Indicador DPRE.....	pág.102
IV.VII.	Desarrollo del trabajo de campo.....	pág.105
V-	<b>Resultados</b> .....	pág.110
VI-	<b>Discusión y Conclusiones</b> .....	pág.114
VII-	<b>Bibliografía</b> .....	pág.121
VIII-	<b>Anexos</b> .....	pág.135

# Resumen



## **Resumen**

### **Introducción:**

La rehabilitación que reciben las personas con secuelas crónicas, en apariencia no se trata de un problema individual o familiar; sino de un problema social que conlleva una serie de consecuencias que impactan en la Salud Pública de Rosario y de allí la necesidad de analizar parte de la situación en cuestión.

### **Objetivo:**

Analizar y describir el proceso de atención que realiza un grupo de personas con secuelas por lesión medular y daño cerebral adquirido en el sistema de salud del municipio de Rosario durante el período 2008-2015.

### **Material y métodos:**

Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal y descriptivo al cuál se aportó información de carácter cualitativa obtenida a través de entrevistas a personal involucrados en el proceso de gestión y atención.

Existieron dos momentos de investigación, el primero con una encuesta online a profesionales y dos entrevistas personales a directivos, y el segundo a pacientes utilizándose una encuesta telefónica y entrevistas posteriores mediante las escala FIM (funcional) y DPRE (perceptiva) de su estado actual.

### **Resultados:**

La mirada variada de los trabajadores de la salud fue muy de la mano de los reclamos hacia el estado y sus actores y por otro lado los pacientes vieron

de manera favorable a los tratamientos integrales durante la internación y al tratamiento kinésico y fonoaudiológico durante la externación.

**Conclusión:**

El grupo de pacientes bajo estudio observaron algún progreso en su autonomía personal y comunicación, manteniendo las expectativas de logros, marcando un fuerte contraste entre el ritmo de los progresos alcanzados durante el periodo agudo / subagudo y el período crónico.

Los profesionales sostuvieron en su mayoría que la rehabilitación es un problema de la Salud Pública, adjudicando razones políticas, económicas, sociales, y culturales, en cambio otros adjudican que el factor humano, el tecnológico o el estructural son de importancia, como así la formación interdisciplinaria específica como otras causas del macro problema planteado.

**Palabras Claves:** rehabilitación crónica, eficacia, continuidad.

# **I. Introducción**



## I. Introducción.

El tipo de secuelas que conllevan los trastornos discapacitantes dan forma a una variada gama de circunstancias, todas de gran complejidad, proponiendo serios desafíos a los procesos y programas que dan cuenta de ello, pues, aunque existen dentro del sistema público de salud un número importante de instituciones dedicadas (en parte o totalmente) a la rehabilitación, comprender y abordar esta temática desde una perspectiva asistencial integral, requiere un esfuerzo intelectual, material y humano no menos intrincado.

En efecto, no puede sostenerse un plan de tratamiento en rehabilitación con los mismos criterios ni del mismo modo que se piensa una sala hospitalaria ni un consultorio especializado dado que generalmente, se trata de cronicidades que se prolongan en el tiempo y requieren controles y seguimientos que con frecuencia continúan por años, cuando no, durante toda la vida de la persona afectada.

Frente a ello la salud pública municipal ha dispuesto, en actos e intenciones, un dispositivo de red capaz de contener las demandas que sobre la temática mencionada recibe constantemente el sistema público de salud.

El dispositivo indicado se enfoca en concepciones actuales y tiene asignado un presupuesto que, sin embargo, se torna por momentos “autoinmune” frente a los requerimientos de un tipo de asistencia que, como se expusiera anteriormente, tiene un inicio conocido pero no una final, describiendo períodos de amesetamiento que se prolongan indefinidamente en el tiempo.

Por tanto, circunscribirse a la afectación de recursos en las etapas más críticas de la patología que origina la intervención, no puede constituir una solución en salud sino más bien, el comienzo de un largo periplo que deriva en nuevas modalidades y nuevos requerimientos.

En otras palabras, hablar de rehabilitación es hacer mención a un proceso continuo que los servicios y agentes del sistema deberán prever, si de lo que se trata es de asumir la rehabilitación como algo “integral”.

Se encuentra en este punto un cuello de botella que –en su estrangulamiento- podría poner en riesgo los logros alcanzados por los pacientes más comprometidos durante las costosas y complejas fases iniciales, sobre todo, en aquellos casos donde el sistema no puede garantizar la oportuna derivación y operación de la fase siguiente.

Como se ha dicho, los requerimientos señalados no atañen solamente al déficit orgánico o mental de base, y por tal motivo es necesario rever las estructuras utilizadas hasta el momento a fin de mejorar la eficacia del proceso y brindar continuidad a la atención pública del paciente crónico desde dispositivos orientados a atender estados subagudos, prolongando dichas prestaciones.

Precisamente, el valor de encontrar una articulación que permita la continuidad del plan de tratamiento, entre la etapa de internación en el paciente caracterizado como agudo y/o subagudo, la fase de externación y el mantenimiento de los logros alcanzados por los pacientes ya en la etapa crónica, reside en minimizar los riesgos de fragilización que sobrevienen al alta prematura ( que muchas veces sucede por diferentes causas), y en la conciencia de las barreras y limitaciones que impone la discapacidad en el desempeño individual y social de las personas.

### **I. I- Justificación y planteamiento del problema**

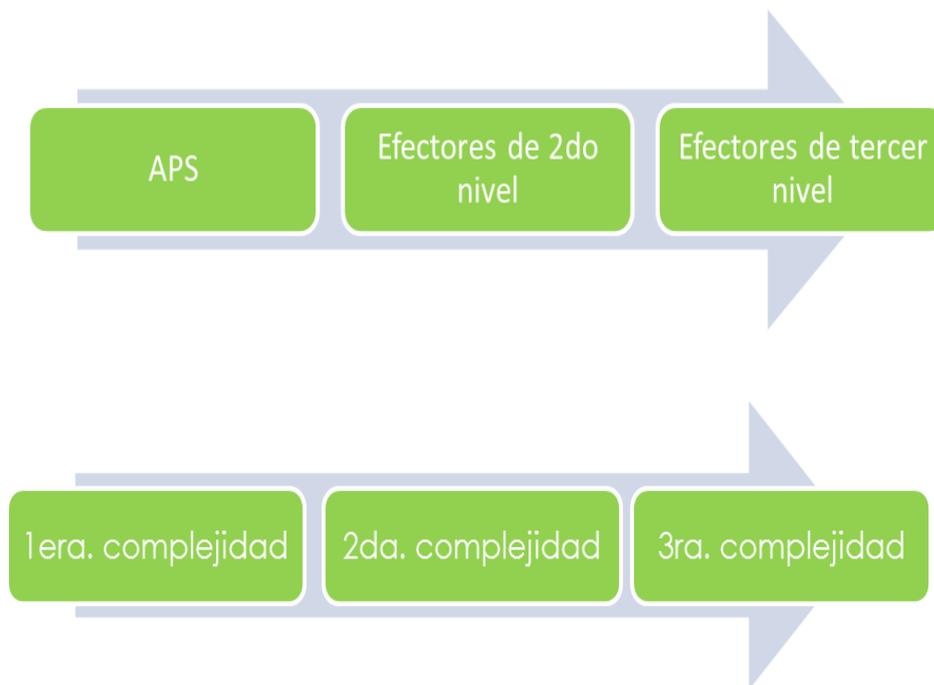
Esta dificultad para encontrar una articulación que permita la continuidad del plan de tratamiento entre la etapa de internación correspondiente al período agudo y/o subagudo, la fase de externación y el mantenimiento de los logros alcanzados por los pacientes, ya en la etapa

crónica, ha sido objeto de reclamos y demandas por parte de los profesionales intervinientes y de los directamente afectados, razones éstas, que justifican ampliamente el esfuerzo emprendido, dado que este aspecto crucial del proceso, es pertinente para la especialidad y se ajusta a los requerimientos de interés y originalidad requeridos para acceder al mérito académico que se persigue en la formación de posgrado pertinente.

Desde la perspectiva que orienta este trabajo, los tratamientos de rehabilitación que reciben las personas que padecen patologías con secuelas crónicas, si bien se focalizan en el paciente, en realidad no son concebidos como un hecho aislado, como el evento singular que afecta a una persona; sino podrían ser vistos como un problema social que –además de presentar obstáculos para el desenvolvimiento de quien lo padece- también limitaría a los desempeños social, económico y político de un grupo más amplio, hecho que en este caso recae directamente en el Estado, dado que las circunstancias que conlleva impone consecuencias que impactan en el desenvolvimiento de los planes o programas que sostiene el servicio público de salud, en este caso, la Secretaría de Salud Pública de Rosario, para poder mirar con mayor sustento a esta problemática que parece de pocos y que se extrapola a muchos.

Como información adicional importante se aclara que la articulación organizada en relación a la rehabilitación en salud tiene como formato la derivación desde los efectores que sostienen a los pacientes internados agudos ( HECA, Roque Saenz Peña, Carrasco, Alberdi, etc. ) para pasar luego a ILAR (efector de 2do nivel de internación y de 3er nivel de rehabilitación) y desde allí a los centros de Salud municipales ( más de 50) y es en esta última vía, donde los pacientes continúan en lugares poco preparados ( edilicia, profesional y estructuralmente) para poder continuar con un proceso crónico.

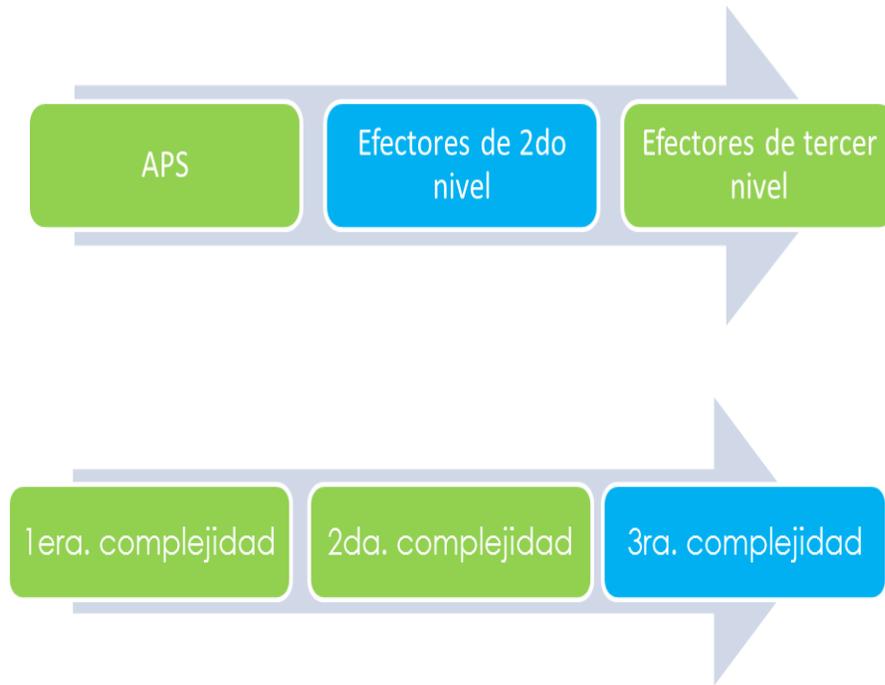
**Diagrama1:** se observa el flujo de niveles de atención y complejidad generales.



### **Ubicación de ILAR en esta nivelación**

( HECA, Roque Saenz Peña, Carrasco, Alberdi, etc. ) de tercer nivel y de tercera complejidad para pasar luego a ILAR (efector de 2do nivel de internación y de 3er nivel de rehabilitación) y desde allí a los centros de Salud municipales ( más de 50) de primer nivel y primera complejidad (APS).

**Diagrama 2:** se observa el flujo de niveles de atención y complejidad donde se ubica ILAR



Sin embargo, aunque la situación planteada es clara en relación con la falta de articulación en los planes de tratamiento de un nivel a otro y se justifica por las consecuencias que, producto de ello, experimentan algunas personas entre la etapa de internación correspondiente al período agudo y/o subagudo y la fase de externación y mantenimiento de los logros alcanzados, hasta el momento cualquier juicio que se abra al respecto es inducido por la percepción de los distintos actores sociales implicados, pues no se han encontrado estudios específicos y acreditados que convaliden o refuten estas especulaciones.

Si bien el problema del tratamiento de rehabilitación es de índole clínico e individual, el aspecto de la continuidad del mismo es parte inherente a la integralidad de la organización y gestión de los servicios de salud y su desarrollo eficaz y eficiente permitirá optimizar los resultados

Frente a este problema se hace necesario entonces, elaborar estrategias de acceso a la información que permita identificar con claridad, si entre las declaraciones de fines y la articulación y coordinación de medios, existe una conexión realista, capaz de reflejarse en los destinatarios de los esfuerzos del equipo rehabilitador, el tipo de vínculo que facilite, permita u obture la implementación efectiva de los planes de intervención integral en rehabilitación, a partir de las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los resultados en términos de efectividad de los tratamientos de rehabilitación de los pacientes con lesión medular y daño cerebral adquirido atendidos en ILAR durante el período agudo y sub agudo, durante el período estudiado?

¿Existe continuidad y articulación entre las distintas instancias que sigue el paciente con lesión medular y daño cerebral adquirido una vez dado de alta y derivado por ILAR?

¿Los pacientes con lesión medular y daño cerebral adquirido que son derivados a centros de menor complejidad para el mantenimiento de los logros alcanzados, mantienen la misma cantidad y diversidad de prestaciones que quienes continúan su tratamiento en ILAR?

¿Qué opinión tiene los trabajadores de la rehabilitación y los directivos como actores de este proceso?

# I- Marco teórico



## II- Marco teórico

¿Qué es la rehabilitación?

El ámbito de la rehabilitación es y ha sido el territorio de frecuentes disputas por el control de los significados y en el actual clima de relativismo, no podría ser menor el desconcierto que entorna al paciente en su dimensión personal y social, hecho que también amerita serios interrogantes acerca de cómo debe ser el proceso que permite el paso de un determinado nivel de deterioro a un máximo de autonomía.

Pensar en “rehabilitación” implica una “realidad” (en tanto se trata de una persona) y requiere de una “teoría” que no considere a esta persona como un ser aislado sino como alguien inserto en un medio social, y en consecuencia, se debe contar con una concepción de lo que esto es o debería ser y por ello, del desarrollo del hombre dentro de un proceso que lo devuelve a la sociedad en condición de realizar actividades que garanticen su participación plena (en relación con sus posibilidades objetivas).

Este proceso se ha referido a “...*las diversas formas de realización que conllevaron otras tantas teorías sobre lo que debería ser la rehabilitación*” (Cabrera, Guirado y otros, 2007: 9) y para ello se buscará alguna hipotética definición del término, a fin de saber y poder analizar aquello de lo que se está hablando.

Según López Zinni (2003) “...*la reeducación del paciente secular aparece como un “deber moral a realizar” o un “desarrollo de lo que como persona es o puede ser” y solo es posible la evaluación de una teoría cuando se admite previamente, una concepción integral que le dé sentido y fundamento*”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> **López Zinni, W.** (2005) *Seminario “Teoría de la Salud, hoy”*. UCU. Rosario, p.22 En Actas. Publicación estudiantil del CREA.

Esta caracterización torna necesario hallar una teoría que sostenga una postura clara frente a los fines de la rehabilitación, haciendo visible lo que permanece invisible y permitiendo que se realice lo que sin ella no se intentaría realizar.

Esta es la función de las teorías, pero dado que una concepción acerca del hombre y la sociedad constituyen conocimientos previos para una idea de rehabilitación, se explorarán también otras esferas. En función de este supuesto, se considera imprescindible indagar tres dimensiones fundamentales:

1. Concepción del hombre;
2. Concepción de la sociedad, y
3. Límites de realización de una teoría sobre la rehabilitación.

*“No podemos pasar legítimamente de verdades sobre cuestiones meramente empíricas a conclusiones sobre lo que debe hacerse o a evaluar lo que se viene haciendo. Las verdades en boga no sirven por si mismas de garantía para que adoptemos un curso de acción u otro. A pesar de lo importante que son los hechos empíricos, una teoría de la rehabilitación, en último término, depende de cuestiones de valor”<sup>2</sup>*

Que es eficacia?

En el contexto de la Salud Pública se ha acentuado el uso de estos términos, especialmente en los casos de eficiencia y eficacia, y se aprecia, en ocasiones, que no se distingue si se está hablando exactamente de algo eficiente, de algo eficaz o si los términos se están utilizando como si fueran

---

<sup>2</sup> Moore, L. (2009) *Teoría de la salud pública*. Rosario, Kamschaska. P. 107.

sinónimos, de algún modo dejar algunos conceptos sobre estos términos amerita a la continuidad del trabajo en cuestión

*Eficacia:* se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales<sup>3</sup>

Es posible definir que cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y este se logra, los recursos puestos en función de este fin fueron eficaces.

En este campo de la salud pública, la eficacia se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención / intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado<sup>3</sup>.

*Efectividad:* es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales.

Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se

proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina<sup>3</sup>.

Eficiencia: empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas.

Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia.

Por otro lado y haciendo una comparación terminológica referenciada por Mario Testa (1989), dónde plantea que la eficiencia es un indicador económico baso en la productividad de los recursos, estando en relación entre el volumen del producto obtenido respecto del volumen del o de los recursos utilizados. Este mismo autor refiere a la eficacia como un concepto de mayor complejidad ya que plantea dentro del terreno económico como el cumplimiento de las metas fijadas dentro de un proyecto o programa.

Siguiendo con este autor, no se podría plantear una relación de la eficacia de este bien de uso o de cambio (rehabilitación crónica) como concepto Marxista en relación, sino más bien como un concepto Capitalista donde las variables oferta y/o demanda condicionan al mercado en este caso de salud y particularmente a la rehabilitación permanente<sup>4</sup>

Que es continuidad en rehabilitación?

La continuidad de los cuidados se constituye como el elemento clave en la atención de las personas, más allá del nivel asistencial en el que puedan ser atendidas, ya sea mediante la mejora de la estructura “natural” o una su- perestructura que se añade a los cuidados habituales. De la misma forma

y teniendo en cuenta que la enfermedad, como percepción subjetiva, e influida por factores sociales y culturales, es un concepto que se construye y manifiesta en forma de conducta individual, la deseable continuidad de cuidados ante una demanda de los mismos no coincide con lo sentido o autopercebido.

Si lo que se percibe como continuidad de cuidados guía la demanda de las personas al sistema de cuidados formal, se producirán desacuerdos o incon- gruencias entre lo solicitado y lo ofertado, o vice versa<sup>5</sup>.

Y aquí es donde estriba precisamente el equívoco entre la respuesta a la demanda de continuidad de cuidados por parte de los usuarios y la esperada por los profesionales para satisfacer sus responsabilidades profesionales. Este hecho conduce a que ninguna de las dos clases de respuestas esperadas sea satisfactoria.

### Qué es gestión en rehabilitación?

La medición de calidad de los servicios sanitarios y las unidades de gestión clínica se presenta como una herramienta indispensable para el aseguramiento de una buena prestación sanitaria. Por otra parte, la medición de la calidad supone también una parte del proceso de mejora continua al ir identificando deficiencias en el proceso de atención, lo que favorece la implementación de medidas correctoras.

Además de ello, la medición de la calidad permite la comparación de la producción sanitaria de modo que pueda servir para analizar la competitividad

de la misma en relación a estructuras sanitarias similares. La calidad asistencial en una unidad clínica de rehabilitación debe incluir dimensiones entre las que se incluyen: actividad y rendimiento, accesibilidad para el ciudadano, seguridad del paciente, orientación al ciudadano y satisfacción, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad de la práctica clínica, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, gestión económica, etc.<sup>6</sup>

Una de las herramientas más útiles en la medición de la calidad asistencial en una unidad de gestión clínica de rehabilitación es el empleo de indicadores de calidad. Estos deben ser objetivos, medibles, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. Su finalidad es identificar problemas o situaciones de mejora potencial o desviaciones de la práctica estandarizada.

## II.I. Acerca del hombre

El hombre no se constituye como “humano” por el equipamiento que exhibe, sino por la capacidad de construir cultura e instituciones que garanticen su supervivencia, pues el propósito de tal humanidad no comienza ni se extingue con el individuo, y solo trasciende en su dimensión social.

Tampoco es un ser específico, ya que “...*es producto y expresión de sus relaciones y situaciones sociales, haciéndose consciente de ello cuando se reconoce como parte de algo mayor*” (Guirado y Battisti, 2010:56).

<sup>3</sup>Lam Díaz, R. y Hernández Ramírez, P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.24 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008

<sup>4</sup> Testa, M. Pensamiento estratégico y lógica de la programación ( el caso de salud) OMS 1989.

El hombre aparece de este modo, como un ser social cuya condición está determinada por la cultura, siendo la socialización el proceso por cuál, éste accede a ella.

Es entonces cuando las habilidades y capacidades que permiten su participación plena en las actividades de la vida social aparecen ocupando un lugar fundamental pues, en este sentido, son tan importante las destrezas físicas como las habilidades sociales que facilitan las interacciones.

La condición de su realización estaría entonces relacionada a un conjunto de representaciones que los sujetos requieren para participar de la vida colectiva, por lo que *“...es difícil pensar al hombre más allá de las capacidades habilitantes con que cuenta para hacer realista o efectiva su participación dentro del mundo social, en un determinado momento histórico”* (Berger y Lukmann, 1995: 31).

Este “capital cultural” da cuenta de una estructura subjetiva producida, con la que el sujeto lleva a cabo las relaciones sociales, un “aparato para pensar” que permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad, al estabilizar una determinada concepción del mundo, ponerle límites y hacerlo accesible.

En síntesis, el hombre no es tal cosa por mediación de ningún hecho “natural” ni porque anatómicamente esté definido de ese modo, sino porque es capaz de pensarse como parte de algo mayor, aceptando las reglas y mandatos que impone la vida social. En este sentido, sus capacidades, competencias y destrezas físicas permiten que se cumplan estos mandatos y que la posibilidad de pensarse a sí mismo como parte de “algo mayor”, sea una proyección con visos de realidad.

<sup>5</sup>Martínez Riera, R y Sanjuán Quiles, A .¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando

realmente queremos decir satisfacción profesional? Rev Adm Sanit. 2009;7(4):661-82

<sup>6</sup>Barrera-Chacón, J. y Zarco Perrián, M.J. Gestión de calidad en rehabilitación Quality Management in rehabilitation . ELSIVER. [Vol. 43. Núm. 3](#). Páginas 118-122 (Mayo 2009) Sevilla.

## II.II. De qué hablamos cuando decimos “sociedad”

Una de las maneras de encontrar la finitud del mundo, quizá la más sofisticada, reside en el acto de ponerle nombre, y “...*quienes exploraron los misterios de la modernidad, entre los siglos XIX y XX, intentaron hacerlo construyendo un concepto de “sociedad” diferenciado de las formas de vida y agrupación humana que les precedieron. De este modo, le pusieron nombre al modo y al medio donde construían sus presentes y sus futuros*” (Portantiero, 2011, 24).

En un intento por captar la esencia del orden social moderno y la argamasa que relaciona al individuo con la sociedad, de Marinis (2000) reconoce en la idea de sociedad: “...*un lugar de encuentros...*”, para luego definirla como “...*una totalidad más o menos ordenada (aunque “en movimiento”) de individuos interdependientes y básicamente reales o potencialmente “semejantes”, al menos en lo que hace a las competencias morales requeridas para la vida colectiva*”<sup>3</sup>

En la mencionada delimitación, aparecen algunas claves que ayudan a entender estos “misterios”. Al respecto podría resultar útil seguir los siguientes marcadores:

- En esta definición de sociedad, está presente la idea de “totalidad” asociada a “orden”, y la referencia induce a pensar en la existencia de algún tipo de consenso que permita regular y encausar la convivencia;

---

<sup>6</sup> De Marinis, Pablo (2000) *Notas Para Taller*. Universidad del Salvador. Publicaciones., Bs. As.

- También la imagen del “movimiento”, abre paso a cierta noción activa de “cambio” permitiendo, finalmente;
- Ciertos juegos del lenguaje entre “interdependencia”, “existencia real” y “ semejanza”, que orientan la noción frente a la presencia de una cierta horizontalidad política (quien “es” el que existe y con respecto a “*quienes*”) y moral para los sujetos (*cuál* es su condición de realización).

Rodeado de éstos límites y condiciones, el término “sociedad” adquiere un sentido estratégico al momento de pensar y fortalecer esa idea de “*hombre que adquiere su humanidad al vivir y sentir la experiencia de “pertener a algo mayor”*”<sup>4</sup>.

Esta aporta una dosis de previsibilidad, al generar confianza en la eficacia de sus modelos; con tal potencia, que los sujetos se adaptaron masivamente a las posiciones y roles que se ocupan en la sociedad. Se devela así, una sociedad profundamente influida por la forma de ver la vida y las acciones cotidianas de las personas, que al naturalizarse pasan a ser “normales”.

Esta realidad “normalizada”, “estándar”, hace que los individuos tiendan a pensar y comportarse con los otros como si solo existiese una sola clase de personas: las “normales”.

De este modo, la capacidad de evaluar contingencias que cambien rutinas, hábitos y la visión que se tiene del otro, varia de un medio a otro como parte importante de cada cultura y de las circunstancias que el tiempo histórico le impone a una sociedad determinada.

---

<sup>4</sup> Op. Cit. p. 3

Charles Whright Mills<sup>5</sup> -hace casi cincuenta años- enjuició a la sociedad de su tiempo al afirmar que “...rara vez conscientes de la intrincada conexión entre sus propias vidas y el curso de la historia, los hombres corrientes suelen ignorar el tipo de hombre en que se van convirtiendo” (Wright Mills, 1979:101).

Estas explicaciones aparentemente simples de la realidad cotidiana no están presentes en la conciencia cada vez que se actúa y –de hecho- la mayoría de las personas no evalúa una existencia de diferente a lo normalizado

Frente al fenómeno de la “naturalización de la normalización”, Edmund Husserl (2009) plantea que, quien quisiera revelar la forma como opera la socialización en los individuos, debería investigar el significado que tienen las acciones cotidianas valiosas, importantes o representativas, en aquello que se considere socialmente relevante.

El concepto de “mundo de la vida”<sup>6</sup>, aparece como el articulador entre el individuo y la sociedad, y describe la forma en que los individuos conciben el mundo, que “...no es un mundo privado o particular, sino todo lo contrario, es intersubjetivo, público, común<sup>7</sup>”, porque es aquí donde los sujetos se desenvuelven, plantean su existencia y miran a los demás viéndose a sí mismos.

En otras palabras, la rehabilitación se da en el mundo de la vida para que el individuo aprenda a desempeñarse y vivir allí, en una relación frente a frente entre el sujeto y los otros actores,

---

<sup>5</sup> **Charles Wright Mills**: *La imaginación sociológica*. Capítulo 1: “La promesa” FCE, México, 1979 pág. 99.

<sup>6</sup> **Mêlic, Joan-Carles**: *Antropología simbólica*, Paidós, 1994, Pág 35 y Nota 53.

<sup>7</sup> **Husserl, Edmund**, en Joan-Carles Mêlic: *Antropología simbólica*, Paidós, 1994, Pág 31 y Nota 47.

### II.III. Buscando un concepto de rehabilitación

Como se ha dicho, el hombre no es tal cosa por mediación de ningún hecho “natural” ni porque anatómicamente ni funcionalmente esté definido de ese modo, sino porque es capaz de pensarse como parte de algo mayor, una sociedad que lo define y le imprime un modo “normal” de mirar su propia vida, la de los demás y el mundo que lo rodea.

Sin embargo, eventos que no están programados ni planeados suelen conmover esta visión organizada que poseen la mayoría de las personas de sí mismas y de su entorno, modificando y transformando el modo en que éstas se desempeñaban en el “mundo de la vida”.

Un accidente, una alteración o malformación corporal, trastornos del desarrollo o secuelas producidas por enfermedades, impiden que muchos individuos desarrollen los mecanismos físicos, psíquicos o psico-físicos que hacen posible su adaptación al medio contextual en el que se desarrolla la vida social, o al menos, de la manera en que lo hace la mayoría de las personas.

Esta diferencia, se expresa en algún tipo de déficit en las funciones consideradas “normales” o comunes a la mayoría e impone restricciones en el desenvolvimiento social autónomo del individuo afectado.

La Organización Mundial de la Salud da cuenta de este fenómeno y desde el último cuarto del siglo pasado da inicio una serie de esfuerzos clasificadores, siendo el primero de ellos la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM 1980), que establece una distinción entre estos términos, permitiendo trazar un esquema científico de las consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes:

1. **Deficiencia:** Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

2. **Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

3. **Minusvalía:** Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol roles y posiciones que se desempeñan en la sociedad, en función de la edad, del sexo y de otros factores sociales y culturales.

Así, el Modelo CIDDM modifiko radicalmente la manera de considerar las discapacidades, las personas discapacitadas y el papel del entorno, así como también la política social, la planificación y la gestión de los servicios de salud, al plantearse de este modo:

Cuadro 1: modelo CIDDM OMS (1980)

<b>Presencia de Enfermedad o Trastorno</b> (Situación Intrínseca)		
<b>Deficiencia</b> <i>(Pérdida funcionamiento)</i>	<b>Discapacidad</b> <i>(Limitaciones actividad)</i>	<b>Minusvalía</b> <i>(Desventaja social)</i>
<i>(Nivel Órgano)</i>	<i>(Nivel Personal)</i>	<i>(Nivel Social)</i>

Pero pese a los logros del esfuerzo por organizar un nuevo paradigma para pensar la temática de la discapacidad, durante las décadas posteriores se asistió a un profundo cambio en el tratamiento de este fenómeno.

En efecto, si bien la CIDDM, introdujo el concepto de Minusvalía con una connotación social, en cuanto a la desventaja que produce en la persona padecer una deficiencia o una discapacidad, se le criticó el modelo teórico en

que se sustenta el concepto, el abordaje negativo centrado en las deficiencias, el escaso enfoque en los aspectos sociales y contextuales, el enfoque de la discapacidad como hecho individual (no universal) y una escasa preocupación por las diferencias culturales existentes en los distintos países en los que las personas con discapacidad de se hallan insertas.

Por lo expuesto, en 1993 la OMS inicia un proceso de revisión de la CIDDDM a fin de aplicar el modelo bio-psico-social de Discapacidad, introducir el concepto de universalidad para la Discapacidad, enfatizar los elementos positivos, no estigmatizantes y establecer un lenguaje común de aplicación universal.

Este proceso culmina con la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) por la 54ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2001.

Este clasificador utiliza el término Funcionamiento como término neutro y término paraguas que abarca: Función Corporal, Actividad y Participación. Por otro lado, el término Discapacidad aparece en el título abarcando: Deficiencias, Limitaciones en la Actividad y Restricciones en la Participación.

En tanto, la incorporación del término de Salud se propone en el título dada la necesidad de enfatizar el hecho de que la CIF se concibe dentro de un marco conceptual que evalúa salud y estados de salud.

También se introducen nuevas perspectivas taxonómicas y terminológicas en la CIF, como:

- **Bienestar:** Engloba todos los dominios de la vida humana, incluyendo aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se puede llamar una “buena vida”.

- **Condición de Salud:** Término que reúne enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, traumatismos o lesiones. Una condición de salud puede

incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés etc. (Las condiciones de salud son codificadas utilizando la CIE-10).

- **Discapacidad:** Término que engloba déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y su entorno (factores contextuales y ambientales).

De este modo, la CIF ha pasado de ser una clasificación de las consecuencias de las enfermedades (versión 1980) a ser una clasificación de los componentes de la salud, que abarca todos los aspectos de ésta y otros aspectos relevantes relacionados con el Bienestar que son descritos como Dominios de Salud y Dominios relacionados con la Salud, ignorando las circunstancias no relacionadas con la salud.

Y dado que el objetivo de la CIF es brindar un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual de la “salud” y de los “estados relacionados con la salud”, la CIF proporciona un perfil sobre el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, que permite un sistema de codificación que se puede utilizar en política sanitaria, en la evaluación de la calidad asistencial, en la evaluación de las consecuencias de la enfermedad en diferentes culturas y por tanto en el proceso de rehabilitación que, en función de esta nueva perspectiva, contribuye a mejorar la salud y el funcionamiento de las personas con discapacidad, para poder traer a las mismas definiciones anteriores al terreno demarcatorio que ordena el sentido de la investigación presente.

## II.IV. Noción de rehabilitación

El término **rehabilitación en salud** se utiliza, en general, para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral, que de acuerdo a la CIF comprende: Condición de salud/enfermedad, la función /estructura (deficiencia), la Actividad<sup>8</sup> (y la restricción), la Participación<sup>9</sup> (y la restricción) y los Factores Contextuales<sup>10</sup> (que la condicionan).

Dado que, como se mencionara anteriormente, el proceso de rehabilitación contribuye a mejorar la salud y el funcionamiento de las personas con discapacidad, se trata de un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

Es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que le permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

De modo que el objetivo de los programas de rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia de las personas en tratamiento, tomando en cuenta sus capacidades y aspiraciones de vida.

---

<sup>8</sup> Capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea, en un entorno uniforme.

<sup>9</sup> Implicación en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento. Permite describir lo que los individuos hacen en su ambiente/entorno real.

<sup>10</sup> Productos y Tecnología (comida, ropa, educación, comunicación, industriales, recreativos, espirituales, arquitectura, etc), Apoyo y relaciones (familia, amigos, profesionales, animales, etc.), Actitudes (familia, amigos, sociedad, profesionales, etc.), Servicios, Sistemas, Políticas. Entorno natural (cambios en el entorno producidos por el hombre como orografía, clima, luz, sonido, etc.)

### **II.IV.I Buscando un criterio de delimitación**

Se ha concluido en los puntos que preceden, que en el caso que nos ocupa se debería aclarar qué concepto de rehabilitación se estará privilegiando y precisar el alcance del término, pues resulta crucial para la tarea propuesta en este trabajo de tesis, aclarar que es difícil encontrar un ejemplo de rehabilitación sin que hayan reflexionado previamente sobre lo que significa.

Es necesario contar entonces, con una definición semántica de la realidad que refleje una toma de posición ya que, delimitar conceptualmente aquello que es “rehabilitación” no es lo mismo que afirmar que ella existe realmente, por tratarse de un proceso social complejo que no se da de modo natural sino que es producido intencionalmente.

Definir permite visualizar una elección de valores preferibles y legitima la acción al justificar de la necesidad de realizar el esfuerzo de una u otra manera.

De este modo, al optar, se ponen límites o fines a un concepto que podría ser entendido y realizado de varias maneras, contando así con una definición universal que permita optar con respecto a un sistema de ideas y una visión del mundo y -a la vez- libere al concepto de quedar atrapado en concepciones genéticas, funcionales o instrumentales.

### **II.IV.II. Otras definiciones de Rehabilitación**

A través del tiempo se han ido construyendo diversas interpretaciones de lo que sería la rehabilitación, en referencia al tiempo, lugar y sistemas de ideas vigente. Según Rovere (2010), las más divulgadas contienen esta característica, hecho que queda claro al observar algunas de ellas:

- *“Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad”.*
- *“Acción y efecto de rehabilitar. Este verbo refiere a restituir a alguien o algo su antiguo estado, habilitándolo de nuevo”.*
- *“Proceso cuya finalidad es que el paciente recupere una función o una actividad que ha perdido por una enfermedad o por un traumatismo. Se trata de la atención sanitaria orientada a las secuelas de un trastorno que genera discapacidad o disfunción”.*
- *“La habilitación o el restablecimiento de una función o de alguien en el estado que supieron ostentar en algún momento”.*
- *“Parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación”.*
- *“Proceso compuesto por acciones médicas y sociales (educación, vivienda, trabajo) tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo el déficit funcional, favoreciendo el autovalimiento, la aceptación de la discapacidad y la inserción social”.*
- *“Proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como*

*así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida”.*

- *“La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permitan la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales”.*

Como se puede apreciar, en todas ellas se presupone un individuo con intención de rehabilitarse (Rovere, 2010) que, al abrir paso a un proceso corrector, incluye la reasunción de alguno de los roles y posiciones que se ocupan en una sociedad.

Por ello es necesario considerar las matrices de esas variables en una concepción integral ya que, independientemente de los distintos y novedosos aspectos que se puedan acentuar, solo partiendo de una concepción del hombre en la sociedad, se justifica una evaluación integral del proceso rehabilitador.

*“Una persona integrada implica el desarrollo armónico e interactivo de la inteligencia, la afectividad y la voluntad, donde cuenta el valor asignado a la capacidad de decidir del ser humano y a la responsabilidad sobre sus actos”.*

En base a esta postura, la rehabilitación puede tomarse como formación, como adquisición de un proceso, en el cuál *“...el “yo” se organiza junto a las consecuencias del déficit, se estructura en sus posibilidades y toma control de ellas, con el fin de obtener algún control sobre sí y con ello, participación social en el medio y las circunstancias en que vive”* (Guirado, 2006:76).

Es dentro de esa instancia física y psíquica, integral e integradora, que el sujeto se encarga de integrar sus actos para posteriormente integrarse a la

sociedad a partir de algunos de los roles y posiciones que los individuos ocupan en ella.

*“El proceso de rehabilitación también puede pensarse como un aprendizaje socializado, cuyos agentes no son solamente los miembros del equipo rehabilitador sino todo agente social mediado a través de una gama de instituciones sociales intermedias (sociedad civil, religiosa, deportiva, etc.) pues se rehabilita no solo con los agentes sanitarios, sino además con los mensajes y valores que privilegia en cada época”<sup>11</sup>.*

Resulta entonces que, en el ámbito de la rehabilitación, las teorías suponen una concepción del hombre, de la sociedad y de los valores que la sustentan y éstas opciones generan conceptos y definiciones que se constituyen en criterios para juzgar a otras concepciones de la rehabilitación.

En esas interpretaciones el ser humano queda muchas veces reducido, ya que se parte de una idea o principio parcial y arbitrario que excluye (como irreal o no valioso) lo que no entra en el ámbito de interpretación del principio asumido.

Con base en estos principios se puede afirmar que, generalmente, se interpreta la realidad del paciente en el contexto de teorías que poseen supuestos acerca de la interacción considerada deseable entre la persona singular y determinadas presiones sociales. Se partirá -entonces- de ciertos supuestos presentes en la mayor parte de las teorías, a saber:

1. El ser humano, en tanto sujeto sensible con posibilidades de acciones inteligentes, en cuanto es humano.
2. Condicionamientos sociales, culturales, contextuales, singulares

---

<sup>11</sup> Cfr. Guirado, V. Battisti, D. (2004) *Introducción a la Gerontología Social*. Rosario:UCU - CREA., 3ª edición, p. 33-35.

del individuo, etc. inciden en los logros, incorporándose al proceso de forma que resulte utilizable.

3. La rehabilitación no se reduce a un programa formal, sino que implica el aprendizaje y el logro de una forma de vivir personalizada y socializada, al producirse dentro de una sociedad organizada, con una cultura socializada en tradiciones, leyes, valores y aquellos disvalores que castiga.

4. A esta forma de propender a la recuperación funcional, atendiendo las necesidades de participar activamente, se accede mediante la intervención de otros agentes sociales; los cuales le otorgan valor al proceso. Por tanto, no cualquier intervención sanitaria rehabilita.

En concordancia, una toma de posición ante la rehabilitación debería dejar abierta la posibilidad de realizarla como un proceso integrado de variables que interactúan entre si y como un proceso de integración de personas (que implica como causa fundamental la recuperación del déficit funcional), mediante un modelo que delimite la noción de rehabilitación y la posición del rehabilitado, al considerarlo en relación a sus posibilidades individuales y sociales, jerarquizándolas por la importancia que poseen.

Inspirado en este marco y a los efectos del trabajo que se desarrolla, cualquier referencia al concepto de rehabilitación se entenderá como *“un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que la persona con limitaciones alcance un nivel funcional óptimo, proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”* (OMS, 1999 – B1 / CIDDM 2)

Esta definición es compatible con el concepto de Salud que propone la OMS, ya que desde el momento en que supone *“un nivel funcional óptimo, que proporcione los medios para modificar su propia vida”*, se cumplen sus preceptos.

En efecto, en el año 1946 la Organización Mundial de la Salud dio una definición de salud donde sugería que todos los recursos de un Estado debían ir dirigidos al gasto sanitario, si es que quería cumplir con las exigencias de un Estado social de derecho, porque según ella, entendía la noción de salud como “...un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>12</sup>.

Posteriormente, una vez que se tomó real conciencia de lo ambicioso de la definición, la misma organización creyó oportuno ofrecer “...una caracterización más modesta, y el grado de salud de las personas empezó a medirse por el de su autoposesión, es decir, la autoposesión de cuerpo y de mente por parte del sujeto es síntoma de salud, mientras que la imposibilidad de autocontrol es síntoma de enfermedad, llevada a su extremo en el acontecer de la muerte”<sup>13</sup>.

Este impulso a la autoposesión se convierte entonces en una tendencia biológica que opera sobre la conducta, estrechamente relacionada con la autoestima y con el ansia de felicidad.

Pero nombrar estos estados no significa que realmente estén presentes, ni siquiera que existan, pues el proyecto personal de autoposesión exige como condición necesaria, la autoestima del sujeto, la conciencia de que puede tener distintos proyectos capaces de ilusionarlo y de contar con capacidades como para llevarlos a cabo.

La noción de autonomía está directamente ligada a estos proyectos, aunque sean distintos en cada persona y por eso, encontrar los propios puede ser un fin, una de las grandes tareas personales, pero tener conciencia de que se cuenta con cierta capacidad para realizarlos es realmente el medio que los refuerza y ofrece como realistas.

---

<sup>12</sup> Preámbulo al documento de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 22 de julio de 1946.

<sup>13</sup> De Gracia, Danilo (1988) “Fundamentos de Bioética”, Eudema, Madrid.

Autonomía significaría en este sentido, “...*crear condiciones efectivas para que la persona se sienta deseosa de proyectarse, ilusionada con sus proyectos, consciente de que puede llevarlos a cabo y que puede contar con otros para esos menesteres si fuera necesario*”<sup>14</sup>.

Por tanto, cuantas intervenciones se lleven a cabo en el terreno de la rehabilitación con vistas a fomentar la autoestima de los individuos, serán siempre valiosos para estos fines, sobre todo, cuando se trata de personas que padecen un residual crónico en sus funciones producto de lesión medular y daño cerebral adquirido, tal como es el caso que nos ocupa.

## **II.V. Lesión medular y daño cerebral**

Por ser una entidad neurológica causante de importantes procesos de discapacidad, la lesión medular y los daños concomitantes que se producen alrededor de esta patología, se corresponden con los más altos índices locales e internacionales, hecho que puede probablemente atribuirse a las condiciones actuales de vida y los elevados niveles de violencia, entre las más importantes cuestiones a destacar.

Por otra parte, el fabuloso aumento en la expectativa de vida de esta población, que se inicia en la segunda mitad del siglo XX, más precisamente en el período de posguerra gracias a los avances tecnológicos y científicos en prevención, atención y manejo de complicaciones, llevo la mayor parte de los sistemas de salud –al menos de occidente- a la necesidad de crear, gestionar y proveer servicios de rehabilitación integrales que trasciendan los aspectos funcionales y permitan la inclusión social.

Para este propósito ha sido y es necesario un abordaje integral de la situación, que en el ámbito de la evaluación, se enfoque no sólo la estimación

---

<sup>14</sup> Op. Cit. De Gracia; (68)

de la condición de salud, sino también en todo lo relacionado al funcionamiento de las personas en su vida diaria, incluyendo su desempeño individual y social.

Este importante aspecto, ha sido tomado en cuenta por los organismos internacionales abocados a la salud, y en ese sentido, la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud evidencia un esfuerzo orientado en esta dirección y es un buen ejemplo, ya que brinda un marco conceptual apropiado para abordar la discapacidad y el funcionamiento humano relacionado con la salud desde un enfoque biopsicosocial que articula las dimensiones corporal, individual y social de las personas y su relación con los factores del ambiente.

Retomando las cuestiones que implican a esta extendida patología, puede decirse que la Lesión Medular (LM) es un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, pues al ser así generadora de importantes procesos de discapacidad, también produce diversas consecuencias para la persona y su familia.

Sólo a título de una orientación sobre el tema y sin perder la mirada de la población con esta dolencia se puede hacer referencias breves sobre la etiología, la cual es muy variada e incluye causas de origen congénito, traumático, infeccioso, tumoral o secundario a enfermedades sistémicas.

La mayoría de la literatura científica establece en primera instancia como causa de LM el trauma, se encuentra el asociado a accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas poco profundas, accidentes deportivos y accidentes laborales, entre otras.

En segunda instancia se encuentran las lesiones no traumáticas asociadas a factores congénitos, secundarios a diferentes patologías o por intervenciones médicas o quirúrgicas.

Este tipo de lesiones ocurren con mayor frecuencia en población joven con una distribución por sexo (hombre / mujer) de 4:1 (para uno y otro sexo).

A la vez, la incidencia de las lesiones medulares es variable entre países y entre regiones<sup>15</sup>, incrementándose la expectativa de vida de las personas con lesión medular en las últimas décadas, gracias a los avances tecnológicos y científicos en aspectos de prevención, atención pre-hospitalaria y manejo de complicaciones en el transcurso de la enfermedad.

Desde una mirada social se puede incluir la idea de que muchas de estas lesiones coinciden con un ambiente socioeconómico muy proclive a las cuestiones delictivas como factor de riesgo que debería verse además como una situación preventiva primaria sine qua non.

La mejora en la expectativa de vida ha sido posible por el desarrollo evidenciado por los notables progresos en relación con los procesos de atención y rehabilitación multidimensionales, interdisciplinarios e intersectoriales, que trasciendan los aspectos funcionales y permitan alcanzar verdaderos procesos de inclusión social.

De esta forma, queda claro que la valoración de la situación de discapacidad en esta población, no se agota en la función o la recuperación de parte de la función alterada, sino que incluye no sólo aspectos relacionados con el funcionamiento de las personas en su vida diaria y la posibilidad de seguir participando activamente en su medio social.

Es este tipo de abordaje biopsicosocial el que permite establecer complejas relaciones entre los diferentes aspectos de la vida de las personas afectadas por la lesión medular, y de ello da cuenta la Organización Mundial de la Salud (OMS), al aprobar en el año 2001 la Clasificación internacional del

---

<sup>15</sup> Wyndaele y Wyndaele, en una revisión sistemática de publicaciones científicas entre 1977 y 2006 sobre incidencia, prevalencia y epidemiología de lesión medular a nivel mundial concluyen que la incidencia global oscila entre 10,4 y 83 por millón de habitantes por año, y la prevalencia entre 223 a 755 por millón de habitantes. Mazaira et ál. estiman que en países desarrollados la incidencia de la lesión medular varía en un rango entre 9 y 53 por millón de habitantes. Cada año suceden 12.000 nuevos casos en Norteamérica, estimaciones actuales sugieren que la incidencia anual de lesiones medulares en los Estados Unidos es alrededor de 40 casos por millón.

funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), como un marco conceptual para abordar la discapacidad y el funcionamiento humano relacionado con la salud desde un enfoque biopsicosocial<sup>16</sup>.

### **II.V.I. Lesiones de la médula espinal**

Si bien el motivo de este trabajo radica en las situaciones concernientes a la salud pública y no a la clínica, creo importante ubicar al lector acerca de la situación que origina esta injuria y de las consecuencias de la misma que son extrapoladas a las sumatorias de los casos como problema comunitario.

Henao-Lema y Pérez-Parra (2013) reportan una mayor incidencia de la lesión medular en hombres, la cual oscila entre 66 y 92% para los distintos países y Sipski et ál. (2015) encontraron que las mujeres mostraron una mejor recuperación neurológica natural que los hombres (utilizando el índice motor ASIA), no obstante, en un nivel y grado de lesión neurológica determinado, los hombres tienden a ser funcionalmente mejores que las mujeres al momento de ser dados de alta del proceso de rehabilitación (utilizando la subescala motora del FIM - *Functional Impairment Scale*).

En cuanto a la edad de ocurrencia, la mayoría de estudios a nivel mundial reportan en sus muestras que la LM se presenta principalmente en personas jóvenes (entre los 16 y 35 años). Debe destacarse que la edad ha sido establecida como factor predictor significativo de supervivencia en esta población, de igual manera, se ha reportado que algunos de los cambios funcionales a largo plazo se asocian de forma importante con esta variable.

---

<sup>16</sup> Este modelo permite establecer el perfil de funcionamiento y discapacidad de la persona articulando aspectos desde las dimensiones corporal, individual y social, y su relación con los factores del ambiente que pueden actuar como facilitadores o barreras de la situación de discapacidad. Como medida de funcionamiento, el modelo de la CIF es útil para establecer comparaciones a partir de su uso en el establecimiento de mediciones basales, a fin de determinar la eficacia y el resultado de las intervenciones, o como indicador de calidad de vida.

## II.V.II. Etiología, nivel y extensión de la lesión medular

Respecto a los factores etiológicos, los traumatismos constituyen aproximadamente el 60% de los casos de lesión medular en países desarrollados, estando la ciudad de Rosario entre éstos parámetros y el 80% que datan otros países en vía de desarrollo de la región.

Los accidentes de tránsito tienen una incidencia global importante que oscila entre el 12 y 63%

Las lesiones medulares se denominan de acuerdo con el último nivel intacto, es decir, aquella metámera que preserva todas las funciones neurológicas: motoras, sensitivas y autonómicas.

En este sentido, pueden clasificarse de acuerdo con la funcionalidad clínica del paciente como cervicales (C1 a C8), torácicas altas (T1 a T6), torácicas bajas (T7 a T12), lumbosacras (L1 a S1) y del cono medular (sacro coccígeas). Entre más alta la lesión mayor será el compromiso funcional del paciente.

A título de referencia se menciona que la escala más utilizada a nivel internacional para evaluar la extensión o completitud de la lesión medular es la AIS (ASIA Impairment Scale) que sigue los estándares para clasificación neurológica de la Asociación Americana de Lesiones Medulares ASIA (*American Spinal Injury Association*).

Esta escala clasifica la LM de acuerdo con cinco grados determinados por la ausencia o preservación de la función motora y sensitiva. La mayoría de las lesiones reportadas en las distintas investigaciones a nivel mundial se

ubican en los niveles cervical, entre el 34 y 53% de los casos, y torácico, entre el 43 y 48%, en tanto las lesiones lumbosacras van del 10 a 14%<sup>17</sup>.

De acuerdo con la extensión o completitud de la lesión, utilizando AIS, la literatura científica internacional indica un mayor predominio del grado A o lesión completa (48 a 58%), seguido de los grados B y C o lesiones incompletas (16 a 44%), y en menor proporción grados D y E.

**Tabla 1. Escala de clasificación de la lesión medular**

	Lesión completa A	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
	Lesión incompleta B	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión, que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
	Lesión incompleta C	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
	Lesión incompleta D	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
	Normal E	Las funciones sensitiva y motora son normales

<sup>17</sup> De acuerdo a los registros de ILAR (2016), el 18,5% corresponde a lesiones cervicales, 41,5% torácicas altas y el 40% por debajo de T6.

Franceschini et ál. (2015), en un estudio longitudinal de personas con lesión medula, evaluaron la asociación entre el nivel, la completitud y la etiología de la lesión medular con variables asociadas a la calidad de vida, encontrando una correlación significativa entre el nivel de la lesión con el grado de autonomía de las personas.

Existen además, por lo menos cinco tipos de cambios que las personas con lesión medular experimentan con el tiempo:

- 1) Los efectos de vivir con la lesión por muchos años, tales como deterioro del hombro, infecciones urinarias crónicas o problemas posturales;
- 2) complicaciones secundarias a la lesión original, tales como siringomelia postraumática;
- 3) procesos patológicos no relacionados con la lesión medular, como enfermedad cardíaca u otras enfermedades crónicas;
- 4) cambios degenerativos asociados con el envejecimientos, tales como articulares, sensoriales y problemas de tejido conectivo;
- 5) factores medioambientales, como los sociales, comunitarios y aspectos culturales que pueden complicar la experiencia de envejecer con lesión de la médula espinal.

En la muestra de Lugo et ál. en el 2007, se encontraron principalmente las siguientes complicaciones: dolor en el 80% de los pacientes a los tres meses de ocurrencia de la lesión, espasticidad en el 64,9% de los casos al primer año, infecciones urinarias en el 38% a los tres meses, y úlceras de presión en el 25% al primer mes después de ocurrida la lesión (17).

Hitzig et ál., en su estudio con pacientes con LM con más de un año evolución, determinaron la asociación entre la incidencia autorreportada de complicaciones de salud secundarias a la lesión medular con las variables edad, tiempo de evolución de la lesión y deficiencia (13).

En esta investigación se encontró que la relación de tasas (odds ratios) para complicaciones cardiacas, presión arterial alta y complicaciones respiratorias se incrementó con la edad, mientras la disreflexia autónoma, infecciones vesicales, osificación heterotópica, estrés psicológico y adicción a drogas decrecieron.

La relación de tasas para úlceras de presión, disreflexia autónoma y osificación heterotópica se incrementó con el tiempo de evolución, mientras la presión arterial alta, problemas intestinales, estrés psicológico y depresión disminuyeron.

Las lesiones completas estuvieron asociadas con infecciones urinarias, úlceras de presión y disreflexia autónoma.

La paraplejia estuvo asociada con presión arterial alta y la cuadriplejía con disreflexia autónoma. Por su parte, Charlifué et ál. en su estudio sobre el impacto de la edad, edad de inicio, años de evolución y severidad de la lesión, sobre los cambios en el tiempo de variables físicas y psicosociales de personas envejeciendo con lesión espinal e identificación de los mejores predictores de esas variables (19), encontraron que el mejor predictor de la aparición de una complicación, particularmente las úlceras de presión, es la incidencia previa de dicha complicación aún en sobrevivientes de larga data<sup>18</sup>.

Desde esta perspectiva, los autores argumentan que el desafío para los clínicos es evitar la tendencia a dar por sentado que estas complicaciones son

---

<sup>18</sup> Hitzig et ál., en su estudio con pacientes con LM con más de un año evolución, determinaron la asociación entre la incidencia autorreportada de complicaciones de salud secundarias a la lesión medular con las variables edad, tiempo de evolución de la lesión y deficiencia.

comunes, es de su incumbencia no dejar pasar la oportunidad para prevenirlas, y que tal esfuerzo debe ser renovado con cada intervención.

A título de aclaración es la intención del trabajo no inclinarse hacia la temática clínica, pero sí pararse desde ella para poder extrapolar las consecuencias reales de estas poblaciones muchas veces olvidadas de pacientes jóvenes y con edades productivas para sí, para su entorno y para la comunidad toda.

## **II.VI. Discapacidad como referente conceptual**

El proceso de evolución de la concepción de la discapacidad ha mezclado situaciones de rechazo y negación, actuaciones de beneficencia, caridad y asistencia, llegando finalmente a la promoción de la aceptación plena de la persona, a través de acciones que fomenten la autonomía personal y la inclusión social.

Este proceso no se ha dado de una forma lineal ni con unos límites de tiempo específicos; de igual manera, no ha trascendido todas las esferas de la sociedad.

En la actualidad es posible hablar de la coexistencia de “distintas visiones sobre la misma situación que indica la propia y natural limitación del ser humano, con la dificultad que supone para él aceptar la evolución conceptual”.

Los modelos biologists asumen la discapacidad desde el punto de vista anatomofuncional. Desde este modelo se privilegia la intervención en el sector salud a través de acciones terapéuticas individualistas y de carácter compensador para que la persona vuelva a ser útil y apta para vivir en sociedad.

A partir de los modelos sociales se asume que aunque la discapacidad siempre tiene un sustrato biológico que determina las condiciones de

funcionalidad de la persona, lo realmente importante es el papel que juegan el entorno social y el entorno creado por el hombre, donde las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona y las que definen en sí mismas la “situación de discapacidad”.

En este sentido, Hanh expresa que “el problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”.

Por tanto, las intervenciones desde este modelo son responsabilidad de la sociedad buscando realizar adecuaciones sobre el entorno que faciliten la plena participación de las personas en situación de discapacidad en todas las esferas de la vida social.

El modelo sociopolítico, como extensión del social, se conoce también como el modelo de discapacidad de las minorías.

Este incorpora en su filosofía la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, quienes se definen a sí mismas como miembros de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad, promulgándose como un “colectivo colonizado” por la cultura médica, que impone sus criterios y define las situaciones de discapacidad y sus necesidades, partiendo para ello de la premisa de que la persona con discapacidad es incapaz para autodefinirse y autorregularse.

### **II.VI.I. La realidad local: de lo macro a lo micro**

A fin de poder contrastar los conceptos y nociones expuestas anteriormente, resulta pertinente enfocarse en aspectos de la realidad local, que por resultar expresiones de los criterios organizativos que delinear las

políticas sanitarias de nuestra ciudad y provincia, permiten compararlas y evaluarlas desde la postura asumida.

En septiembre de 2015 el ministro de Salud provincial, la subsecretaria de Inclusión para Personas con Discapacidad y la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Rosario firmaron un convenio marco de Gestión Unificada de Rehabilitación en Salud Pública, por el cual se crea un ámbito de Coordinación de Gestión Unificada de Rehabilitación, cuyo objetivo es garantizar el acceso universal y la gratuidad a dichos procesos por parte de la ciudadanía que así lo requiera.

En oportunidad del mismo, Provincia y Municipio se propusieron coordinar y utilizar con la mayor eficacia los recursos humanos y materiales de rehabilitación, a fin de poder ordenarlos y disponerlos en forma conjunta, para seguir garantizando el derecho a la salud<sup>19</sup>.

Esta Red de rehabilitación, pensada en un marco de acompañamiento, cuenta con cincuenta centros de salud, laboratorio, un soporte farmacológico y un ámbito propio para la producción de prótesis y ortesis, ampliando así el dispositivo con el que cuenta el servicio público de salud para abordar la problemática de modo integral<sup>20</sup>.

De esta manera, en las voces de los principales funcionarios y directivos del área sanitaria, se declaraba la voluntad expresa de integrar recursos, coordinar acciones y trabajar en base a un horizonte donde la rehabilitación sea considerada como un área de intervención integral y específica que el sistema de salud garantizaría.

Se reconoce así que se trata un problema público y no del de una persona, hecho que reviste gran relevancia, sobre todo si se considera que al

---

<sup>19</sup> Alojamiento de fuente: <https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/217195/> última consulta: 20/07/2016

<sup>20</sup> Lo descrito es puesto en palabras del Secretario de Salud Pública municipal al momento de la firma del convenio

momento de pensar al mejor aprovechamiento de los recursos humanos y tecnológicos, los modelos que proliferan en la región y no pocos de los sugeridos por organismos paraestatales de cooperación y salud, se basan en modelos de eficiencia trasladados directamente de experiencias exitosas exhibidas por empresas asistenciales que prestan servicios de salud.

Aunque debe aclararse que este no es el caso de la ciudad de Rosario ni de la Provincia de Santa Fe, no puede omitirse la mención de la especie ya que, si bien el sistema público está concebido en función de un paciente que es a la vez ciudadano, y como tal, sujeto de derechos, no siempre las intervenciones que efectivamente se realizan se hallan a la altura de la vara que proponen las autoridades políticas.

Este fenómeno, que no es ni exclusivo ni es nuevo, bien podría estar mostrando asimetrías que enrarecen la relación entre las cuantiosas inversiones en infraestructura y medios, y el sistema de procedimientos y controles que monitorea su desempeño.

Tanto es así, que las autoridades que conducen la Salud Pública bien podrían partir de principios políticos, técnicos y comunitarios, como definen Capiello y Paradiso cuando sostienen que “...*el principio superior y ordenador es de naturaleza política e ideológica: considerar la salud como derecho universal y esencial, y la garantía viene provista desde el Estado*”<sup>21</sup> y proponer “*una construcción en la cual se pueden reconocer los aportes de cada uno*” (Capiello y Paradiso, 2003: 12), y -sin embargo- algunos de sus dispositivos funcionar con niveles de compromiso diferenciados o incluso contradictorios.

Es evidente que estos hipotéticos desacoples no llegan de la mano de los sanos y humanistas principios que inspiran las políticas, sino de la creencia de que la mera declaración de compromiso podría sustituir –o al menos en

---

<sup>21</sup> Capiello, M. y Paradiso J.C (2003); disponible en: [http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial\\_2811.php](http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2811.php) Última visita 12-07-2016

parte- la presencia de controles sistemáticos en los procesos micro, que es precisamente donde estas asimetrías podrían evidenciarse.

Al respecto muchos de los programas más ambiciosos propuestos, financiados y ejecutados por los organismos, encuentran sus debilidades en los niveles más bajos de ejecución, porque es allí donde se halla la zona gris que los indicadores macro no exploran.

De hecho, y como se mencionara, estas asimetrías y desacoples sistémicos no son una novedad ni –en el caso que así resultara- tampoco exclusividad del sistema local de salud pública.

Planes y programas europeos largamente probados tambalean por debilidades en el basamento o en el ingreso/egreso del sistema, como sucede en el británico, donde hace tiempo se viene anunciando que “...*tambalea por falta de medios, agravada en los últimos años por la falta de personal médico y las disputas contractuales entre el Gobierno y los médicos residentes*”<sup>22</sup>.

Esta situación, que ha llevado a la saturación de los hospitales, gran descontento y largas horas de espera para recibir tratamientos de urgencia y hasta operaciones canceladas en el último minuto, ha sido reconocida por la primera ministra británica, Theresa May, y cuya respuesta política fue, paradójicamente, contratar 500 médicos “más baratos” provenientes de España, Polonia, Grecia y Lituania.

España no fue la excepción y mientras realizaba dolorosos recortes solicitaba –justamente- a consultores y prestadores privados agrupados en la Cámara de Comercio Americana (asociación que agrupa a la industria farmacéutica y de tecnología médica) un diagnóstico de la salud pública.

El informe se pudo conocer a través del mayor multimedio español, concretamente, el periódico El País, bajo el título: “*Los seis aspectos que fallan*”

---

<sup>22</sup> Fuente: Emol.com – alojado en: <http://www.emol.com/noticias/Internacional/2017/02/11/844486/El-sistema-de-salud-publica-britanico-tambalea-por-falta-de-medios.html> Última visita 11 - 11 - 2017

*en la sanidad española*<sup>23</sup> y como se puede apreciar, hace referencia en algunos casos a cuestiones de “caja”, mientras que en otros, pareciera orientar la crítica hacia una “ostensible desatención” que el Estado estaría dando a sus intereses empresarios, a saber:

1. Desprotección de la innovación.
2. Falta de involucración del paciente.
3. Merma de la capacidad de decisión de los médicos.
4. Inequidad territorial.
5. Disparidad en la toma de decisiones.
6. Falta de criterios estratégicos.

Palabras más o palabras menos, al igual que en las islas británicas, el paciente sigue ausente, sobre todo al momento del arqueo de caja y según los datos recabados, el caso de otras naciones europeas, como Grecia y Portugal, es similar.

En lo que atañe a la primera, las autoridades sanitarias reconocen que se ha reducido el acceso a los servicios sanitarios, y la presión sobre los servicios públicos es mayor, porque las personas ya no pueden permitirse una asistencia sanitaria privada y están acudiendo a hospitales públicos (los ingresos hospitalarios aumentaron un 48% entre 2009 y 2015, sin contar quienes aun con problemas de salud no solicitan asistencia sanitaria<sup>24</sup>).

---

<sup>23</sup> Fuente – alojado en: [https://elpais.com/politica/2017/09/25/actualidad/1506343147\\_796455.html](https://elpais.com/politica/2017/09/25/actualidad/1506343147_796455.html)

Última visita 16 - 11 - 2017

<sup>24</sup> En Grecia el desempleo aumenta cada año y, en la actualidad, el 27% y aproximadamente el 18% de la población ya no dispone de cobertura de seguro sanitario, debido a que se pierde la cobertura después de dos años de desempleo. La política sanitaria de salud viene dictada por los informes de los prestamistas oficiales de Grecia: la UE, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional y está obligada a cumplir ciertas condiciones.

Sin embargo, los técnicos que llevan este proceso, afirman que el fracaso de la reforma sanitaria se debe a que “...*el sistema de salud carece de los elementos estructurales necesarios para asignar el dinero de una manera más eficiente y racional*”, y a “...*la excesiva prescripción médica, que es un problema recurrente y se debe principalmente a que el sistema sanitario nunca desarrolló mecanismos para controlar el gasto mediante la evaluación de otros medicamentos y servicios médicos*”<sup>25</sup>.

En buen romance, para los evaluadores se gasta mal porque la gente va mucho al médico y porque como consecuencia, se prescriben muchos remedios.

En Portugal, de acuerdo con un informe elaborado por expertos sanitarios, se alerta sobre la falta de camas y enfermeros y la escasa inversión en salud mental, el derecho al acceso a la salud pública se encuentra amenazado, después de años de crisis y austeridad.

Sin embargo, el secretario de Estado adjunto de Sanidad, Fernando Leal da Costa, encontró fallos metodológicos en este estudio y consideró que el sistema de salud luso “*no sufrió impactos significativos por las medidas de austeridad, independientemente de que las personas pasaron a pagar más por la sanidad al mismo tiempo que se empobrecían y que el 35% de la población está sujeta a condiciones socioeconómicas que ponen en peligro sus necesidades esenciales*”<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Fuente: alojado en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/14-030114/es/> Última consulta 11-11-2016

<sup>26</sup> El documento está elaborado por el Observatorio Portugués de los Sistemas de Salud -organismo en el que participan varios centros universitarios de todo el país-, atribuye este deterioro a las políticas adoptadas durante el período en que Lisboa se encontró bajo la asistencia financiera de la troika (2011-2014) Alojado en: [https://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2015-06-16/la-austeridad-dejo-el-sistema-de-salud-portugues-amenazado-segun-expertos\\_609205/](https://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2015-06-16/la-austeridad-dejo-el-sistema-de-salud-portugues-amenazado-segun-expertos_609205/) Última consulta 14-11-2016

Desde una lectura primaria se puede apreciar en estos escuetos ejemplos, como las evaluaciones que realizan los organismos multilaterales de crédito que condicionan a las naciones, y los organismos internacionales especializados en sistemas de salud, suelen girar en torno a la eficiencia macro de la gestión económica, dejando en segundo plano, soterrando, cuando no ignorando, los mecanismos micro de intervención.

Es un hecho que la rehabilitación no queda ajena a estas tendencias y a estos procesos, por lo cual resulta interesante destacar la necesidad atender los procesos que producen efectos concretos, prácticos, en las personas afectadas.

## **II.VII. Niveles de Intervención en salud**

La OMS no ha estado ajena a esta problemática, dado que la dinámica imprime nuevas necesidades para nuevos problemas.

Es un hecho que históricamente los servicios de rehabilitación han tenido baja prioridad para muchos gobiernos, especialmente los que poseen una inversión equivalente en salud, generando servicios mal coordinados y pobremente desarrollados.

Además, las tendencias globales en salud y envejecimiento indican la necesidad de una ampliación importante de los servicios de rehabilitación en países de todo el mundo y en países con ingresos bajos y medios en particular.

La inversión en rehabilitación permite que la gente que posee una afección de salud logre y mantenga un funcionamiento óptimo, mejorando su salud e incrementando su participación en la vida, tal como educación y trabajo, y por ende, aumentando su productividad económica.

De modo que fortalecer la rehabilitación ha resultado para la OMS una política fundamental para responder a la demanda creciente de rehabilitación y

garantizar que esté disponible y sea asequible para las personas que la requieren, proponiéndola como un conjunto de medidas que ayudan a los individuos a lograr y mantener un funcionamiento óptimo en interacción con su entorno a la luz de una discapacidad.

Así planteada, la rehabilitación maximiza la habilidad de la gente para vivir, trabajar y aprender a su máximo potencial, pudiendo reducir las dificultades funcionales relacionadas con el envejecimiento y mejorar la calidad de vida, de acuerdo a ciertos principios generales:

- La rehabilitación contribuye a la prestación de atención integral centrada en la persona.
- La rehabilitación es un componente integral de los servicios de salud, lo que garantiza que la gente pueda realizar su potencial funcional pleno en los entornos en los que viven y trabajan.
- Los servicios de rehabilitación son relevantes junto al espectro de la atención.
- La rehabilitación incluye intervenciones para la prevención de deficiencias y desmejoras en la fase aguda de atención como también para la optimización y el mantenimiento del funcionamiento en las fases de largo plazo y post-agudas de atención.
- La rehabilitación es parte de la cobertura universal de salud; por lo tanto, deben realizarse esfuerzos para incrementar la calidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios.
- Los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud deben incluir acciones y políticas para mejorar la calidad, accesibilidad y asequibilidad de la rehabilitación, y así reconocer su importancia como servicio de salud.
- Las políticas e intervenciones deben tratar el alcance y la intensidad de las necesidades de servicios de rehabilitación en varios grupos de la población y áreas geográficas, de forma tal que los servicios de

rehabilitación de calidad sean accesibles y asequibles para todas las personas que lo necesiten.

Sin embargo, la gente experimenta varios obstáculos para acceder a los servicios de rehabilitación y por lo tanto, deben identificarse requisitos específicos en la población y estrategias para tratarlos de forma tal que el sistema de salud pueda garantizar la disponibilidad equitativa de los servicios.

### **II.VII.I. Riesgo en rehabilitación**

En nuestro país y en particular en el sistema público de salud local, los efectores donde se prestan servicios de rehabilitación se organizan por categorías relacionadas con su capacidad para la resolución de problemas de las personas con discapacidad, a fin de adecuar la oferta de servicios a las necesidades de quienes lo necesiten por medio de, precisamente, dicho ordenamiento.

Tal como indica el instrumento legal que regula este tipo de categorización prestacional, la existencia de una jerarquía de efectores, dada en función de sus posibilidades de resolución de problemas, determina un modelo de estratificación de la oferta que permite la conformación de redes de servicios y sus correspondientes mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El concepto de red debe entenderse como un modelo de atención organizado que es más que un grupo más o menos grande de efectores asociados o contratados o unidos por un acuerdo.

## II.VII.II. Categorización de establecimientos de rehabilitación

La categorización de establecimientos de rehabilitación para atención de personas con discapacidades se fundamenta en los criterios de riesgo establecidos en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, donde se entiende por criterio de riesgo, a la capacidad de un establecimiento para la resolución de determinados problemas, en función de los recursos que dispone.

A los efectos de esta categorización, entiéndase como establecimiento al lugar donde se realizan las prácticas, esto es, la *“unidad asistencial donde se ejerce la profesión y que reúne un conjunto de recursos humanos y físicos bajo una misma conducción, ubicada en un local o conjunto edilicio que funcione como tal”*.

Los requisitos de categorización son concordantes con los determinados en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resoluciones 282/94, 801/94, 211/96, etc.). Los requisitos de planta física, por otra parte, se ajustan a la ley 22.431 y sus modificaciones, la ley 24.901, y los respectivos decretos reglamentarios.

Las citadas normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad, refieren su aplicación en “establecimientos asistenciales”, así enunciados en forma genérica.

La Resolución 282, sin embargo, aclara expresamente en su artículo 1º que se refiere a “establecimientos asistenciales con internación”.

En el Anexo de la Resolución 211 se encuentra referencia concreta y explícita a establecimientos hospitalarios, surgiendo que se trata del hospital público, mientras que la Resolución 801 lo hace de manera indirecta.

Por estas y otras razones se concluiría que los tres instrumentos han sido diseñados con espíritu de aplicación, principalmente, en el hospital público.

Por otra parte, la Resolución 282 hace referencia explícita a la Resolución 2385 que es la que tipifica las clases de "establecimientos asistenciales", ya sea que asistan pacientes ambulatorios, internados o ambos.

De lo expuesto se concluye que un modelo de categorización de establecimientos y servicios para rehabilitación, debe incluir tanto aquellos que sólo asisten usuarios ambulatorios, como en internación, o ambos, tanto sean establecimientos públicos como privados.

Por extensión, han de incluirse establecimientos de otras dependencias, como por ejemplo los de Obras Sociales.

En consecuencia, y a los fines prácticos, los establecimientos de rehabilitación para personas con discapacidad para el Sistema Único se tipifican de la siguiente manera:

1. Centro especializado
2. Clínica
3. Sanatorio
4. Instituto
5. Hospital

En cualquiera de estos casos, el establecimiento podrá dedicarse en forma exclusiva a la atención de personas con discapacidad, o podrá ser parte de otra institución de asistencia médica o educativa no exclusivamente dedicada a la atención de este tipo de pacientes; en ambos casos, sin embargo, los requisitos de categorización exigibles son los mismos y ambos tipos de servicios deberán diferenciarse claramente.

En concordancia con lo establecido, las unidades asistenciales en las que se brinden servicios a personas con discapacidad serán clasificadas en las siguientes categorías:

1. **Nivel I o Bajo Riesgo:** Corresponde al Nivel I Bajo Riesgo, según la tipificación de la Resolución 211/96 del MSAS. Se aplica a

establecimientos de atención ambulatoria (en este nivel no hay internación) que se dedican a la rehabilitación de personas con discapacidades, o a las áreas o servicios de rehabilitación de establecimientos polivalentes, a saber: a) En el área de su especialidad realiza acciones de promoción y protección de salud según los Programas que instrumente el Sistema o el establecimiento de referencia; b) Realiza diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida; c) Provee tratamientos específicos; d) Previene complicaciones secundarias de la deficiencia o discapacidad de origen o primitiva; e) Realiza búsqueda de demanda oculta y controles conforme se establezcan en los Programas del Sistema o establecimiento de referencia; f) No tiene actividad de internación; g) Dispone de mecanismos explicitados de referencia y contrareferencia; h) Puede ser nivel de referencia de Consultorios, Gabinetes, y EAG.

**2. Nivel II o Mediano Riesgo:** Corresponde al Nivel II Mediano Riesgo según la tipificación de la Resolución 211/96 del MSAS. Se encuentra en Centros, Clínicas, Sanatorios y Hospitales, e Institutos; en caso que tengan internación deberán cumplirse las normas establecidas por la Resolución 282/94 y las jurisdiccionales que sean de aplicación, además de las requeridas en el presente instrumento. Puede dedicarse en forma exclusiva a la rehabilitación de personas con discapacidades, o ser parte de un establecimiento polivalente. El Nivel de Mediano Riesgo se encuentra en Centros, Clínicas, Sanatorios, Institutos, Hospitales. Con independencia de su ubicación institucional o dependencia, para la integración en la red del Sistema Único cumple con las siguientes actividades, sumadas a las del nivel anterior: a) En el área de su especialidad realiza acciones de promoción, prevención de salud de acuerdo con los Programas que instrumente el Sistema o el

establecimiento de referencia, y actividades de recuperación según su capacidad; b) Realiza diagnóstico temprano de daño, o detección precoz de discapacidades; c) Provee tratamientos específicos a un número importante de pacientes ambulatorios y/o pacientes internados; d) Brinda la atención inicial a pacientes que luego pueden ser derivados al Nivel inferior; e) Provee tratamiento a pacientes en rehabilitación conforme la cantidad y grado de desarrollo de sus recursos; f) Seguimiento de pacientes al egreso de internación o tratamiento; g) Posibilidad de trabajo en equipos multidisciplinarios; h) Recibe pacientes de instituciones de nivel menor (referencia del nivel menor); i) Puede tener actividades de internación de pacientes de rehabilitación.

**3. Nivel III Alto Riesgo:** Corresponde al Nivel III Alto Riesgo según la tipificación de la Resolución 211/96 del MSAS. En caso que tengan internación deberán cumplirse las normas establecidas por la Resolución 282/94. Se trata de Establecimientos que asisten pacientes ambulatorios e internados y se encuentra en condiciones de resolver todas las situaciones que requieran del mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto por el recurso humano capacitado como por los recursos tecnológicos que dispone. Es un establecimiento de referencia, que también puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo. El Nivel de Alto Riesgo se encuentra en Centros, Clínicas, Sanatorios, Institutos, Hospitales. Con independencia de su ubicación dentro de la institución o su dependencia, para la integración en la red del Sistema Único cumple con los siguientes objetivos y actividades, que se suman a los de los niveles anteriores: Es centro de referencia de establecimientos de menor nivel y Está en condiciones de hacer docencia e investigación.

Revisar los criterios con los que se realiza esta categorización interesa y reviste gran importancia, pues es un buen ejemplo del modo en

el que la organización del sistema de prestaciones en rehabilitación, organiza y limita a los centros prestadores, sus posibilidades de intervenciones y las prácticas de los profesionales que allí cumplen sus tareas.

De acuerdo a lo que puede constatarse en la documentación existente en ILAR, el Instituto está categorizado en el ***Nivel de Riesgo III en Rehabilitación***, y por tanto, se integra a la red del Sistema Único con las siguientes actividades:

a) En el área de su especialidad realiza acciones de promoción y protección de salud según los Programas que instrumente el Sistema o el establecimiento de referencia;

b) Realiza diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida;

c) Provee tratamientos específicos a pacientes ambulatorios y/o pacientes internados;

d) Brinda la atención inicial a pacientes que luego pueden ser derivados al Nivel inferior y previene complicaciones secundarias de la deficiencia o discapacidad de origen o primitiva;

d) Provee tratamiento a pacientes en rehabilitación y realiza búsqueda de demanda oculta y controles conforme se establezcan en los Programas del Sistema o establecimiento de referencia;

e) Tiene actividad de internación y realiza el seguimiento de pacientes al egreso de internación o tratamiento;

f) Posibilidad de trabajo en equipos multidisciplinarios y dispone de mecanismos explicitados de referencia y contrareferencia;

g) Recibe pacientes de instituciones de nivel menor (referencia del nivel menor) y puede ser nivel de referencia de Consultorios, Gabinetes, y EAG.

h) Centro de referencia de establecimientos de menor nivel y Está en condiciones de hacer docencia e investigación.

### **II.VII.III. ILAR y los niveles de atención**

Si bien nuestro sistema de salud se encuentra dividido en tres niveles de atención, y garantiza una atención apropiada y racional para todos los problemas de salud, deben distinguirse éstos de las estrategias de abordaje a la discapacidad, dado que los principios de los programas preventivos de salud y de escalonamiento de complejidad, no se vinculan directamente con los niveles de riesgo en rehabilitación.

En una institución como ILAR, categorizada como Nivel III de Riesgo en Discapacidad (Rehabilitación) y Nivel II de complejidad de Internación, un equipo multidisciplinario de rehabilitación está integrado por especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, Kinesiología, Terapia Ocupacional, educación física, Enfermería de rehabilitación, Trabajo Social, Psicología, Fonoaudiología y Pedagogía se ocupan de esta atención.

*En este caso, el enfoque está centrado en retrasar la aparición o el progreso de complicaciones en una enfermedad que ya se ha establecido en su etapa clínica, por lo que constituye un aspecto importante de la terapéutica en rehabilitación.*

En este sentido, aunque es fácil encontrar similitudes, no debe confundirse el Nivel de riesgo II con el tercer nivel de complejidad general, aunque que en ambos casos, se aplican medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por los daños a la salud y facilitar la adaptación de los pacientes a enfermedades incurables.

#### **II.VII.IV. Objetivos de la rehabilitación**

La rehabilitación pretende facilitar la recuperación tras una pérdida de la función.

Ésta puede deberse a fractura, amputación, otro trastorno neurológico, artritis, deterioro cardíaco o desacondicionamiento prolongado (por ejemplo, después de algunos trastornos y procedimientos quirúrgicos).

La rehabilitación puede ser física, ocupacional y del habla (fonoaudiología), y puede incluir asesoramiento psicológico y servicios sociales.

Para algunos pacientes, el objetivo es la recuperación completa con la totalidad de la función, sin restricciones; para otros, es la recuperación de la capacidad para hacer tantas actividades de la vida cotidiana como sea posible.

Los resultados de la rehabilitación dependen de la naturaleza de la pérdida y la motivación del paciente y en función de ello, el progreso puede ser lento para los pacientes ancianos y para los que carecen de fuerza muscular o motivación.

La rehabilitación puede comenzar en un hospital o unidad de cuidados agudos.

Los hospitales o unidades de rehabilitación suelen ofrecer una atención más extensa e intensiva; deben ser considerados para los pacientes que tienen buen potencial de recuperación y pueden participar en una terapia enérgica y tolerarla (en general,  $\geq 3$  h/día).

Muchas residencias cuentan con programas menos intensivos (en general, 1 a 3 h/día, hasta 5 días/semana) que duran más tiempo y por lo tanto se adaptan mejor a los pacientes menos capaces de tolerar la terapia (pacientes débiles o los ancianos).

En los ámbitos ambulatorios o en el hogar pueden ofrecerse programas de rehabilitación menos variados y menos frecuentes y son adecuados para muchos pacientes.

Sin embargo, la rehabilitación ambulatoria puede ser relativamente intensiva (varias horas al día hasta 5 días/semana).

Se indica un abordaje interdisciplinario porque la discapacidad puede conducir a diversos problemas (depresión, falta de motivación para recuperar la función perdida, problemas económicos).

Así, los pacientes pueden requerir intervención psicológica y ayuda de trabajadores sociales o profesionales de la salud mental. Asimismo, los miembros de la familia pueden necesitar ayuda para aprender cómo adaptarse a la discapacidad del paciente y cómo ayudarlo.

Para iniciar la terapia de rehabilitación formal, el profesional que lleva el tratamiento, debe hacer una derivación o prescripción al equipo de rehabilitación, que debe establecer el diagnóstico y el objetivo de la terapia.

El diagnóstico puede ser específico (por ejemplo después de un accidente cerebrovascular izquierdo, las deficiencias residuales del lado derecho en los miembros superiores e inferiores) o funcional (por ejemplo, debilidad generalizada debida al reposo en cama).

Los objetivos deben ser lo más específicos posible (por ejemplo, entrenamiento para utilizar una prótesis, maximizar la fuerza muscular general y la resistencia global).

Aunque a veces se realizan instrucciones vagas (por ejemplo, kinesiología para evaluar y tratar), no se adaptan al mejor interés de los pacientes y pueden ser rechazadas con una solicitud para obtener instrucciones más específicas. Los médicos no familiarizados con las derivaciones escritas para la rehabilitación pueden consultar a un médico fisiatra o dónde no existe este profesional muchas veces las sugerencias vienen del lado del profesional de la kinesiología.

En todos los casos, la evaluación inicial establece objetivos para restablecer la movilidad y las funciones necesarias para realizar las actividades de la vida cotidiana, que incluyen el cuidado personal (por ejemplo, asearse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño), cocinar, limpiar, comprar, controlar los fármacos, manejo de las finanzas, utilizar el teléfono y viajar.

El médico que realiza la derivación y el equipo de rehabilitación determinan qué actividades son alcanzables y cuáles son esenciales para la independencia del paciente, agregando objetivos que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida, una vez que se maximiza la función de estas actividades.

Con respecto a la duración de los tratamientos, los pacientes mejoran a diferentes ritmos y si bien algunos ciclos de terapia duran sólo algunas semanas; otros son más extensos y, de hecho, algunos pacientes que han completado la terapia inicial necesitan una adicional.

En este sentido, la instrucción del paciente y la familia es una parte importante del proceso de rehabilitación, sobre todo después de que se le da de alta al paciente y se reincorpora a la comunidad.

A menudo, el enfermero es el miembro del equipo responsable de esta instrucción, enseñándole a los pacientes cómo mantener las funciones recién recuperadas y cómo reducir el riesgo de accidentes (caídas, cortes, quemaduras) y discapacidades secundarias.

A los cuidadores principales o familiares se les enseña cómo ayudar al paciente a ser tan independiente como sea posible, de modo que no lo sobreprotejan (que conduce a la disminución de estado funcional y a la mayor dependencia) o desatiendan las necesidades primarias del paciente (que conduce a sentimientos de rechazo, que pueden causar depresión o interferir con el funcionamiento físico). En la actualidad existe una nueva figura que es la del acompañante terapéutico.

Se debe destacar que el apoyo emocional de sus familiares y amigos es esencial y puede adoptar muchas formas, mientras que para algunos pacientes

el apoyo espiritual y el asesoramiento brindado por pares o asesores religiosos pueden ser indispensables.

#### **II.VII.V. El equipo rehabilitador**

El equipo de rehabilitación establece los objetivos a largo y a corto plazo para cada problema.

Por ejemplo, una persona con una mano lesionada puede tener una movilidad limitada y debilidad. Los objetivos a corto plazo pueden consistir en aumentar la movilidad hasta cierto grado e incrementar la fuerza hasta una determinada capacidad de prensión o agarre.

Los objetivos a largo plazo pueden ser, por ejemplo, conseguir tocar el piano nuevamente. Los objetivos a corto plazo se establecen para obtener mejoras que puedan alcanzarse de inmediato.

Los objetivos a largo plazo se establecen para que el afectado comprenda qué se espera de la rehabilitación y lo que se prevé que podrá conseguir en algunos meses. Se anima a las personas en rehabilitación a alcanzar cada uno de los objetivos a corto plazo y el equipo terapéutico realiza conjuntamente el seguimiento del progreso.

Los objetivos pueden cambiar si el afectado no colabora o si no puede (por motivos económicos o de cualquier otra naturaleza) proseguir con el tratamiento o si progresa más lentamente o más rápidamente de lo esperado.

En muchas situaciones, los objetivos son ayudar a que la persona afectada vuelva a caminar y que sea capaz de hacer las actividades diarias habituales (como vestirse, afeitarse, bañarse, alimentarse, cocinar, y hacer la compra).

El resultado final de la rehabilitación depende de la motivación de la persona afectada, con independencia de lo grave que sea la discapacidad o de la habilidad del equipo de rehabilitación.

Algunos afectados retrasan su recuperación para conseguir mayor atención de sus familiares y amigos.

### **II.VII.VI. El alta en rehabilitación y los procesos subsiguientes**

Si bien cada paciente reviste una singularidad que lo convierte en un caso único, los criterios y la dinámica que privilegian los servicios especializados en rehabilitación, trabajan sobre los protocolos y guías inscritas en los programas del municipio, que aunque revistan gran generalidad al momento de definir ejes y propósitos, no establecen el umbral de independencia e independencia funcional que se considera como “optimo adquirido” para el paciente, en relación con la situación de ingreso.

Así, cuando el médico fisiatra propone un plan de trabajo, solo indica la dirección de las acciones, mientras que las técnicas específicas para su efectiva ejecución, las disponen las profesiones presentes en el equipo rehabilitador.

De hecho apelar al “cumplimiento de metas” para justificar un alta es un enunciado vago e impreciso, pues estas son muy disímiles y, por lo general, se trata de una decisión que recae en la figura de quien lidera el equipo rehabilitador, o bien en quien dirige el tratamiento.

Aquí el problema no reside tanto en los acuerdos o desacuerdos que pudieran tener los miembros del equipo en relación con la continuidad o no del tratamiento dentro del centro, sino en el estrechamiento del vínculo con el paciente, que a partir de entonces, solo se comunica con el médico tratante, pues a partir del alta y la derivación ésta es la única instancia de evaluación y control que lo vincula al instituto.

Este momento es clave para el tipo de abordaje que se pretende en este trabajo ya que, el alta del paciente lo inscribe en un registro administrativo que lo convierte en un caso concluido, al menos, en lo que respecta a las responsabilidades institucionales.

Puede decirse entonces que las acciones derivadas posteriores al alta, conciernen exclusivamente a la unidad de “mantenimiento de logros” a la que es derivado, que de ese modo, queda desacoplada de los procesos que la preceden.

Es evidente que los logros alcanzados como resultado de la intervención del servicio de kinesiología en la recuperación de un número importante de individuos con mayor o menor grado de afección, quedan de este modo en una zona gris, como un interrogante, pues no puede saberse si el proceso concluido se expresará en calidad de vida para las personas que han sido dadas de alta y derivadas.

Esto no es una cuestión menor y por el contrario, constituye un elemento muy importante en la toma de decisiones en Salud pública, pues lo que queda en evidencia es que la administración de salud no cuenta con los elementos necesarios como para medir ese retorno a la inversión hecha en el programa.

## **II.VIII. El tratamiento de rehabilitación y sus actores**

### **II.VIII.I. Breve recorrido de ILAR**

El Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR) surge en Septiembre de 1957 de las ideas visionarias y humanistas de distinguidos miembros de la comunidad, juntamente con el gobierno Municipal y en un momento histórico particular donde la rehabilitación era poco más que una intención.

La angustiante realidad de centenares de niños y adolescentes afectados por secuelas invalidantes derivadas de la epidemia de poliomielitis y provenientes de todos los estratos sociales de la ciudad, localidades aledañas y países limítrofes, fue de este modo encausada por la iniciativa de particulares en asociación con entes públicos, con el propósito de bregar por el bienestar, la salud y la autonomía de las personas afectadas por esta grave enfermedad.

Mediante el Decreto Municipal N° 18.146/56, se autoriza a la Dirección General de la Administración Sanitaria y Asistencia Social a establecer "*...en el edificio que ocupaba el Instituto Materno Infantil...el Instituto Antipoliomielítico Municipal*".

Con posterioridad se promulga el Decreto Municipal N° 8.750/56, el que expresa "*...urgencia en habilitar el Instituto Antipoliomielítico y de Recuperación del Lisiado, destinado a la profilaxis, investigación y tratamiento de la enfermedad de Heine-Medin y sus secuelas, con la creación de Comisión Técnica "ad-honorem": Dres. Federico Benetti Aprosio, Arnoldo Didier, Angel Invaldi, Tisiano Sago, Oscar R.Maróttoli y Horacio M. de Zuasnabar; Ingrs. Carlos Isella y Domingo Rossi; Arq. Mario H. Segovia, con obligatoriedad de determinación a la brevedad posible*".

Al mismo tiempo se descubre en Estados Unidos una vacuna específica para la enfermedad iniciándose ese mismo año (1956) mundialmente la aplicación masiva de la vacuna inyectable Salk.

De hecho ILAR, entre otras instituciones locales, participa de la campaña y sus paredes fueron testigos mudos de la ansiedad de los miles de niños y familiares concurrentes, atraídos por la novedosa esperanza brindada por la ciencia, para evitar tal flagelo. Ansiedad universal tan actual como es la lucha científica que se libra para evitar el SIDA, pacientes también asistidos en ILAR por sus compromisos neuróticos.

Es así que por Decreto Municipal N° 20.567/57 se resuelve "*Créase el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado, como ente*

*autárquico municipal, dirigido por un Comité Ejecutivo y un Consejo de Administración, con representantes en su seno de: Bolsa de Comercio de Rosario, Federación Gremial el Comercio e Industria, Federación Económica de la Provincia de Santa Fe, Sociedad Rural de Rosario, Asociación de Comerciantes, Federación Agraria Argentina, Centro Unión de Almaceneros y Afines, Sociedad Cooperativa de Tamberos de la Zona de Rosario Ltda., Confederación General del Trabajo (delegación Rosario), Asociación de Rosario para la Lucha Contra la Parálisis Infantil, Liga Popular Rosarina contra la Parálisis Infantil y Asociación de Sociedades Vecinales de Rosario".*

Por Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1418/65 se declara Entidad de Bien Público.

Excepto para la visión de los pioneros de la rehabilitación, la concreción de una estructura asistencial y organizativa de esta escala, representaba simplemente una utopía. Sin embargo, cincuenta y ocho años después y superados los difíciles trances iniciales que acarrearía esta letal epidemia de poliomielitis, ILAR es hoy una reconocida institución dedicada a la de rehabilitación para el afectado del aparato locomotor y sensomotor, que brinda servicios de calidad, centrados en los aportes que constantemente aporta el mundo de la ciencia y las mejoras en administración hospitalaria acorde a una línea funcional que es apreciada en todos los ámbitos de la comunidad.

Además de las actividades asistenciales propias de un instituto de este tipo, numerosas instituciones aparecieron o se desarrollaron en el seno de ILAR y en torno a las inquietudes y expectativas que surgen de un exitoso proceso de rehabilitación.

Solo para citar algunas abocadas a la faz social del discapacitado, debe mencionarse a CROL (1962) institución pionera en el Deporte especial en el interior del país, Newell's Old Boys (1965), AVIDA e instituciones diversas vinculadas con el acercamiento y la cooperación para distintos tipos de

patologías, como enfermedades musculares, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea.

Desde el inicio, la actividad científica ha sido una constante dentro de la vida institucional, así como la vinculación académica de ILAR y sus profesionales con el mundo de la investigación y la docencia universitaria de grado y posgrado.

No en vano, en la sede de ILAR ha sido sede de numerosos eventos nacionales e internacionales, así como también Cursos, Simposio, Congresos,

En este sentido, el Aula-Biblioteca "Dres. Salk y Sabin" no solo es un espacio capaz de ofrecer la más actualizada y variada bibliografía especializada, sino que también abarca otros requerimientos implicados en la tarea de la rehabilitación física y social, contemplando inquietudes y necesidades entre las distintas profesiones que componen el staff profesional y técnico,

Esta Unidad de Información única a nivel local y nacional, cubre una amplia gama de requerimientos educativos y formativos, compartiendo información con quien lo solicite en cualquier nivel (local, nacional e internacional)

En el Instituto existen dos direcciones, una médica y una administrativa, y una serie de departamentos y sectores que se detallan:

— Consultorios externos: con médicos fisiatras donde se realizan las admisiones, diagnósticos y tratamientos.

— Interconsultas de otras especialidades, como traumatología, urología, neurología, reumatología, cirugía plástica, psiquiatría, cardiología, radiología, psiquiatría, clínica, etc.

— Departamentos:

a) Trabajo Social

- b) Terapia ocupacional
- c) Kinesiología
- d) Laboratorio de prótesis y ortesis
- e) Internación
- f) Neurofisiología
- g) Rayos X – espinogramas – escanograma.
- h) Bioingeniería
- i) Fonoaudiología
- j) Psicología

Todos los departamentos trabajan en forma inter y multidisciplinaria realizando reuniones de equipo y en permanente contacto, acorde a los lineamientos institucionales.

Ingresan a tratamiento, pacientes que presentan parálisis motoras, síntomas y signos de diversas patologías agudas o crónicas de enfermedades neurológicas, traumatológicas, infecciosas que atacan al sistema motor o uso neuromuscular, con fin de brindar logros motores superadores al cuadro inicial e independencia funcional en cualquiera de sus grados.

Actualmente esta institución integra el 3º nivel de atención en el sistema de salud municipal y es un centro de alta complejidad en relación a la medicina física y rehabilitación que realiza un promedio mensual de 3.100 prácticas y recibe 450 consultas por consultorios externos abriéndose casi 40 historias clínicas.

## **II.VIII.II. El tratamiento**

Como se indicara, el objetivo principal del tratamiento rehabilitador es mantener al paciente en las mejores condiciones físicas posibles, conseguir el alivio o mejora del síntoma tratable, la prevención de complicaciones que

agraven la situación y la instauración de medidas o procedimientos tendentes a mantener la autonomía del paciente y su calidad de vida el mayor tiempo y de la mejor forma posible.

Comienza con una evaluación y exploración, teniendo siempre en cuenta factores como la edad, capacidad cardiorrespiratoria, capacidad de deglución, nivel de nutrición, estado psicológico y estado general del paciente y sobre todo, predisposición para llevar un plan de ejercicios de manera regular, ya que este factor es muy importante incluso en personas sanas si se quieren conseguir buenos resultados.

### **II.VIII.III. La organización interna de ILAR**

La estructura organizativa del Instituto, consta a grandes rasgos de un Comité ejecutivo, compuesto por particulares y representantes del Estado municipal, encargado de definir las grandes líneas de gestión institucional y su articulación con las políticas públicas para el sector.

A los fines prácticos, el Instituto posee dos direcciones, una médica y otra administrativa contable, junto a los distintos sectores y departamentos que a continuación se detallan:

1. **Sala de internación.** La Sala de internación de ILAR resulta de la necesidad específica de contar con un espacio de internación para pacientes que por las características de las patologías, las etapas que atraviesan, la fragilidad de quienes las padecen y la pérdida de autonomía que suponen, requieren de un plan de rehabilitación intensivo, complejo y diverso (politratamiento). La planta funcional estable de este equipo de trabajo, está compuesta por una (1) médica fisiatra Jefa de Sala y cinco (7) médicos especialistas en distintas áreas y un Departamento de Enfermería acorde y homologable a la calificación del grupo médico.

2. **Departamento de Kinesiología:** Brinda servicios profesionales especializados en rehabilitación y entrenamiento, contando para ello con un grupo de profesionales, especialistas en niños, adultos, fisioterapia y kinesiología acuática. Junto a este staff, colabora un nutrido grupo de estudiantes del último año de la carrera de Kinesiología ( UGR y UAI), quienes realizan sus residencias de pre-grado en nuestra institución, ya que la misma es un aula externa de la carrera. Su planta funcional estable consta de un (1) jefe de departamento (que también realiza tareas asistenciales), diez (10) Kinesiólogos, un (1) Educador Físico y tres (3) Auxiliares de servicio, quienes realizan tareas inherentes al ámbito de expertise que comparten.

3. **Departamento de Salud Mental.** El Departamento de Salud Mental brinda servicios profesionales orientados, tanto al correlato psicoterapéutico que conllevan la mayoría de los planes de tratamiento en rehabilitación, como apoyo, contención y acompañamiento de las diferentes problemáticas de los pacientes y su entorno familiar. Su planta funcional consta de tres (3) profesionales psicólogos y una médica psiquiatra.

4. **Terapia Ocupacional.** Se atienden pacientes adultos internado, mayormente con frecuencia diaria, excepto que el profesional a cargo considere otro tipo de frecuencia. Cuatro (4) Terapistas ocupacionales están destinados a la atención de estos pacientes. Atención pacientes niños: Ambulatorios y en ocasiones internados. La atención de estos pacientes contempla también un programa de visita domiciliaria, a fin de observar y detectar diferentes aspectos, en particular, en lo que hace a los requerimientos de un correcto posicionamiento para optimizar la terapéutica llevada a cabo en el servicio y ampliar la mirada del profesional en el contexto del niño.

5. **Departamento Fonoaudiología:** El Departamento Fonoaudiología brinda servicios de atención a niños, adolescentes y adultos, con trastornos neurológicos o que no cumplen con las pautas de neurodesarrollo esperables para su edad cronológica que afectan las áreas de la comunicación (lenguaje. Habla, fonación y aprendizaje), cognición y deglución, tanto a adultos como a niños, estos incluso, desde los primeros meses de vida. Su planta funcional consta de cinco (5) Licenciadas en Fonoaudiología, quienes realizan tareas asistenciales y no asistenciales.

6. **Departamento Enfermería:** El sector de enfermería, cuenta con un plantel de 14 enfermeros y un jefe. Están distribuidos 4 enfermeros de 6 a 12 hrs., 3 enfermeros de 12 a 18 hrs., 3 enfermeros de 18 a 0 hrs., 2 enfermeros de 0 a 6 hs.. La relación enfermeros pacientes es de 1/10, adecuado para asistir a pacientes con requerimientos de cuidados mínimos. Cuando el paciente requiere de cuidados frecuentes de baja complejidad se le solicita la presencia de un acompañante.

7. **Departamento bioingeniería:** Este servicio está sostenido por un Bioingeniero tiene una importante función en la institución, ya que asiste con apoyo pedagógico y la provisión de ayudas técnicas de diseño universal. Empleando la tecnología en personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida, específicamente las Ayudas Técnicas y el Diseño Universal. Coordinando con otros servicios de esta institución y grupos de trabajo externos, las áreas de Comunicación Alternativa y Aumentativa, el área pedagógica, y la utilización de la informática para la inserción o re-inserción de la persona con discapacidad en el ámbito escolar, laboral o recreativo.

8. **Departamento Neurofisiología:** Este departamento brinda servicios profesionales destinados a la realización de electromiografías. Cuenta

con un sofisticado equipamiento que permite realizar diagnósticos de enfermedades neurológicas y musculares.

9. **Departamento Radiología:** Este departamento brinda servicios profesionales destinados a la realización de radiografías, escanogramas y espinogramas. Consta un (1) médico Radiólogo y un técnico radiólogo. La actividad específica del servicio, es la de apoyar al diagnóstico médico mediante la provisión de imágenes radiográficas, mediante un equipamiento de última generación, digitalizado e incorporado a la red de salud pública.

10. **Departamento de Trabajo Social:** El Departamento de Trabajo Social tiene como objetivo general promover acciones que garanticen la continuidad longitudinal de los tratamientos de rehabilitación en ILAR, incluidas las funciones.

11. **Nutrición:** Este servicio se encarga de la preparación de los alimentos que se consumen en la institución, tarea que conlleva, no solo la elaboración de los mismos, sino también la interpretación de menús especiales, adecuados a los requerimientos médicos calóricos, vitamínicos y proteicos, así como también las indicaciones nutricionales que aportan los especialistas en el área. Son parte de sus actividades, la administración, selección, especificación y compra de los insumos, así como también el buen resguardo y aprovechamiento de los mismos. Está integrado por una (1) nutricionista y dos (2) cocineros profesionales.

12. **Secretaría médica:** Secretaría Médica centraliza, coordina y distribuye las tareas de los profesionales de la institución y también presta otros servicios fundamentales, como la asignación de turnos y los traslados

que hacen posibles los tratamientos. Presta además, infraestructura administrativa a la Dirección Médica. Su planta funcional consta de un Jefe de Secretaría (que también realiza tareas administrativas) y tres (3) agentes administrativos, quienes realizan tareas inherentes a la atención del público.

13. **Laboratorio de Ortesis y prótesis:** Este servicio se encarga de la confección de prótesis y ortesis para todo el Nudo Rosario y Venado Tuerto, y cuenta para ello con un taller totalmente equipado, que incluye toda la maquinaria y los materiales ortopédico que hace posible la realización. Para ello cuenta con un (1) jefe (Licenciado en prótesis y ortesis), dos (2) profesionales (Licenciados en prótesis y ortesis), dos (2) auxiliares técnicos y un (1) administrativo. Si bien la planta física y parte de los empleados pertenecen a la planta de ILAR, el Laboratorio se encuentra administrados y regulado por las cuatro instituciones convenientes (Secretaria de Salud Pública Municipal, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, UGR e ILAR).

## **II.IX. Calidad de vida: un concepto complejo**

Aquello que se ha dado en llamar “calidad de vida”, es un concepto amplio, generalista, que si bien en su nominación corriente se abre al tratamiento de una amplia gama de cuestiones, debe ser descripto y abordado con precisión a fin de ajustar aquello de lo que se está hablando, pues no es lo mismo aludir a la “calidad de vida” de cualquier persona, que hacerlo en el marco de procesos corrosivos como los implicados en muchas enfermedades discapacitantes.

En este sentido es necesaria una tarea previa de conceptualización que permita despejar la contaminación facilitada por el arrastre que carga a un término, cuando es usado en campos muy distintos de la vida cotidiana.

En efecto, “discapacidad” y “calidad de vida” no son conceptos neutros ni mucho menos abstractos y por ello, enfocarse en los problemas que atañen a la eficacia de los medios desplegados por las intervenciones prácticas, concretas, de los kinesiólogos dentro del equipo rehabilitador, nos lleva a implicarnos necesariamente en la temática de la discapacidad y en el tipo de resultados que realimenta la intervención profesional, reconociendo la complejidad de esta cuestión sus, principales conceptos, posturas y perspectivas, a fin de comprender su verdadera dimensión, pues si se considera que se actúa como se piensa, la claridad conceptual es un hecho medular.

De modo que la concepción que se tiene en relación con las nociones de “discapacidad” y “calidad de vida” es un hecho previo al análisis de las posibilidades del sistema e incluso, de la participación profesional en estos procesos, dado que se trata de criterios que funcionan como variables que condicionan y organizan las practicas asistenciales.

Queda claro entonces, que no se trata de una mera preocupación teórica sino, por el contrario, de plantear la necesidad de una exhaustiva revisión de las concepciones más básicas acerca de la condición humana y de los principios que orientan el servicio público de salud, antes de centrar el eje temático en el asunto que nos ocupa.

En este marco, la información acerca de esta temática específica demanda, por un lado, conocer el tipo de afectación al desenvolvimiento individual y social de las personas que engloba el término Discapacidad y las expectativas de desempeño que se depositan en el proceso corrector, y por otro, los programas, las dinámicas asistenciales y las interfaces que vinculan a los servicios, en relación a la temática de la rehabilitación, y que en definitiva, son los vínculos materiales que asumen las prácticas fundadas en la noción de “rehabilitación integral”.

### **II.IX.I. El horizonte de la “calidad de vida”**

Cuando se utiliza la expresión “calidad de vida” pareciera que todo el mundo sabe, más o menos intuitivamente, lo que se quiere decir.

Las dificultades, sin embargo, se ponen de manifiesto no sólo cuando se pretende definir sintéticamente sino también cuando se pretende dar cuenta de los aspectos, elementos y contenidos que dicha expresión encierra, lo que, efectivamente, no impide que se intente y, a veces, se logre avanzar en la delimitación de sus polifacéticos perfiles.

En realidad, son varias las razones que explican el interés por determinar que se entiende por “calidad de vida”, en especial porque la estimación de lo que “es” la salud ha cambiado de manera sustancial a lo largo del último medio siglo.

En este sentido, corresponde aclarar que en el presente trabajo se tomará en cuenta la definición que realizara la OMS (1980) cuando establece que se trata de “...*el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad*” (Balladores, 2006:25).

### **II.IX.II. La calidad de vida en las personas discapacitadas**

La calidad de vida se ha convertido desde hace unos años en el principio que guía y orienta el diseño, desarrollo y evaluación de los programas y servicios dirigidos a las personas que presentan alguna discapacidad.

Con el tiempo, ha pasado a ser un concepto que sensibiliza, ofreciendo una visión transformada de las personas discapacitadas y sus posibilidades, que orienta y dirige las acciones a desarrollar estableciendo un marco

referencial que unifica, permitiendo una respuesta global al considerar los diferentes ámbitos en los que la persona participa.

No hay un acuerdo unánime respecto a lo que el término significa y los autores tampoco coinciden al identificar qué factores de la calidad de vida son importantes.

Se ha pretendido recoger algunas de las múltiples definiciones para ofrecer una visión global del complejo problema, teniendo en cuenta que, de acuerdo a lo que cada uno entienda por calidad de vida, serán muy diferentes las decisiones tomadas.

Son muchos los autores que sostienen que el concepto de calidad de vida debe ser entendido únicamente en términos de experiencia subjetiva, considerando que sólo tiene sentido si se tienen en cuenta los sentimientos y las vivencias particulares.

Desde esta perspectiva, *“la calidad de vida es definida en términos de felicidad y realización personal, de bienestar psicológico y satisfacción personal. Está relacionada con la libertad, la autonomía y la posibilidad de hacer elecciones propias entre diferentes alternativas”* (Goode, 1997)<sup>27</sup>

El problema es que algunas personas desconocen incluso que tienen la posibilidad de escoger, siendo las decisiones de otros y no las suyas propias las que prevalecen.

En este sentido algunos autores señalan que *“la habilidad para hacer elecciones depende de la experiencia que la persona tenga y del aprendizaje que al respecto haya hecho, lo que va a influir inevitablemente en la formación de la propia imagen”* (Brown 1997)<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> En Rojas Pernia, Rada, De los Santos (2004) Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Autónoma Barcelona.

Este concepto lleva a la búsqueda y utilización de estrategias metodológicas que permitan conocer qué piensa realmente al respecto la persona con una discapacidad, que posibilite identificar sentimientos, pensamientos, inquietudes, incluso cuando la persona no dispone de lenguaje simbólico (Dennis, 1993).<sup>29</sup>

### **II.IX.III. Valores objetivos**

Desde este punto de vista la calidad de vida se considera como *“...la capacidad de adaptación de los sujetos al medio ambiente y a los sucesivos cambios que éste experimenta y que pueden amenazar su bienestar”*

Esta concepción se basa en la afirmación de Lusthaus (1985) *“...que la vida no es plena, cuando no tiene valor potencial”*<sup>30</sup>. Otros autores como Walter (1992) identifican la inteligencia como uno de los valores determinantes de la calidad de vida, y la definen como *“un extenso intervalo de características y limitaciones físicas y psicológicas las cuales describen la habilidad individual para funcionar y obtener satisfacción con lo que se está haciendo”*<sup>31</sup>.

### **II.IX.IV. Valores subjetivos**

A pesar de la existencia de diferentes posturas y corrientes, la mayoría de los autores optan por entender y definir el concepto como el resultado de una combinación de variables objetivas y subjetivas.

---

<sup>31</sup> Walter, Determinantes de calidad de vida. Revista Quality of Life Reserch. 1992

Al ser “calidad de vida” un concepto global que abarca todos los aspectos de la vida (social, físico, emocional y espiritual), no puede ser definido sin hacer referencia a normas y principios culturales, así como también a los deseos, necesidades, experiencias y aspiraciones de las personas. En síntesis:

- Es un principio que sensibiliza y guía, en relación con las personas discapacitadas, ofreciendo una visión renovada de las mismas y de sus posibilidades.

- Supone pensar en los apoyos que necesita una persona para funcionar de manera interdependiente en los mismos entornos que sus iguales, insiste en la igualdad de oportunidades y en la no discriminación social.

- Es un concepto global y dinámico.

- Se entiende desde una perspectiva individual en términos de satisfacción personal, libertad individual y bienestar general.

- Incluye los mismos factores relevantes para cualquier persona. Los componentes que integran la calidad de vida no varían con las personas discapacitadas o no, lo que cambia es el significado que cada uno le atribuye y la forma en cómo podemos acercarnos a ese conocimiento.

- Se trata de un concepto multidimensional que puede ser validado por la persona que es sujeto de la evaluación como por quienes con ella viven o trabajan, lo que va a representar puntos de vista diferentes y en cualquier caso, enriquecedores en relación con la calidad de vida de esa persona.

- En definitiva, se destaca la importancia que tiene la forma en la que la propia persona entiende e interpreta lo que sucede a su alrededor.

### II.IX.V. Calidad de las prestaciones

Apoyado en anteriormente expuesto, definir la *calidad* de los servicios de salud es también una tarea compleja que ha sido objeto de muchos acercamientos, y cuya principal dificultad estriba en que se trata de un atributo que no es válido en todo tiempo y lugar.

De modo que, cualquiera sea el punto de vista de los actores implicados (asistentes y asistidos) hay suficiente consenso y se acepta, que ésta tiene una relación con el vínculo que se establece, el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondientes<sup>5</sup>.

Este criterio, avala la tendencia a introducir el grado de satisfacción como un índice complementario a las medidas de efectividad y eficiencia para la valoración de los tratamientos y resulta coincidente, al permitir coordinar todas las acciones, integrando el punto de vista del profesional, del paciente y, en el caso de la neurorehabilitación, también el de sus familiares<sup>3</sup>.

Históricamente, la relación entre asistentes y asistidos ha tenido una gran influencia en el resultado del trabajo asistencial, realidad que se ha visto acentuada como consecuencia de la mayor relevancia que adquieren estos últimos cuando son conscientes de sus derechos y opciones de elección.

En consecuencia puede decirse que en rehabilitación, los resultados de las intervenciones se miden en términos de efectividad (de los planes, programas y diseños terapéuticos aplicados en función de la recuperación de funciones<sup>32</sup>, independencia y autonomía), y también de la percepción de mejora que visualiza el paciente, en relación con la ampliación de sus

---

<sup>32</sup> Según la OMS (1999), las *funciones corporales* son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales. Las deficiencias son problemas en la función o estructura del cuerpo, tales como una desviación o una pérdida significativa. Fuente: Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Julio 1999 (Borrador preliminar UIPCS).

posibilidades de actividades, participación<sup>33</sup> dentro de los ambientes contextuales donde se desempeña<sup>34</sup>.

La elaboración de indicadores de calidad asistencial es solidaria con los criterios enunciados y constituye una instancia de gran relevancia dentro del proceso rehabilitador, al permitir su evaluación continua y reflejar la actividad habitual en todas las instancias (de estructura, de proceso o de resultado).

Estos indicadores contienen los objetivos de las distintas áreas implicadas, esto es, actividad asistencial, accesibilidad, seguridad del paciente, formación e investigación, disminución de la variabilidad clínica, gestión económica, adecuación de la prescripción de fármacos y orto prótesis, así como la satisfacción de quien recibe las prestaciones y del entorno familiar más comprometido con el proceso.

Para poder medir estos indicadores es fundamental disponer de sistemas de información con capacidad para garantizar la validez de los datos, así como su explotación y análisis, ya que estos deben ser objetivos, medibles, aceptables, relevantes y basados en la evidencia.

La valoración de la eficacia y eficiencia de las tecnologías aplicadas en el tratamiento rehabilitador de personas con una discapacidad de origen neurológico, se realiza en función de su repercusión sobre la funcionalidad y sobre la calidad de vida tal como lo define y establece la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF – OMS 2002) por entender que permite una mirada longitudinal y prospectiva sobre el efecto de las intervenciones en la capacidad funcional y calidad de

---

<sup>33</sup> *Participación* es el acto de involucrarse de un individuo en situaciones vitales, en relación con Condiciones de Salud, Funciones y Estructuras corporales, Actividades y Factores Contextuales. Las restricciones en la Participación son problemas que un individuo puede experimentar en la manera o en el grado de involucrarse en situaciones vitales. Fuente: Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Julio 1999 (Borrador preliminar UIPCS)

<sup>34</sup> Los factores contextuales forman el ambiente físico, social y actitudinal en el cual la gente vive y dirige sus vidas.

vida de la población, a partir de las herramientas establecidas y validadas preferentemente para el estudio de casos individuales, comparados frente a valores de normalidad son dos elementos sustanciales para la evaluación del funcionamiento del proceso de rehabilitación.

### **II.IX.VI. Tratamiento continuo e integrado: el alta en rehabilitación**

El objetivo de la rehabilitación es alcanzar el máximo potencial físico, psicológico, social, vocacional y educacional consonante con el deterioro psicológico o anatómico del paciente. El problema surge cuando se tiene que definir cuál es el máximo potencial que puede alcanzar un sujeto determinado, más aún si se hace referencia a patologías del sistema nervioso central, que son una de las más frecuentes en las estadísticas de los servicios de rehabilitación<sup>35</sup>. A priori se puede pensar que la potencialidad de una persona es ilimitada si se le proporciona el tiempo necesario para desarrollarla. Los familiares de los pacientes van a reclamar una continuidad del tratamiento rehabilitador intentando alcanzar un objetivo muchas veces imposible como es la normalidad premórbida<sup>35</sup>. Por otro lado, los actores en la gestión sanitaria, van a pedir que se acelere el proceso de tratamiento para reducir costos, y uno de los argumentos en que se apoyarán es la permanencia de las secuelas como irreversibles. Corresponde consensuar dentro del equipo de rehabilitación, dónde queda el punto medio entre ambas posiciones, y hasta donde es necesario llegar con el tratamiento subagudo para asegurarse que se han dado todas las posibilidades para que la persona desarrolle su máxima potencialidad. La capacidad de determinar dónde está esa frontera entre ambas posturas ha hecho que el médico rehabilitador sea considerado como el más adecuado para coordinar con el resto del equipo el momento de planificación del alta<sup>35</sup>. Además, hay que considerar que, tal y como señala Selker et al, hasta un 30% de los retrasos en el alta vienen dados por

problemas sociales <sup>36</sup>. En el caso de enfermos hospitalizados en ILAR durante un largo período de tiempo, se pueden plantear altas de internación pero no de tratamiento, logrando una continuidad en esta estrategia para poder seguir en forma ambulatoria, menos días pero con una continuidad más duradera si las posibilidades de transporte para llegar a su tratamiento pueden coordinarse en forma coherente con el propio hospital. La intención que se persigue con estos periodos de es permitir comprobar hasta qué punto perduran estos aspectos que entorpecen la reintegración del individuo, y poner una solución a los mismos. Antes del alta definitiva se deberá realizar una valoración del estado funcional del paciente y una comprobación de que el entorno es adecuado para recibirle. Esto puede requerir una última visita al domicilio por parte del asistente social<sup>36</sup>. Sin embargo, todas estas actuaciones son dependientes de la patología a que nos enfrentemos. Los pacientes neurológicos, tras una primera fase donde lo importante es el riesgo vital, van a entrar en un periodo de mejoría clínica. Durante éste, el paciente va a estar sometido a un programa de rehabilitación intensiva para forzar al máximo la reducción de las secuelas. Mientras tanto se alecciona a los familiares en la toma de conciencia de los problemas a los que se van a enfrentar con el paciente cuando vuelva a su domicilio y se les ayuda a ir encontrando soluciones.

35- **Santos del Riego, A.** *El proceso de planificación del alta en centros de rehabilitación. sistemas de información para la evaluación de pacientes* Universidade da Coruña. - A Coruña (ssr@udc.es) 2006.

36- **Parkes J y Shepperd S.** *Discharge planning from hospital to home* (Protocol for Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1998.

**III- Objetivos  
y  
Consideraciones  
previas.**



### **III.I. Objetivo general**

Analizar y describir el proceso de atención que realizan un grupo de personas con secuelas por lesión medular y daño cerebral adquirido en el sistema de salud del municipio de Rosario - ILAR durante el período 2008 - 2015.

### **III.II. Objetivos específicos**

- Estimar las mejorías y mantenimientos de logros adquiridos en el grupo de pacientes que continúan el tratamiento durante la fase de externación.
- Analizar los vínculos regulares y controles desarrollados con el equipo tratante de ILAR
- Analizar los aspectos vinculados a la gestión y al proceso de atención en rehabilitación desarrollados por el equipo profesional involucrado

### **III.III. Consideraciones Previas**

Como consideración previa es importante plantear la presunción de que existen importantes vínculos con el equipo rehabilitador de la institución derivante, los cuales influye favorablemente en el seguimiento y el curso del tratamiento del paciente con residual funcional crónico por lesión medular y daño cerebral adquirido atendido en ILAR durante el período agudo y subagudo. Por otro lado se conoce que el investigador no vive un estado de *tabula rasa* ante el espectáculo de la realidad, por lo que se ha tomado en cuenta a modo orientativo, de guía, que:

a) La discontinuidad de los tratamientos que realizan las personas que padecen un residual crónico en sus funciones producto de lesión medular y daño cerebral adquirido, pierde consistencia cuando no tiene la supervisión del equipo rehabilitador que lleva el tratamiento;

b) La pérdida de los logros adquiridos durante el período agudo y sub agudo no solo afectan a los individuos, sino que representa un problema para el sistema de salud público.

c) Que esta desconexión, afecta la continuidad de los tratamientos y podría ser el resultado de un déficit en la articulación de los distintos niveles y momentos del proceso de atención.

## **IV- Diseño metodológico**



#### **IV.I. Diseño metodológico**

Para el presente estudio y para el alcance de los objetivos anteriormente propuestos se utilizaron diferentes técnicas instrumentales: una encuesta online a algunos representantes del personal de la salud en rehabilitación del Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado de Rosario (ILAR), del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), del Hospital Roque Sáenz Peña, del Hospital Carrasco y dos entrevistas personales: a la directora de ILAR y a el subdirector de Inclusión al Discapacitado en ese momento.

El grupo de pacientes bajo investigación fue obtenido de un universo total de 759 sujetos secuelares de ACV y de 150 sujetos secuelares de LM (de las estadísticas de ILAR entre 2008 y 2015) , de los cuales se seleccionaron a 22 y 28 respectivamente por ser incluidos en las características de la muestra (estuvieron internados en ILAR, provenientes de la ciudad de Rosario y entre 40 a 60 años los secuelares de ACV y entre 20 a 40 años los secuelares de LM) , con estos 50 se realizó una encuesta telefónica que arrojó un número de pacientes que respondieron algunos, otros no existía más el teléfono o no correspondía el mismo o habían fallecido, quedando un total de 30 pacientes excluidos por estas razones; los 20 finales que quedaron, fueron encuestados telefónicamente y luego se los invitó a realizar la entrevista en ILAR.

Como caracterización general de la población incluida en el presente, puede decirse que, el 100% (20 personas) se agrupan dentro del segmento etario que abarca los 20 y los 60 años, desarrollando dentro de la institución el tratamiento rehabilitador durante los períodos agudo y sub agudo en el período (2008-2015), siendo derivados a centros de menor complejidad para la continuación del tratamiento.

No obstante, y dado que las propuestas de rehabilitación se adecuan a los requerimientos de cada caso, se definió como criterio de admisión excluyente, que los pacientes presenten un diagnóstico compatible con:

- a) Secuelas de Lesión medular y daño cerebral adquirido (ACV).
- b) Que hayan estado internados en ILAR y sean provenientes de la ciudad de Rosario.
- c) Entre 40 a 60 años los secuelares de ACV y entre 20 a 40 años los secuelares de LM.
- d) Residual funcional crónico (a más de un año de la internación en ILAR).
- e) Que posean evaluaciones fiables y registradas en los siguientes instrumentos: Indicador DPRE (Cabrera y Guirado, 2007) y FIM.

Además se trató de correlacionar la situación actual del grupo bajo estudio con residual funcional crónico, producto de lesión medular y daño cerebral adquirido, con el nivel de supervisión regular y continuo del equipo rehabilitador que lleva el tratamiento; por representar el progreso de los mismos o la pérdida de los logros adquiridos, un asunto público, que interesa a todo el sistema de salud, dada la complejidad de muchos de ellos y la poca o escasa respuesta pública de acuerdo al nivel de atención .

En este sentido, y a tono con la metodología, se utilizaron distintas estrategias para acceder al objeto, a fin de asegurar la mayor profundidad y rigurosidad de los estudios, con la combinación de técnicas y teorías (Castorina y Kaplan, 2008).

En este caso, la vía de acceso al conocimiento se configuró por medio del enfoque cuantitativo, el cual implica la utilización de información que depende tanto de la producción verbal como de la traducción numérica de los

instrumentos de mensura, obrantes en registros, documentos e historias clínicas.

Se exploraron de este modo, tanto datos, opiniones, creencias y conocimientos de los entrevistados, utilizando instrumentos que registraron un hándicap específico en el desempeño.

#### **IV.II. Tipo de investigación**

Se trata de una investigación de corte transversal descriptivo, en tanto el estudio se inscribió dentro de los lineamientos de los enfoques de investigación cuantitativa. Sin embargo se incorporó una técnica que se encuadra dentro del enfoque cualitativo (entrevistas). Esto permitió aproximarse a generar información más a fondo del sentido y del significado de las acciones emprendidas con los afectados

Concretamente, se ha considerado que la investigación identifica en la población bajo estudio, diferentes estados objetivos mediante los registros FIM y registra la percepción de estos por parte de los afectados (DPRE), describiendo así apropiadamente los propósitos enunciados en los objetivos del trabajo, dando cuenta del problema tratado y oponiendo o alentando evidencias frente a la hipótesis orientativa que se planteara up-supra.

Puede decirse que de lo que aquí se trata, es de correlacionar las variables que exhiben el grupo bajo estudio que actualmente sostienen tratamientos fuera de ILAR y presentan residual funcional crónico, producto de lesión medular y daño cerebral adquirido, en relación con las prescripciones y proyecciones que incluye el plan de tratamiento que actualmente establece y supervisa el equipo rehabilitador de ILAR.

Aquí interesa conocer la articulación real que existe entre los efectores de menor complejidad (por ser donde el paciente realiza la prescripción de tratamiento) e ILAR (que es la sede del equipo rehabilitador que prescribe y

supervisa el proceso), así como también el efecto concreto sobre el tratamiento y las expectativas de logros, que produce la continuidad o discontinuidad de las múltiples intervenciones que se implementaron durante el período de internación.

Esto último tiene gran importancia, pues al tratarse de un sistema que se realimenta constantemente, las expectativas de logros son la base de los planes de acción que orientan a los profesionales de los centros de derivación.

De modo que por tratarse de un sistema, la ruptura, el resentimiento de la capilaridad comunicacional de los participantes o la supresión de algunas de las prácticas de las que los pacientes eran objeto, podría modificar las expectativas de logro depositadas en el tratamiento.

#### **IV.III. Definición y operacionalización de conceptos y variables**

Los principales conceptos de la rehabilitación en general y de la práctica kinésica en particular, adquieren una importante dimensión en este proceso ya que, el paciente en tratamiento no es una pieza mecánica que mediante la manipulación de variables, resultará en un producto esperado, sino que lejos de ello, en el caso que nos ocupa el desempeño “posible” del paciente en tratamiento es una variable que depende de la articulación y la comunicación del sistema (en este caso, ILAR como parte de la Red de Rehabilitación) y a la conexión que se establece entre medios y fines - objetivos y logros.

#### **IV.IV. Instrumentos de investigación (utilizados)**

*Encuestas telefónicas:* con el objetivo de generar una inclusión - exclusión de los posibles candidatos a ser parte del grupo en estudio. Utilizando algunas preguntas simples. (ver anexos)

*Encuestas on line* al personal de salud en rehabilitación de ILAR, HECA, HRSP y Hosp. Carrasco: con el objetivo de comprender las opiniones acerca de la operatoria con los pacientes que van a ser externados y lo son en definitiva, como así también del conocimiento en relación a la continuidad del tratamiento. (ver anexos)

*Entrevistas (personales):*

a- En función de obtener la opinión acerca del funcionamiento de la red en rehabilitación y de la operatoria con los pacientes que son externados en relación a la continuidad de los tratamientos por parte de los profesionales del área.

b- En función de contrastar los registros previos del indicador FIM con los producidos a partir de la administración del mismo durante la entrevista a los pacientes. (ver anexos)

*Cuestionario DPRE:* la aplicación de una modalidad de entrevista complementada con otra técnica, se consideró lo más apropiado al fin propuesto, en este caso, el cuestionario; eventualidad que se aplica cuando la conversación necesita ser guiada a través de preguntas, en función de una escala tipo Lickert, como a continuación se describe. (ver anexos)

En relación a las cuestiones éticas hacia el grupo bajo estudio, se utilizó el consentimiento informado modelo de ILAR (ver anexos)

#### **IV.IV.I. Indicador DPRE (Cabrera y Guirado, 2007)**

El Indicador DPRE es un instrumento creado por los doctores Cabrera y Guirado en 2007, ante la necesidad mantener un vínculo eficaz y constante con el paciente externado por ILAR durante las distintas etapas y circunstancias que atraviesa el proceso rehabilitador posibilitando un seguimiento de su evolución.

Fue concebido para poder medir acerca del desempeño, procesos, resultados y eficacia de las acciones en curso, informando así sobre el desenvolvimiento y los logros de un programa, actividad, proyecto e incluso de una institución, a favor de la población que resulta objeto de su intervención.

Por ello, y dado que además de una función documental la información relevada busca reforzar el vínculo entre la institución referente y el equipo rehabilitador que lleva el tratamiento, su diseño tomó en cuenta necesidades concretas como medir, evaluar y efectuar el seguimiento de pacientes institucionalizados en ILAR que reciben alta y derivación hacia centros de menor complejidad.

#### **IV.IV. II. Características generales**

No puede decirse que quien padece algún tipo de trastorno discapacitante haya “caído” en una situación que pueda ser definida por el déficit que objetiva su Historia Clínica.

Lejos de ello, las limitaciones que estas afecciones imponen al desempeño personal y social no son de “uno” o de “alguien” sino que, aunque quien las “posea” sea una persona, sus consecuencias tienen repercusión sistémica dentro de la sociedad.

Es por ello que el sistema público de salud asume el compromiso de prestar servicios de rehabilitación, y en consecuencia, el seguimiento y la evolución del paciente no es pensada ni vista como un evento, un caso particular, privado, sino como una preocupación pública.

Asumido el servicio de este modo, puede decirse que los pacientes en proceso de rehabilitación que han sido diagnosticados con residual funcional crónico por lesión medular y daño cerebral adquirido y han sido atendidos en efectores de la red y es a través de esta que se busca articular distintas

acciones en un programa integral e integrador, capaz de devolver al paciente el mayor nivel de autonomía posible en cada caso.

Por lo general, estos programas se presentan en dos modalidades principales:

a) Las que tratan *problemas específicos*: son programas que tienden a enfocar el tratamiento al área de mayor disfuncionalidad y a minimizar la importancia o urgencia de tratar los síntomas considerados secundarios. Muchos programas de tratamiento dentro de los hospitales ofrecen esta modalidad de tratamiento.

b) Las que ofrecen *tratamiento integral*. Estos programas se desarrollan en efectores especializados o que forman parte de redes de rehabilitación y han sido diseñados para ofrecer, dentro del mismo programa, planes de tratamiento que consideran en su desarrollo los aspectos que garantizan el máximo nivel de independencia y funcionamiento, a fin de tornar realista el objetivo de una participación social plena.

Sin embargo, lejos de entrar en contradicción, la práctica de red supone un espacio integrador para estas dos modalidades, mediante interfaces que permitan vínculos transversales entre actores e instituciones durante el tiempo que dure el proceso, permitiendo la evaluación constante de los dispositivos desplegados.

#### **IV.IV.III. Acerca del Indicador DPRE**

En base a estas definiciones, el proceso se evalúa desde cuatro dimensiones<sup>35</sup>:

---

<sup>37</sup>La clave de estos indicadores de rendimiento reside en que sean: 1. Alcanzables. Los objetivos tienen que ser realistas y alcanzables en el periodo establecido. 2. Medibles. Debe poderse medir, 3. Realistas. Indicadores poco realistas no relevan los objetivos, 4. Relevantes. Se eligen solo los indicadores que

- **Dimensión 1: Desempeño.** Estos indicadores proporcionan información cuantitativa sobre el desenvolvimiento y logros del programa, actividad, proyecto o de la institución, a favor de la población u objeto de su intervención, en el marco de sus objetivos estratégicos y su Misión.

- **Dimensión 2: Procesos.** Miden características específicas y observables que pueden ser usadas para mostrar los cambios y progresos que está haciendo un programa hacia el logro de un resultado específico. Deber haber por lo menos un indicador claro y específico por cada expectativa de resultado propuesta en el plan de trabajo.

- **Dimensión 3: Resultados.** Los Indicadores de Resultados Finales (e Intermedios si corresponde) o de Cumplimiento de Políticas y Programas, proveen evidencia cuantitativa acerca de si una determinada condición existe o si ciertos resultados han sido logrados o no. Si no han sido logrados permite evaluar el progreso realizado.

- **Dimensión 4: Eficacia.** Los indicadores de eficacia miden el nivel de ejecución del proceso, se concentran en el cómo se hicieron las cosas y miden el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso. Tienen que ver con la productividad.

Como se señala, las dimensiones y los interrogantes principales y operativos, acumulan un máximo de 40 puntos posibles y un mínimo de 8 dentro de una escala tipo Likert en la que 1 es la expresión de nulidad y 5 el máximo posible. Esta escala pondera el hándicap >21 como una tendencia positiva y el <19 como una negativa.

De esta manera, de un modo sencillo y flexible es posible obtener una visión panorámica de un proceso que está en marcha, mediante un sistema de puntuación y orientación de tendencia que permite triangular la información a

---

ofrecen información relevante, 5. Periódico. El indicador deberá poder ser analizado en función de la periodicidad determinada, 6. Específico. Releva un aspecto concreto y recortado de la realidad estudiada.

partir de un único instrumento, simplificando la operación de registro, historización y evaluación del proceso en curso.

Queda claro que el DPRE no sustituye ninguno de los instrumentos ya existentes o por venir, destinados a medir y evaluar estados de situación de los pacientes, los cuales –en todo caso- aportan a los administradores del DPRE la valiosa información de la que se sirven para completar los indicadores dimensionales y operantes.

**Tabla 2 : Indicador DPRE** (Cabrera y Guirado, 2007) (reducido)

Dimensión	Indicador de la dimensión	Interrogante Principal	Interrogante Operativo
Desempeño	Informa cuantitativamente sobre logros del programa, actividad, proyecto o de la institución, a favor de la población u objeto de su intervención.	<i>¿Se alcanzan los objetivos que esboza el programa?</i>	Kinesiología Fonoaudiología Terapia ocup. Psicología Trabajo social Fisiatría
Procesos	Mide cambios y progresos que muestra	<i>¿Los dispositivos</i>	Idem

	un programa hacia el logro de un resultado específico.	<p><i>propuestos en el plan de trabajo se articulan convenientemente?</i></p> <p><i>¿Hay suficiente comunicación referencia - contrareferencia?</i></p>	
Resu ltados	Proveen evidencia cuantitativa acerca de si una determinada condición existe o si ciertos resultados han sido logrados o no (en tal caso permite evaluar el progreso realizado).	<p><i>¿Cómo evolucionan los parámetros comprometidos?</i></p> <p><i>¿Se mantienen las expectativas de logros?</i></p>	Idem
Efica cia	<p>Informa sobre el nivel de ejecución del proceso y mide el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso.</p> <p>Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales<sup>3</sup></p>	<p><i>¿Se utilizaron los recursos planificados?</i></p> <p><i>¿Se verifican las expectativas de logros indicadas en el pronóstico?</i></p> <p><i>¿El centro al que se deriva el paciente coincide con la evolución informada?</i></p>	Idem

#### **IV.IV.IV. Desarrollo del trabajo de campo** (dividido en dos etapas)

Se obtuvieron 25 encuestas escritas on line sobre el grupo bajo estudio formado por algunos profesionales del Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado de Rosario (ILAR), del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), del Hospital Roque Sáenz Peña, del Hospital Carrasco, además de dos entrevistas personales a la directora de ILAR y al subdirector de Inclusión al discapacitado

Por otro lado se obtuvieron en total veinte (20) encuestas telefónicas a pacientes con secuelas de ACV y de lesión medular que hubieran estado internados en ILAR y que provinieran de la ciudad de Rosario, donde se les administró la escala FIM y el indicador DPRE al grupo en estudio que asistió a la cita, emprendiendo así la investigación del estado actual de los mismos y los pensamiento que tienen sobre el proceso en curso. Se pasan a detallar las mismas:

#### **Encuesta realizada con personal de salud en rehabilitación (ILAR, HECA, HRSP, H.Carrasco) 25 personas en forma aleatoria. (ETAPA 1)**

1- Considera a la rehabilitación crónica, (mantenimiento del proceso adquirido en fases agudas y subagudas) un problema ?

Si -No. Por qué?

2- Al mismo Ud. Le adjudica Razones Económicas. Sociales. Políticas. Culturales. Geográficas. Algunas o todas?

Fundamente brevemente.

3- Considera la falta de recursos humanos, estructurales, tecnológicos, etc.; como otra causa?

4- Desde el punto de vista del recurso humano, cree necesario mejorar la formación para el trabajo interdisciplinario?

5- En relación al punto 4, cree importante y necesario trabajar con mayor cohesión entre las diferentes secretarías (por ejemplo, salud y deportes)?

6- Que cree necesario implementar para modificar en algo esta situación?

7- Que rol piensa debe ocupar el estado?

8- Que otros actores convocaría para este cometido?

9- Piensa que pasa por falta de decisión del Ejecutivo Municipal o falta de injerencia del Concejo?

10- Alguna otra cosa que quiera agregar

### **Encuestas a pacientes lesionados medulares (ETAPA 2)**

⊙ Período 2008-2015 (Universo 150 pacientes con lesión medular internados)

⊙ Sólo internados

⊙ Sólo de la Ciudad de Rosario

⊙ Pacientes entre 20 a 40 años

⊙ 28 totales

⊙ 10 con respuesta telefónica representan.....35,7%

⊙ 18 sin respuesta telefónica representan.....64,2%

### **Encuestas de acv (ETAPA 2)**

⊙ Período 2007-2015 ( universo 759 pacientes con ACV internados)

⊙ Sólo internados

⊙ Sólo de la Ciudad de Rosario

- ⊙ Pacientes entre 40 a 60 años
- ⊙ 22 totales
- ⊙ 9 con respuesta telefónica representan .....37,5%
- ⊙ 15 sin respuesta telefónica representan.....62,5%

### **Encuesta telefónica sobre la rehabilitación crónica (ETAPA 2)**

- 1- Nombre y Apellido completo (solamente como dato para corroborar estadísticas)
- 2- Edad.
- 3- Sexo.
- 4- Nivel de Educación
- 5- Trabaja actualmente
- 6- Con quién vive?
- 7- Cuanto tiempo hizo rehabilitación?
- 8- Todavía continúa?
- 9- Como evaluaría el proceso de rehabilitación?
- 10- Qué opinión tiene sobre el/los lugares de rehabilitación donde estuvo?
- 11- Cree necesitar más terapia?
- 12- Le gustaría agregar algo acerca de su rehabilitación?

### **Interrogantes que se pregunta en el indicador DPRE: (ETAPA 2)**

- 1- ¿Se alcanzan los objetivos que esboza el programa?  
(DIMENSION DESEMPEÑO)

2- ¿Los dispositivos propuestos en el plan de trabajo se articulan convenientemente? (DIMENSION PROCESOS)

3- ¿Hay suficiente comunicación referencia - contrareferencia? (DIMENSION PROCESOS)

4- ¿Cómo evolucionan los parámetros comprometidos? (DIMENSION RESULTADOS)

5- ¿Se mantienen las expectativas de logros? (DIMENSION RESULTADOS)

6- ¿Se utilizaron los recursos presupuestados? (DIMENSION EFICACIA)

7- ¿Se verifican las expectativas de logros indicadas en el pronóstico? (DIMENSION EFICACIA)

8- ¿El centro al que se deriva el paciente coincide con la evolución informada? (DIMENSION EFICACIA)

# V- Resultados



**V.I. Algunos datos obtenidos de encuestar a 25 sujetos del personal de salud en rehabilitación de ILAR, HECA, HRSP, H Carrasco (profesional y no profesional)**

1- El 24% de los interrogados no ve a la rehabilitación como un problema de la Salud Pública, mientras el 76% encuentra diversas causas para acreditar esta posición.

2- El 28% de los interrogados ve negativa la adjudicación de razones para esto, ni políticas, ni económicas, ni sociales, ni culturales; el 72% si le adjudica alguna, algunas o todas.

3- El 88% adjudica el factor humano, el tecnológico o el estructural como otras causas del problema, mientras que el 12% restante no lo está.

4- El 96% afirma que la formación en el ámbito interdisciplinario podría ser un factor de mejora, el 4% no.

5- El 88% sostiene que debería mejorar la interrelación entre los diferentes claustros municipales, lo cual podría ser un factor de amplitud del trabajo en rehabilitación sumándose los esfuerzos de diferentes secretarías, el 12% restante lo considera no necesario.

6- El 100% de los interrogados sostienen la necesidad de modificar algo, poco o mucho pero empezar con algo para producir un cambio favorable.

7- El 100% de los interrogados considera que el estado debe tomar cartas en el asunto.

8- El 76 % considera la necesidad de convocar a otros actores de la salud y de la sociedad el 24% no esta de acuerdo con ello.

9- El 64% cree que la injerencia del consejo Municipal y del ejecutivo debería colocarse en posición de producir mejoras sobre el tema en cuestión, el 36% no.

10- El 68% no cree necesario agregar otro comentario mientras el 32% lo hizo.

**V.II. Entrevista al Subdirector de la Dirección de Inclusión al discapacitado de la Municipalidad de Rosario. Omar Montenegro.**

1- No vio la rehabilitación crónica como un problema, ya que la incumbencia de la Dirección está en otro espacio. Actualmente la dirección pasó de la secretaría de Salud a la Secretaría General.

2- Asegura más una problemática de índole socio-económico-cultural.

3- Sus RRHH actualmente están muy formados y vuelve a destacar los impedimentos culturales más que otros.

4- La actualización debe ser constante.

5- La relación que consideró es Discapacidad- Acción Social- Salud-Gral.

6- No contestó en particular

7- No contestó en particular

8- Otros actores convocados se respondió con la frase, nada sobre nosotros. Sin nosotros- donde se explica la relación de la discapacidad con el estado.

9- Respondió que es algo y a la vez mucho lo que se hace

10- Existían alrededor de 500 subsidios y becas personales e institucionales mensuales. Había un control estadístico de los CND (certificados nacionales de discapacidad) arrojando alrededor de un 7 a 8 % de discapacitados en la ciudad de Rosario .

Existía un cogobierno entre la Municipalidad de Rosario y los Organismos de

Discapacidad lo cual es único en la Argentina.

Existían en el momento de la entrevista, impuestos con el DREI a los espectáculos, como un fondo de Discapacidad y Ordenanzas sobre la discapacidad (3745) en el ejido de la ciudad de Rosario.

**V.III. Entrevista a la Directora del Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación de Rosario ( ILAR) dependiente de la Municipalidad de Rosario. Dra. Vilma Sacks**

1- Si consideró como un problema de la Salud Pública en relación a la dependencia o independencia lograda por los pacientes. Que debería realizar un control anual.

2- Todas las razones anteriores y las familiares.

3- Sobre todo la de un lugar para pacientes dependientes una vez externados de ILAR

4- Si bien la Institución se caracteriza por lo interdisciplinario, formándose desde el grado profesional. Donde es necesario un entrenamiento adecuado para la interdisciplina.

5- Si desde ya que son dos secretarías que necesitan fusionarse en algunos temas ( Salud y Promoción Social).

6- Sobre todo TENER GANAS.

7- Aportes de recursos

8- Coordinación de Rehabilitación Municipal y Provincial y Dirección Municipal de Discapacidad.

9- Consideró que la vía es por Secretaría de Salud Pública Municipal.

10- Dejar en claro que la tríada Discapacidad-Familia y Recursos económicos es fundamental para la continuidad del proceso de rehabilitación post externación.

NOTA: las dos últimas entrevistas anteriores, no están incluidas con el porcentaje del personal pero son tenidas en cuenta en las conclusiones finales.

**V.IV. Datos de las encuestas telefónicas de los pacientes con Lesiones medulares y accidentes cerebrovasculares.**

<b>Edad</b> (secuela LM)	<b>sexo</b>	<b>Siguen rehabilitando</b>	<b>Trabaja</b>
<input type="checkbox"/> 31	m	no	si
<input type="checkbox"/> 36	m	si	si
<input type="checkbox"/> 24	m	no	no
<input type="checkbox"/> 33	m	si	si
<input type="checkbox"/> 21	m	no	no
<input type="checkbox"/> 25	f	si	no
<input type="checkbox"/> 38	m	no	si
<input type="checkbox"/> 29	f	si	si
<input type="checkbox"/> 32	m	si	si
<input type="checkbox"/> 30	m	si	si

<b>Edad</b> (secuela ACV)	<b>sexo</b>	<b>Siguen rehabilitando</b>	<b>Trabaja</b>
<input type="checkbox"/> 59	m	si	no
<input type="checkbox"/> 58	m	si	no
<input type="checkbox"/> 57	m	no	no
<input type="checkbox"/> 57	m	no	no
<input type="checkbox"/> 57	m	si	no
<input type="checkbox"/> 42	f	no	no

<input type="checkbox"/>	60	m	si	no
<input type="checkbox"/>	48	f	si	si
<input type="checkbox"/>	50	m	si	si

## V.V. Administración del Instrumento 1: Indicador DPRE

### Dimensión 1: Desempeño

- Se instó a los entrevistados a evaluar el curso actual de los objetivos programados, la visión predominante tuvo tendencia a ver de manera favorable el tratamiento kinésico y fonoaudiológico .

### Dimensión 2: Procesos

- Sé consultó sobre la percepción de cambio y progreso en algún área que concentró el interés (caminar sin ayudas, hablar fluido, mejorar el ánimo, adquirir mayor autonomía en las AVD, ampliar la participación social, etc.). Aquí las respuestas tendieron a evaluar: Que en la mayoría de los casos se observaron progresos en la autonomía personal y comunicación, pero la evaluación cayó cuando se interrogó sobre la articulación del centro donde realizaba ; además hubo tendencia a evaluar negativamente la comunicación con los dispositivos que antes concentraba en ILAR);

### Dimensión 3: Resultados

- Esta Dimensión proveyó evidencia cuantitativa acerca de si ciertos resultados han sido logrados o no (en tal caso permitió evaluar el progreso realizado). Sé consultaron sobre cómo evolucionaron los parámetros comprometidos, la tendencia mayoritaria señaló mejoras. Al igual que en el

caso anterior, se reveló una tendencia que mantenía las expectativas de logros en el programa que encontró implicado al entrevistado.

#### **Dimensión 4: Eficacia**

- Esta dimensión informó sobre el nivel de ejecución del proceso y evaluó el rendimiento de los recursos utilizados por el proceso. Fueron interrogados sobre si continuaban con los tratamientos que sostuvieron en ILAR, la tendencia fué negativa; también marcó la tendencia a verificarse las expectativas de logros y finalmente, los entrevistados manifiestaron acuerdos en todos los casos entre los profesionales que los han recibido con la evolución que informan los derivantes de ILAR

#### **V.VI. Administración del Instrumento 2: Escala FIM (medida de independencia funcional)**

##### **Promedios FIM pacientes lesión medular**

En relación al punto de autocuidado de esta escala el grupo bajo estudio con secuela de LM alcanzaron un score de independencia funcional equivalente a una capacidad para realizar su vestido, baño, higiene personal y alimentación con una asistencia moderada a máxima. (Mayor del 50 %) siendo las más altas en autovalía para alimentarse, aseo y baño y la más baja el uso del baño entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 25% de asistencia máxima)

En este mismo sentido, el control de esfínteres es inferior al 25 % de independencia funcional, siendo igual para aquellos que realizan un tratamiento combinado.

Por otro lado las transferencias desde la silla a la cama, baño o ducha fueron de un porcentaje mayor del 25 % de independencia o lo que es lo mismo una dependencia moderada, entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 50% de independencia funcional)

El menor resultado lo arroja la locomoción dado que implica una asistencia total menor al 25 % de independencia funcional, no se modifica en los sujetos con tratamientos combinados.

La comunicación y la memoria arrojaron un score de independencia completa para ambos grupos. No así la conexión social que marcó una asistencia mínima con un valor de supervisión según lo encuestado, entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 75% de independencia funcional).

### **Promedios FIM pacientes lesión medular**

En relación al punto de autocuidado de esta escala los pacientes con secuela de LM alcanzaron un score de independencia funcional equivalente a una capacidad para realizar su vestido, baño, higiene personal y alimentación con una asistencia moderada a máxima. ( mayor del 50 %) siendo las más altas en autovalía para alimentarse, aseo y baño y la más baja el uso del baño, entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 25% de asistencia máxima).

En este mismo sentido, el control de esfínteres es inferior al 25 % de independencia funcional, siendo igual para aquellos que realizan un tratamiento combinado.

Por otro lado las transferencias desde la silla a la cama, baño o ducha fuero de un porcentaje mayor del 25 % de independencia o lo que es lo mismo un dependencia moderada, entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 50% de independencia funcional).

El menor resultado lo arroja la locomoción dado que implica una asistencia total menor al 25 % de independencia funcional, no se modifica en los sujetos con tratamientos combinados.

La comunicación y la memoria arrojaron un score de independencia completa para ambos grupos . No así la conexión social que marcó una asistencia mínima con un valor de supervisión según lo encuestado, entre quienes realizan tratamientos combinados al momento de administrar esta escala, levemente superior a quienes no lo realizan (mayor del 75% de independencia funcional).

En síntesis, la administración del instrumento reportó 52 puntos para el caso de tratamientos combinados, y un total de 49 puntos en los casos más comunes (85% de los casos estudiados) que corresponde a tratamientos que solo incluyen kinesiología y fonoaudiología.

#### **V.VII. Combinación metodológica**

La combinación de la metodología cuantitativa con un aporte cualitativo, permitió decir que:

1. La visión predominante tiende ver de manera favorable el tratamiento kinésico y fonoaudiológico, ignorando o poniendo en lugar neutro a las otras prácticas, y si bien en el grupo bajo estudio se observaron algunos

progresos en su autonomía personal, comunicación y mantenimiento de las expectativas de logros, marcan un fuerte contraste entre el ritmo de los progresos alcanzados durante el periodo agudo / subagudo y el crónico.

2. En este sentido, la perspectiva que evidenció el indicador DPRE, se correspondió con los registros mensurados en FIM, por lo que pudo inferirse una perspectiva compatible entre las dos técnicas de abordaje y recolección de datos con que se ha explorado al grupo bajo estudio.

## **VI- Discusión y conclusiones**



## VI. I. Discusión:

El grupo de trabajadores bajo estudio sostuvo en su mayoría que la rehabilitación es un problema de la Salud Pública, adjudicando razones políticas, económicas, sociales, y culturales, otros dentro de este colectivo, adjudicaron que el factor humano, el tecnológico o el estructural son de importancia, como así también la formación interdisciplinaria específica, como otras causas del macro problema planteado.

También hicieron referencia a que debería mejorar la interrelación entre los diferentes claustros municipales, lo cual podría ser un factor de amplitud del trabajo en rehabilitación, considerando que el estado debe tomar cartas en el asunto, además de la necesidad de convocar a otros actores de la salud y de la sociedad para tal fin.

En cuanto a la opinión de los actores directivos de las instituciones referentes de la rehabilitación pública local, uno de ellos no vio la rehabilitación crónica como un problema, aseguró más una problemática de índole socio-económico-cultural. Hizo referencias que los RRHH (recursos humanos) actualmente están muy formados y vuelve a destacar los impedimentos culturales más que otros. Reforzó la relación de la discapacidad con el estado. Reforzó con la frase *“nada sobre nosotros sin nosotros”* relación que considera a la tríada Discapacidad- Acción Social- Salud- Gral., como importante a la hora de gestionar sobre el tema. Hizo además referencias de un cogobierno entre la Municipalidad de Rosario y los Organismos de Discapacidad lo cual es único en la Argentina.

La otra opinión directiva consideró a la rehabilitación como un problema de la Salud Pública en relación a la dependencia o independencia lograda por los pacientes. Además que debería realizarse un control anual de todos los pacientes externados. Afirmó la importancia sobretodo de un lugar para pacientes crónicos una vez externados de ILAR. Aclaró que esta Institución se

caracteriza por lo interdisciplinario, formándose esta desde el grado profesional y que es necesario un entrenamiento adecuado para el conocimiento interdisciplinario. Afirmó además que las dos secretarías (Salud y Desarrollo Social) necesitan fusionarse en algunos temas relacionados a la discapacidad y salud. Sostener en el tiempo a la coordinación entre la Rehabilitación Municipal y Provincial y Dirección Municipal de Discapacidad y para finalizar dejó en claro que la tríada Discapacidad-Familia y recursos económicos es fundamental para la continuidad del proceso de rehabilitación post-externación.

Por otro lado, grupo de pacientes bajo estudio que realizó tratamiento de rehabilitación y mantenimiento de logros una vez derivados desde ILAR a centros de menor complejidad, respondió al tratamiento de forma desigual, según continuaron con el dispositivo asistencial integrado (informando en estos casos cambios significativos a favor en las actividades de la vida diaria) o reduciendo las intervenciones a Kinesiología o Kinesiología/Fonoaudiología.

Se pudo inferir que en la mayoría de los tratamientos donde se objetivaron progresos significativos, fueron en las terapias combinadas que realizaron en el período de internación, por lo tanto se puede recomendar la combinación de terapias como enfoque principal de tratamiento, una vez superada la etapa aguda y sub aguda.

Es menester dejar aclarado que la mirada extrapolada desde esta investigación en lo micro (casos/pacientes en aspectos vinculados a elementos objetivos de su déficit funcional), no tiene otro blanco al cual apuntar que no sea al colectivo de la rehabilitación crónica y desde esta mirada clínica individual buscar mejorar a la grupal con las debidas políticas públicas pertinentes para el caso, lo cual podría ser motivo de algún otro estudio.

Como se observa en los resultados, de los casos analizados del grupo de pacientes bajo estudio, se obtuvo que los tratamientos que combinaron terapia física convencional (incluidas electro fisioterapia, kinesioterapia, uso de

técnicas específicas en relación terapeuta paciente uno a uno, etc.), entrenamiento para el desempeño ocupacional, fonoaudiología y apoyo psicológico, obtuvieron un mejor desempeño FIM que aquellos que habían reducido el mantenimiento de logros motores y comunicacionales alcanzados en la etapa de tratamiento intensivo en ILAR.

Concretamente, el grupo bajo estudio que realizó el tratamiento de rehabilitación y mantenimiento de logros una vez derivados desde ILAR a centros de menor complejidad, respondieron al tratamiento de forma no uniforme, según continuaron con el dispositivo asistencial integrado (informando en estos casos cambios significativos a favor en las actividades de la vida diaria) o reduciendo las intervenciones a Kinesiología o Kinesiología/Fonoaudiología.

Por lo expuesto, también se puede inferir que en la mayoría de las respuestas del grupo en estudios acerca de los tratamientos donde se objetivaron progresos significativos, fueron en las terapias combinadas, pues en ellas es donde se encontró que hubo mejoras funcionales, por lo tanto se puede pensar en recomendar la combinación de terapias como enfoque principal de tratamiento, una vez superada la etapa aguda y sub aguda, quizás desde un lugar individual hacia una población muchas veces postergada por la temática discapacitante, lo cual conlleva hacia una realidad epidemiológicamente demostrada de un 13 % de población en la ciudad de Rosario, lo cual abre la mirada al problema público, donde muchas veces vuelve al efector de rehabilitación de origen (ILAR) por haber involucionado en el proceso de su recuperación y mantenimiento de la período crónico.

## VI.II. Conclusión:

La política sanitaria tiende a buscar el mejor equilibrio entre tecnología, calidad y costo de los servicios. Es un hecho que en el futuro los servicios asistenciales enfocados a la rehabilitación tendrán una organización distinta a la actual, con la pérdida de protagonismo de un conjunto de actores, como ejemplos hay a la vista y surge de la muestra trabajada, donde una vez superado el momento del tratamiento intensivo, las prácticas indicadas se concentran en el mantenimiento de los logros alcanzados en la etapa anterior, desatendiendo aquellas otras que no cuentan con dispositivos accesibles, cercanía geográfica o –como sucede en no pocos casos- con profesionales específicos.

De hecho extraña que en los casos estudiados las sesiones de kinesiología y fonoaudiología, hayan sido acompañadas en todos los casos por otras tantas de Psicología y Terapia Ocupacional, reduciéndose la indicación médica en las posteriores visitas de control, a un plan de terapia física y ocasionalmente, fonoaudiología. Minimizando las problemáticas crónicas en muchos casos.

En este sentido, disminuir la intensidad, frecuencia y diversidad de los componentes de un plan de tratamiento para reducir los costos o liberar recursos humanos valiosos, aún con fines altruistas, de interés colectivo o de gestión, puede comprometer su calidad, por ende su eficacia.

Más que eso, podría suceder que estos cambios organizativos, que también son cambios tecnológicos, provoquen efectos no deseados dentro del sistema público de salud, y éste en vez de continuar orientado al paciente, se termine centrando peligrosamente (para el derechohabiente) en sí mismo.

Este es el caso y por ello el grupo de pacientes bajo estudio fue un buen ejemplo, aunque su valor numérico haya sido un pequeña muestra poblacional mucho mayor si se hubiera tenido en cuenta a la población periférica de

Rosario (también atendida en ILAR) que indudablemente pierde contacto y seguimiento una vez externada, volviendo a su lugar o comunidad de origen; ya que las personas que padecen un residual crónico en sus funciones producto de lesión medular y daño cerebral adquirido, pertenecen a una categoría de pacientes afectados por una entidad neurológica causante de importantes procesos de discapacidad, a la que el aumento de la expectativa de vida y los avances en la prevención, atención y manejo de complicaciones impone la necesidad de proveer servicios de rehabilitación integrales, que trasciendan los aspectos funcionales y permitan condiciones de desempeño impulsoras y garantes de una inclusión social plena.

En función de lo anterior y como ya se mencionó en la justificación, la articulación organizada en relación a la rehabilitación en salud tiene como formato la derivación desde los efectores que sostienen a los pacientes internados agudos ( HECA, Roque Saenz Peña, Carrasco, Alberdi, etc. ) para pasar luego a ILAR (efector de 2do nivel de internación y de 3er nivel de rehabilitación) y desde allí a los centros de Salud municipales ( más de 50) y es en esta última vía, donde los pacientes continúan en lugares poco preparados ( edilicia, profesional y estructuralmente) para poder continuar con un proceso crónico.

Para este propósito es necesario un abordaje integral de la situación, que simplifique y resuelva las complicaciones que para el sector de la población más pobre y vulnerable conlleva este tipo de tratamientos, donde lo que se juega no solo es el restablecimiento funcional, sino la auto posesión del individuo afectado, plasmada en proyectos personales realistas y tan potentes como para ilusionarlo y verdaderamente incluirlo.

Concretamente, es más que importante que se incluya dentro de la estimación de la condición de salud todo lo relacionado con el funcionamiento de las personas en su vida diaria, lo que de hecho, comprende bastante más que lo que pueden aportar las sesiones de Kinesiología y -en el mejor de los

casos- Fonoaudiología que, tal como surge de los indicadores administrados, es el campo de intervención al que queda reducido el complejo y diverso proceso rehabilitador que tuviera su inicio durante el período agudo y sub agudo en ILAR.

En este sentido, la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF), brinda un interesante marco conceptual para abordar la discapacidad y el funcionamiento humano relacionado con la salud desde un enfoque biopsicosocial, que articula las dimensiones corporal, individual y social de las personas y su relación con los factores del ambiente.

Este enfoque, plasmado en los instrumentos de evaluación que se definieron en teoría y en los hechos como eficaces indicadores para relevar lo propuesto en los objetivos, es un referente importante para evaluar la discapacidad asociada al residual funcional crónico producto de lesión medular y daño cerebral adquirido y poder asociarla a una problemática colectiva de poco valor numérico si se quiere, pero de gran estimación inclusiva.

Es menester dejar aclarado que la mirada extrapolada desde esta investigación en lo micro (casos/pacientes en aspectos vinculados desde elementos objetivos de su déficit funcional), no tiene otro blanco al cual apuntar que no sea al colectivo de la rehabilitación crónica sobre las dolencias neuromotrices en adultos como lo son el ACV y las LM, y desde esta mirada clínica individual buscar mejorar a la grupal con las debidas políticas sanitarias públicas pertinentes para el caso, lo cual podría ser motivo de algún otro estudio donde se plantee la creación de herramientas para tal cometido.

La idea de reforzar el peso del objeto clínico va de la mano que en estas poblaciones escasamente documentadas las realidades perceptivas y propias de su proceso rehabilitador, discrepan en general con la idea de la finitud de este proceso en ciertos efectores con mayor estructura e infraestructura para tal fin, con hendiduras que no son reparadas en esas articulaciones no

evaluadas en este trabajo pero que hacen al retorno a la institución inicial (ILAR) luego de la externación, a veces volviendo a internarlos o en la mayoría de las veces con tratamientos ambulatorios

También es propio concluir que las condiciones de los centros de menor complejidad está determinada en la mayoría de los caso por una doble situación. Por un lado la edilicia, dónde los espacios de trabajo en relación a la cantidad de pacientes determina la necesidad de responder a problemáticas ortopédicas, traumatológicas y respiratorias en mayor medida, dejando a los pacientes neurológicos crónicos con un tratamiento reducido por la realidad de los lugares y que muchas veces se sana por la voluntad profesional, de esto se desprende la idea conceptual de lo “no uniforme” del grupo bajo estudio.

Para finalizar este trabajo, creo puntualmente y agradezco esta posibilidad de ampliación y correcciones varias; ya que sería muy productivo desde mi humilde opinión, que se gestionara una fusión de ciertas políticas de trabajo mancomunado entre las secretarías de Salud y de Desarrollo Social, ya que muchos centros de educación física y clubes barriales (fuertemente improntados en las políticas municipales actuales y desde hace muchos años), donde se podrían implementar estrategias para formar equipos profesionales entre médicos, kinesiólogos y educadores físicos, entre otros, entrenados para continuar con un proceso donde el mantenimiento y la adaptación a otras posibilidades de actividades generen cambios en los objetivos de estas poblaciones que parecen reducidas en número y no lo son ( 13% poblacional de discapacidad en Rosario) y que lamentablemente no están incluidas socialmente como lo muestran otras naciones.

# **VII- Referencias bibliográficas**



Alojamiento de fuente:  
<https://www.santafe.gov.ar/noticias/noticia/217195/> última consulta:  
20/07/2016.

**Barrera-Chacón, J. y Zarco Períñan, M.J.** Gestión de calidad en rehabilitación . Quality Management in rehabilitation . ELSIVER. [Vol. 43. Núm. 3.](#) Páginas 118-122 (Mayo 2009). Sevilla.

**Brown, S; Glasner A.** *Evaluar en la Universidad: Problemas y nuevos enfoques.* 2da. Edición. Narcea. Madrid. España (2007).

**Capiello, M. y Paradiso J.C** (2003); disponible en:  
[http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial\\_2811.php](http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2811.php)  
[Última visita 12-07-2016](#)

**Charles Wright Mills:** *La imaginación sociológica.* Capítulo 1: “La promesa” FCE, México, 1979 pág. 99.

**De Gracia, Danilo** (1988) “*Fundamentos de Bioética*”, Eudema, Madrid.

**De Marinis, Pablo** (2000) *Notas Para Taller.* Universidad del Salvador. Publicaciones., Bs. As.

**Dennis.** *Leguaje simbólico* (1993)

Fuente – alojado en:  
[https://elpais.com/politica/2017/09/25/actualidad/1506343147\\_796455.html](https://elpais.com/politica/2017/09/25/actualidad/1506343147_796455.html)  
Última visita 11 - 11 - 2017

Fuente: alojado en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/14-030114/es/> Última consulta 11-11-2016

Fuente: Emol.com – alojado en:  
<http://www.emol.com/noticias/Internacional/2017/02/11/844486/El-sistema-de-salud-publica-britanico-tambalea-por-falta-de-medios.html> Última visita 11 - 11 - 2017

**Guirado, V. Battisti, D.:** *Introducción a la Gerontología Social.* UCU - CREA. Rosario, 3ª edición, 2000. p. 33-35.

[https://es.wikipedia.org/wiki/Medida\\_de\\_independencia\\_funcional](https://es.wikipedia.org/wiki/Medida_de_independencia_funcional) 15 abr 2017.

[https://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2015-06-16/la-austeridad-dejo-el-sistema-de-salud-portugues-amenazado-segun-expertos\\_609205/](https://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2015-06-16/la-austeridad-dejo-el-sistema-de-salud-portugues-amenazado-segun-expertos_609205/) Última consulta 14-11-2016

**Husserl, Edmund**, en Joan-Carles Mèlic: *Antropología simbólica*, Paidós, 1994, Pág 31 y Nota 47.

ILAR. Registros (2016), el 18,5% corresponde a lesiones cervicales, 41,5% torácicas altas y el 40% por debajo de T6.

**Lam Díaz, R. y Hernández Ramírez, P.** Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter v.24 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008.

**López Zinni, W.** (2005) Seminario “Teoría de la Salud, hoy”. UCU. Rosario, p.22 En Actas. Publicación estudiantil del CREA.

**Lusthaus, E.** “*Euthanasia*” of Persons with Severe Handicaps: Refuting the Rationalizations. Sage Journals (1985)

**Martínez Riera, R y Sanjuán Quiles, A** .¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? Rev Adm Sanit. 2009;7(4):661-82

**Mèlic, Joan-Carles:** *Antropología simbólica*, Paidós, 1994, Pág 35 y Nota 53.

**Mirallas Martínez, J.** *Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular. Rehabilitación. Volume 38, Issue 2, 2004, Pages 78-85.*

**Moore, Louis (2009)** *Teoría de la salud pública*. Rosario, Kamschaska. P. 107.

**Murie-Fernández, M.** *Neurorehabilitación tras el ictus.* Neurología. 2010;25(3):189-196.

**OMS** (1999), las funciones corporales son las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales. Las deficiencias son problemas en la función o estructura del cuerpo, tales como una desviación o una pérdida significativa. Fuente: Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Julio 1999 (Borrador preliminar UIPCS).

**Paolinelli G,** *Escala FIM.* Rev. méd. Chile v.129 n.1 Santiago ene. 2001

**Parkes J, Shepperd S.** *Discharge planning from hospital to home* (Protocol for Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1998.

Participación - Borrador Beta-2 de la CIDDM-2, Julio 1999 (Borrador preliminar UIPCS).

Preámbulo al documento de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 22 de julio de 1946.

**Rojas Pernia, Rada, De los Santos** (2004) *Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas.* Revista de la Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Autónoma Barcelona.

**Santos del Riego, A.** *El proceso de planificación del alta en centros de rehabilitación. Sistemas de información para la evaluación de pacientes* Universidade da Coruña. - A Coruña (ssr@udc.es) 2006.

**Testa, M.** Pensamiento estratégico y lógica de la programación. (el caso de salud) OMS 1989

**Walter,** *Determinantes de calidad de vida.* Revista Quality of Life Reserch.1992

**Wyndaele y Wyndaele,** en una revisión sistemática de publicaciones científicas entre 1977 y 2006 sobre incidencia, prevalencia y epidemiología de lesión medular a nivel mundial.

## **VIII- Anexos**



**Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)<sup>306</sup>**

CATEGORIAS	DOMINIO	FIM TOTAL
<b>Autocuidado</b> 1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo perineal	<b>Motor</b> 91 puntos	126 puntos
<b>Control de esfínteres</b> 7. Control de la vejiga 8. Control del intestino		
<b>Movilidad</b> 9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas 10. Traslado en baño 11. Traslado en bañera o ducha		
<b>Ambulación</b> 12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar escaleras		
<b>Comunicación</b> 14. Comprensión 15. Expresión	<b>Cognitivo</b> 35 puntos	
<b>Conocimiento social</b> 16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria		

Cada ítem es puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa
	6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión
	4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3 Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)

### Descripción de la escala FIM

La FIM es el instrumento más ampliamente aceptado como medida de funcionalidad en el ámbito de la rehabilitación y en la medición de la capacidad global del paciente ingresado en rehabilitación. Discrimina pacientes según edad, comorbilidad y destino al alta. Se desarrolló ante la falta de una medida uniforme de la discapacidad y de los resultados tras el tratamiento rehabilitador.

En ella se evalúan 18 ítems divididos en seis categorías, que se denominan de cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social en relación con las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Cada ítem puede evaluarse en siete niveles de 1 (asistencia total) a 7 (independencia total) de acuerdo con el nivel de ayuda, de tal forma que el resultado final total puede registrarse entre 18 (mínimo) a 126 (máximo); para obtenerla se suman los valores obtenidos en las áreas motora y cognitiva. La puntuación motora va desde los 13 a los 91 puntos y la puntuación cognitiva, desde 5 a 35 puntos.

1. ALIMENTACION: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. Si es necesaria la supervisión y / o preparación de los elementos de higiene.

3. HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en la cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4. VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarse patalón. Características de la dependencia.

6. USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

7. CONTROL DE INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

8. CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

9. TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pasarse hacia la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. Grado de participación del paciente.

10. TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. ESCALERAS: Implica subir y bajar escalones.

14. COMPRESION: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

15. EXPRESION: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16. INTERACCION SOCIAL: Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

EVALUACION GLOBAL: Escribe en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-motores y cognitivos del paciente.

**Tabla 3: Indicador DPRE** (Cabrera y Guirado, 2007) (completo)

Dimensión	Indicador de la dimensión	Interrogante Principal	Interrogante Operativo						Tendencia
Desempeño	1. Informa cuantitativamente sobre logros del programa, actividad, proyecto o de la institución, a favor de la población u objeto de su intervención.								
		<i>¿Se alcanzan los objetivos que esboza el programa?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						
Procesos	2. Mide cambios y progresos que muestra un programa hacia el logro de un resultado específico.								

		<i>¿Los dispositivos propuestos en el plan de trabajo se articulan convenientemente?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						
		<i>¿Hay suficiente comunicación referencia - contrareferencia?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						
Resu ltados	3. Proveen evidencia cuantitativa acerca de si una								

	determinada condición existe o si ciertos resultados han sido logrados o no (en tal caso permite evaluar el progreso realizado).								
		<i>¿Cómo evolucionan los parámetros comprometidos?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						
		<i>¿Se mantienen las expectativas de logros?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						

			Fisiatría						
Eficia	4. Informa sobre el nivel de ejecución del proceso y mide el rendimiento de los recursos utilizados por un proceso.								
		<i>¿Se utilizaron los recursos presupuestados?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						
		<i>¿Se verifican las expectativas de logros indicadas en el pronóstico?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						

			Trabajo Social						
			Fisiatría						
		<i>¿El centro al que se deriva el paciente coincide con la evolución informada?</i>							
			Kinesiología						
			Fonoaudiología						
			Terapia Ocupacional						
			Psicología						
			Trabajo Social						
			Fisiatría						

I.L.A.R.

INSTITUTO DE LUCHA ANTIPOLOMELTICA Y REHABILITACION DEL LIMAZO

Paraguay y Ocampo

Rosario

TE: 482-3010 // 4808-669

CONSÉNTIMIENTO PARA EFECTUAR TRATAMIENTOS

Rosario, ..... de ..... de 200.....

1.- ..... mayor de edad y en pleno estado de conciencia, y/o en mi carácter de familiar directo y/o responsable del paciente otorgo mi expreso consentimiento para la realización del tratamiento indicado, así como la de todos los actos y estudios médicos apropiados sobre mi/la persona de mi representado, efectuada por el personal de la Institución.

2.- Dejo constancia de que la naturaleza de la enfermedad que padezco, el procedimiento indicado, sus riesgos, secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes, así como la posibilidad de complicaciones, me han sido explicados en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado declaro haber comprendido perfectamente por el profesional mencionado sin haberseme dado ningún tipo de garantías o seguridades respecto de los resultados que se esperan del procedimiento.

3.- Consiento la toma de fotografías o filmaciones del procedimiento o intervención y la utilización de las mismas en publicaciones científicas con la condición de que mi identidad/la identidad del paciente, no sea revelada.

4.- Asimismo, consiento la admisión y permanencia de otros profesionales, aparte del actuante, en la sala de estudios.

5.- Por la presente acepto las condiciones que la Institución me pone conocimiento y a la vez me comprometo a retirar al paciente, dentro de las cuarenta y ocho horas de ordenada su alta médica.

X ..... Firma

X ..... Aclaración

L.E. / L.C. / C.I. / D.N.I. N°: .....

Domicilio: .....

Teléfono: .....

Localidad: .....

Parentesco: .....





