
Diego Moguel

Presidente de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales



“La Rehabilitación como proceso asistencial se encuentra en un estado caótico”

¿Qué es la Terapia Ocupacional?

La Terapia Ocupacional es una intervención sanitaria (profesión de nivel de grado) cuya finalidad es utilizar actividades terapéuticas específicas, individualizadas, encaminadas a: prevenir, mantener y/o recuperar las funciones físicas, psíquicas y sociales, para alcanzar el máximo nivel de independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria y mejorar la calidad de vida.

¿Cuáles son los ámbitos donde intervienen?

La terapia ocupacional se fundamenta en la faceta del ser humano como ser ocupacional que necesita la ocupación para realizarse, siendo esta su razón de ser; cuando estas capacidades se han perdido o alterado sea cual sea su origen o causa, física, psíquica, mental o sensorial, interviene el terapeuta ocupacional, desarrollando al máximo las capacidades de la persona para mejorar su autonomía y participación en todas las áreas de desempeño de su vida habitual: familiar, social y laboral.

Por tanto son múltiples los campos dónde los terapeutas pueden intervenir tanto sanitario como social (comunitario o domiciliario) y docente.

Ámbito sanitario y de salud: interviene en hospitales generales, hospitales de salud mental, hospitales geriátricos, hospitales pediátricos, centros salud, centros de atención especializada, mutuas de accidentes laborales).

Ámbito social: residencias geriátricas, centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, centros ocupacionales, centros de desintoxicación, viviendas tuteladas, ONG, marginación social, atención domiciliaria, centros peniten-

ciarios, en centros educativos reglados y especiales, centros ortopédicos y de diseño ergonómico

Ámbito formativo: formación en universidades, asesoramiento a instituciones, peritajes, equipos multidisciplinares, investigación.

¿Cómo interviene esta disciplina sanitaria dentro del sistema de salud?

La Terapia Ocupacional es una parte irrenunciable del proceso de rehabilitación en su más amplio sentido, sin ella difícilmente existe tal proceso. Se encuentra recogida en la cartera común de servicios del SNS, dentro del denominado “*déficit funcional recuperable*”, y es una parte vital del proceso rehabilitador en salud mental.

¿Cuáles son los recursos actuales destinados para esta prestación sanitaria en nuestra CA?

Los recursos destinados para Terapia Ocupacional son muy escasos, la ratio media dentro de nuestro sistema se encuentra situada en torno a 1,22 TO/100.000 hbs. destacando las áreas de salud de La Gomera, La Palma y El Hierro que carecen de estas unidades dentro de sus hospitales insulares.

¿Cómo interviene esta prestación sanitaria dentro del proceso de rehabilitación?

La OMS definió rehabilitación y habilitación como procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desem-



peño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, y servicios de apoyo. Por lo que la Terapia Ocupacional ocupa un lugar destacado dentro de este paradigma al abordar esta definición desde todos sus aspectos.

¿En qué estado se encuentra a su juicio, la rehabilitación en Canarias?

La Rehabilitación como *proceso asistencial* se encuentra en un estado caótico, no se ha aplicado una visión multidisciplinar de intervención consensuada que está produciendo un desequilibrio en la aplicación universal de la cartera común de servicios del SNS, haciendo más evidentes las desigualdades territoriales e insulares dentro de nuestra comunidad, como ejemplo la ausencia de Unidades de Terapia Ocupacional dentro de los CAEs, y en atención primaria. Dentro de salud mental el panorama no es mejor, y no se ha incluido esta dentro de la atención domiciliaria comunitaria, haciendo casi imposible que se produzca un verdadero abordaje costo-efectivo de las patologías que engloban el denominado “déficit funcional recuperable”.

Los servicios de rehabilitación son entes complejos en los que deberíamos encontrar tres tipos de unidades asistenciales: U60 (Terapia Ocupacional) U59 (Fisioterapia) U61 (Logopedia), y en donde la gestión de estos servicios continua siendo absolutamente vertical, obviando la pluralidad profesional y relacional de estas unidades.

La especialidad de rehabilitación es la que mayor número de personas en lista de espera ha mantenido durante los últimos años, cuál cree que es el motivo?

Por un lado nos encontramos con hospitales de tercer nivel cuyos servicios de rehabilitación se masifican con procesos crónicos, y procesos agudos en los que no se interviene hasta que se establecen unas secuelas de compleja resolución y que generan un alto nivel de dependencia.

Otro aspecto es la escasa implantación de vías clínicas, y procedimientos estandarizados que optimicen los escasos recursos mediante un concepto de abordaje intensivo, y multidisciplinar, relocalizando estos recursos asistenciales de forma equilibrada en la geografía Canaria. Aquí tenemos que incluir el efecto “retardante” del transporte sanitario, escaso, planificado deficitariamente, y ajeno al propio sistema público. Debemos recordar que el usuario (muy a menudo con

problemas de movilidad reducida), depende de este servicio para poder iniciar y mantener su tratamiento, y se verá sometido a dos listas de espera: la generada por el propio sistema asistencial y la producida por el tiempo en espera para asignación de transporte según las rutas disponibles.

¿Existe una relación entre ese incremento de personas en lista de espera y la demora para acceder al proceso de rehabilitación y el actual estado de la dependencia entre nuestra población?

Es una relación ya abordada y definida: El informe mundial sobre discapacidad, elaborado por la OMS y Banco Mundial en 2011 dejaba claro este punto:

“Las necesidades de rehabilitación no satisfechas pueden retrasar el alta médica, limitar las actividades, restringir la participación, deteriorar la salud, aumentar la dependencia de la asistencia de terceros y disminuir la calidad de vida. Estos resultados negativos pueden tener amplias repercusiones sociales y financieras para las personas, las familias y las comunidades.” (OMS-Banco Mundial, 2011).

Conocemos por los datos aportados por la asociación estatal de directoras y gerentes en servicios sociales en su documento “*el examen sobre el territorio y la aplicación de la escala*” de Julio de 2015, que el gasto público destinado a dependencia en Canarias por habitante y año fue el más bajo de todas las comunidades autónomas

(39,40€) frente a una media nacional de 104,49€.

Si observamos los siguientes factores latentes desde una visión holística del problema:

- Visión sesgada del proceso rehabilitador
- Ausencia de procedimientos estandarizados consensuados
- Incremento de lista de espera + Aumento de la demanda asistencial
- Aumento de la esperanza de vida con una relación directa con el incremento de personas dependientes.
- Sistema de dependencia colapsado e ineficaz

Podremos inferir que este ciclo se retroalimenta permanentemente, lo cual exige una respuesta inmediata ante las proyecciones evolutivas poblacionales del INE que sitúa a España a medio plazo (año 2022) con una tasa de dependencia elevada hasta el 58%.

Para terminar quisiera recordar que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad estableció que los países debían garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados, incluida la atención sanitaria general y servicios de rehabilitación, y no sufran discriminación en la prestación de servicios de salud (artículos 26 y 26). ◆

“Los países deben garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados”