



**Universidad
Abierta
Interamericana**

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

TEMA

**INRAESTRUCTURA y EQUIPAMIENTO DE UNA SALA
KINÉSICA:**

Calidad prestacional actual en Rosario.

AUTORES

Fernández, Agustina

Giovanetti, Valeria

Picco, María Soledad

TUTOR

Lic. Barbona, Roberto

ASESOR METODOLÓGICO

Cappelletti, Andrés

2003



**Universidad
Abierta
Interamericana**

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

TEMA

**INRAESTRUCTURA y EQUIPAMIENTO DE UNA SALA
KINÉSICA:**

Calidad prestacional actual en Rosario.

AUTORES

Fernández, Agustina

Giovanetti, Valeria

Picco, María Soledad

TUTOR

Lic. Barbona, Roberto

ASESOR METODOLÓGICO

Cappelletti, Andrés

2003

En la Edad Media un viajero se acerca a una construcción en las afueras de una ciudad. A la vera del camino, se encuentra a un hombre que golpea una roca con un martillo.

- *¿Qué haces, buen hombre? Le dice:*
- *Pico piedra porque estoy castigado.*

Unos pasos más adelante, encuentra a otro hombre haciendo lo mismo. Y repite:

- *¿Qué haces?*
- *Me estoy ganando el pan.*

Poco después encuentra a un tercero, y pregunta:

- *¿Qué estás haciendo?*
- *¿No lo ve? Estoy tallando una piedra.*

Por último, aparece otro más en la misma situación:

- *Y tu, ¿qué haces?*
- *Estamos haciendo una catedral.*

Anónimo

Estamos para lograr con nuestra tarea que los trabajadores y voluntarios de los centros de salud, tengan ganas de construir entre todos una *catedral*.

RESUMEN

La presente Tesina es un trabajo cualitativo, de tipo exploratorio que incluye elementos descriptivos. El área de estudio se limitó al Hospital Provincial del Centenario, en el período noviembre - diciembre de 2002. Para la recopilación de datos se emplearon observaciones y entrevistas semiestructuradas, junto a referencias bibliográficas y de redes de informática.

El objetivo principal de nuestra labor fue analizar la relación entre la Infraestructura y el equipamiento de una sala Kinésica y la calidad prestacional. Asimismo, aspiramos conocer si la institución evaluada se encuentra dentro de las normas y criterios establecidos por la Ley 9847.

Los resultados arrojaron que la calidad de la atención impartida no se ve condicionada por el equipamiento e infraestructura, sí en cambio por el déficit en el recurso humano, agravado por una falencia administrativa- organizacional.

La finalidad de esta investigación excede los límites de una estereotipada Auditoría. Nuestra meta final, no sólo supera el propósito de mejorar la calidad de atención brindada al paciente, sino que también asienta (a modo de anhelo de las autoras) en aportar información a futuras investigaciones, que puedan, al menos, seguir deseando el cambio.

PALABRAS CLAVES

Infraestructura, Equipamiento, Control de Calidad, Profesionales, Paciente, Servicio, Estructura, Proceso, Resultado.

INDICE

I. Resumen	3
II. Introducción	5
III. Problemática	7
IV. Fundamentación	8
IV.1. El Estado y las políticas pro-calidad.....	8
IV. 2. Calidad, Liberalismo y Protección al consumidor.....	14
IV.3. Aspectos Conceptuales de la Calidad.....	17
IV.3.1. Estructura.....	22
IV.3.1.1. Niveles de Riesgo.....	24
IV.3.1.2. Evaluación de la Estructura	28
IV.3.1.3. Ley 9847.....	29
IV.3.2. Proceso.....	34
IV.3.2.1. Evaluación del Proceso.....	35
IV.3.2.2. Fuentes de Información y Modo de Obtenerlas.....	35
IV.3.3. Resultado.....	39
IV.3.3.1. Evaluación de los Resultados.....	40
V. Objetivos	42
VI. Métodos y Procedimientos	43
VII. Desarrollo	49
VIII. Conclusión	58
IX. Recomendaciones	61
X. Referencias Bibliográficas	62
XI. Anexo	64

INTRODUCCION

En el presente trabajo de tesis, abordamos como tema central la calidad vinculada a la prestación de servicios.

Dicho enfoque encuadra dentro de lo que se conoce bajo el concepto de Auditoría. Esta puede definirse como una revisión sistemática y objetiva de la estructura del trabajo profesional y de la atención médica, efectuada por profesionales de la Salud sobre la base de la Historia Clínica. Es una revisión de la práctica médica y no del que la practica. Constituye pues, un mecanismo de mejoramiento o perfeccionamiento profesional, basado en la utilización de normas y registros.

En 1974 la SADAM¹ (Sociedad Argentina de Auditoría Médica) definió a la Auditoría como “el conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica, mediante el análisis de su programa, contenidos, procesos y confrontación con normas vigentes orientadas al logro del mejoramiento de su calidad y rendimiento”

Los fundamentos y el modelo de la auditoria Kinésica son basados en la auditoría médica, por dos razones fundamentales: la similitud como servicio de Salud y la experiencia acumulada por la actividad médica. La gran dificultad de ambas, arraiga en la sensación de los profesionales de verse examinados y controlados. A esto se le suma la escasa comprensión del concepto del sentido vertical del arte de curar, por lo cual el control y la evaluación por parte de los organismos o entidades se perciben, erróneamente, como el intento de cercenamiento de privilegios. Si además los que evalúan son pares, es como “*alta traición*”, trabajan de policías por un sueldo.

¹Feldmann, Andrés. **Organización Hospitalaria y de Centros de Rehabilitación**. 1º edición. Buenos Aires. Abril 2001.

El propósito de esta investigación se asienta en el intento de cumplir con los objetivos básicos de toda Auditoria, constituidos por: conocer la calidad de los servicios que se brindan, conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional y formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.

PROBLEMÁTICA

La atención profesional debe ser considerada como un acto servicial, es decir servir al otro, brindando algo que el otro requiere o necesita. El paciente por su condición, muchas veces concurre a la atención en condiciones de baja exigencia. Esta situación genera una entrega del paciente que conlleva a que los profesionales de la Salud tengan una sensación de superioridad y se olviden del acto de servicio. Dicho concepto de servicio, impone el criterio de satisfacer la demanda del ofertante, si bien es cierto que no siempre la demanda es posible de satisfacer.

El inconveniente de lo anterior reside en el hecho que en numerosas ocasiones la infraestructura y el equipamiento de una sala Kinésica no es el apropiado para compensar dicha demanda. Surge así la necesidad de analizar la relación entre estas y la calidad prestracional. El método elegido fue la Auditoría.

La importancia o utilidad de evaluar la calidad radica en que nos proporciona un panorama global de cual es la situación laboral de muchos colegas en diversos centros asistenciales, extrayendo una realidad que no siempre concuerda con la formación teórica-práctica construida durante nuestra instrucción académica, pero permitiendo a la vez adaptar dichos conocimientos para poder brindar lo mejor de nosotros hacia la sociedad en la tarea del arte de curar.

En relación con lo mencionado recientemente, deja las puertas abiertas para modificar algunas situaciones que no son ideales apuntando a la correcta organización y planificación de nuestro trabajo, tarea que a su vez beneficiaría a la comunidad educativa que nos amparara como alumnos ya que posee prácticas curriculares en la institución valorada.

FUNDAMENTACIÓN

HACIENDO UN POCO DE HISTORIA

El estado y las políticas pro-calidad.

“El anhelo por la calidad en la industria moderna aparece, en una primera aproximación, como un ideal que nace y resplandece en el reino de la libertad de mercado. Bajo el régimen capitalista, nadie está obligado a producir bienes y servicios de calidad a no ser por imposición de la competencia y por la posibilidad de acumular mayores lucros por convertirse en el productor preferido de los consumidores. Optar por el continuo perfeccionamiento de la calidad aparece, por lo tanto, como una decisión plenamente soberana de la gerencia, al ser colocada entre las alternativas de desarrollo estratégico de una empresa, la conquista de mayores porciones de mercado o simplemente para la garantía de su subsistencia económica”.²

Gobiernos de diversos países adoptaron explícitamente políticas de estímulo para que los productores implementen programas de calidad total (CCT), buscando anticiparse a las fuerzas de mercado y, paralelamente, orientar la modernización de empresas y órganos estatales. Según Ishikawa, en lo que respecta a ese papel de las empresas y del estado, existe, en el ámbito mundial, tres formas de fomentar el CCT:

1. La *japonesa*, basada en la iniciativa de las propias empresas, que se mueve por un interés nacional de difundir entre la industria del país la experiencia con ese método y con los círculos de control de calidad, contando con el apoyo de entidades civiles tales como la Asociación de Científicos e Ingenieros;

² Passos Nogueira, Roberto. **La gestión de calidad en salud y las políticas públicas**. Programa de capacitación y reconversión del personal del INSSJP. Argentina. 1999.

2. Casos como los de *Corea del Sur* y de *China*, donde el gobierno se envuelve directamente, tanto en financiamiento como en su difusión;
3. La *americana*, donde el CCT es propagado como resultado de los negocios de ciertos especialistas agrupados en empresas de consultoría.

Ni el movimiento inaugurado por la sociedad japonesa, desde el final de la segunda guerra mundial, en el sentido de perfeccionar el control de calidad, ni la adopción directa del CCT por los gobiernos centrales, parecen corresponder a un paradigma de construcción de nuevas vías de desarrollo tecnológico y económico basado únicamente en el libre juego de mercado.

En ese sentido tanto el japonés Ishikawa como el americano Deming (1950) consideran que...“para aventurarse en la misión que conduce al CCT, se hace necesario justamente oponerse a las presiones económicas del mercado, forjando, encima de él, una determinación política y estratégica, la voluntad de hacer valer los objetivos de calidad aún cuando las circunstancias económicas de la empresa y de su entorno parezcan preconizar vías más realistas”... Se llega a manifestar la desconfianza en cuanto a la posibilidad de que occidente consiga implantar una forma exitosa de CCT en alta escala, justamente porque es aquí donde todo el mundo esta envuelto en los intereses inmediatos de mercado, o sea, son motivados por la ganancia del lucro fácil y de corto plazo.

Deming dirige una crítica mordaz a la lógica de la competitividad basada en costos y precios, que direcciona tanto el desempeño de las administraciones de las empresas norteamericanas, como la regulación del mercado por el gobierno central. En la administración de los costos está siempre presente la visión de corto plazo, justificada por la defensa de retornar dividendos a los accionistas. El ejecutivo que mantiene el nivel de empleo e invierte con un bajo retorno inmediato de capital, para garantizar productos y servicios de mejor calidad en el futuro, se expone al riesgo de ser despedido por el consejo

de la empresa en nombre de los intereses de los accionistas. ¿Cómo mantener constancias de propósitos para perfeccionar paulatinamente la calidad de lo que es producido si la única forma de planificación admisible es aquella que garantiza dividendos inmediatos a los accionistas? ¿Será que los accionistas no son sensibles a una estrategia diferente que privilegie altos retornos después de periodos largos de maduración de la inversión? A estos interrogantes de Deming, se junta un reproche al liberalismo del estado norteamericano, que estimula la competición de precios entre empresas, pero dificulta las asociaciones para fines de iniciativa comunes de desarrollo de la calidad. Sería esta competición fundada en la calidad lo que podría proyectar la industria americana en el ámbito de competencia internacional.

Para los analistas “racionales” es más fácil conseguir visualizar el nacionalismo, que inspira a los gurúes de la calidad e incentiva a las empresas para luchar por dominar ciertos segmentos de mercado mundial; para aceptar que también existen determinantes morales y humanistas alimentando tal insistencia. En el Japón, según Ishikawa (1955), lo que condujo a la sólida implantación de los círculos de calidad total fue el ideal de originar fábricas “donde la humanidad sea respetada”. Este respeto a la humanidad puede ser expresado de la siguiente manera: “La industria pertenece a la sociedad. Su objetivo es engarzarse en la administración teniendo a las personas como centro. Todos los que están ligados a la empresa (consumidores, empleados y sus familiares, accionistas, subcontratados y empleados del sistema derivado de distribución) precisan poder sentirse confortables y felices con la empresa, y poder usar sus capacidades y poder realizar su potencial. El lucro es una idea anticuada que precisa ser descartada”.

Al admitirse que los aspectos vitales de la gestión de calidad total se interconectan constantemente con las cuestiones axiológicas de una sociedad, debe igualmente aceptarse que denominar un proceso con ese nombre no basta para unir a todos en un mismo campo de fuerza ideológica. El gran e irrefutable mérito de ese enfoque de gestión es la necesidad de transparencia en la conducta de los actores envueltos (gerentes, trabajadores consultores,

clientela, etc.) y muchas veces esto propicia el enfrentamiento de enfoques antagónicos sobre el CCT.

Es preciso elevarse a un plano de comprensión histórico y considerar, por ejemplo, que las condiciones que favorecen a la implantación del CCT caracterizan una nueva manera de gerenciar las relaciones de trabajo. Poner la calidad en primer plano para un significado conjunto de agentes económicos de la sociedad implica afectar a todos los planos en que se plantean las cuestiones de trabajo en la economía nacional:

- a- **Ideológicamente**, constituye un retorno al mundo de las cosas y de su utilidad concreta, significa reponer el valor de uso como objeto de trabajo, cargando en ese movimiento todos los valores culturales que motiven el gusto por el arte de las cosas bien hechas y de la creación;
- b- **Políticamente**, consolida el rescate de la gestión democrática de las empresas a través de las condiciones objetivas que estimulan la participación y la expresión de voluntad de los trabajadores en los rumbos tomados y se dan en conjuntos con formas de negociación colectiva de inúmeros aspectos vinculados con las relaciones de trabajo y el ambiente de producción;
- c- **Económicamente**, presupone una retribución al esfuerzo adicional de trabajadores y técnicos, a través de la participación en los lucros generados o de retribuciones adicionales al salario, correspondientes a los grados de productividad del trabajo que van siendo agresivamente incorporados.

En escala, la flexibilidad de la gerencia centrada en la calidad no es un fenómeno menor, traduce el hecho de que se instaura una etapa político-económica del capitalismo con profundas transformaciones en las relaciones de trabajo y de formas de acumulación del capital.

El ya superado modelo "fordista", difundido en Europa y los Estados Unidos en el período que transcurrió entre las dos guerras mundiales, se basaba en relaciones económicas claras entre las empresas y los sistemas legales de proyección social creados por el Estado. En el nuevo modelo de gestión flexible, la gerencia debe estar dotada de un notable grado de autonomía y predisposición para la solución de las demandas de los trabajadores. Ya no resulta conveniente remitir muchos de los conflictos laborales, que surgen constantemente dentro de las empresas, a las instancias jurídicas y administrativas del Estado: *deben ser resueltos dentro de la propia empresa, a través de normas e instrumentos de negociación entre representantes sindicales y, a veces, de los propios consumidores.*

En el área de empresas públicas se produce una mutación paralela que coincide con nuevas formas de financiamiento estatal. No se puede seguir subvencionando a las empresas públicas por el sólo hecho de su noble función social. Gobiernos de países en desarrollo, vienen expresando que su sanción política comenzará a basarse de aquí en más, en la materialización del desempeño, evaluada en términos de productividad y calidad. Abandonando de esta manera su antiguo estilo proteccionista de las actividades de interés público, el Estado pasa a imponer criterios de eficiencia en la administración directa y en las autarquías que funcionan como instrumentos dinámicos de intervención en las áreas sociales como salud y educación.

La fuerza motriz que puede encuadrar a los funcionarios públicos en la dirección de la calidad no resulta, en esos casos, ni del nacionalismo ni de la búsqueda de ventajas competitivas del mercado, que configuran, naturalmente, los objetivos de la empresa privada. Resulta, más bien, de un similar instinto de subsistencia frente al agotamiento del modelo de financiamiento incondicional por el Estado.

En un plan de calidad de una institución pública, las metas de calidad deben ser orientadas en la dimensión del interés público y no apenas de su éxito gerencial en el manejo de los medios.

En un hospital público, la mejoría en la calidad de la atención precisa ser situada en un nivel estratégico con relación a sus funciones jerárquicas dentro de la red y subordinarse a la misión político-institucional de promover la equidad de los servicios ofrecidos. Tal como el concepto ampliado de CCT involucra el trabajo pro calidad con los proveedores de materias primas, en servicios de salud, el desarrollo del CCT parece presuponer no la iniciativa de todas las unidades en esa misma dirección, sino, por lo menos, ciertos acuerdos de objetivos de calidad entre ellas, teniendo en cuenta los propósitos de la misión político-institucional.

Una objeción importante de la naturaleza política, que ha sido planteada frente a las propuestas de la CCT es la vinculación con el neoliberalismo. En el plano mundial nada hay en la filosofía y en la historia del CCT que respalde el ideal neoliberal de la restauración de la libre competencia. Por el contrario autores como Deming e Ishikiwa elogian implícitamente, a las virtudes de la asociación entre el estado y las empresas monopólicas o entre las empresas y gremios profesionales, para facilitar la conquista de avances trascendentes de calidad. La historia de la promoción de la calidad señala la eficacia de la asociación de la acción inteligente del Estado y organizaciones gremiales en la promoción del CCT en el marco de una ideología de defensa de los intereses nacionales.

“Calidad total”, esta expresión sin lógica, tiene una connotación emocional muy fuerte, que puede ser utilizada para seducir a las audiencias en debates públicos. ¿Pero de que sirve despertar el entusiasmo, si elimina el trascendente papel de la gestión y de todas las funciones de mando y planificación de proyectos que deben ser contempladas en el CCT? Los esfuerzos de procalidad en una empresa no surgen de un estado místico a ser alcanzado por la concentración colectiva en el arquetipo de la “calidad total”, sino que

dependen de la adopción seria y responsable de un estilo de gestión que sólo produce buenos resultados cuando es aplicado correctamente y a lo largo de varios años en una misma empresa.

Amoroso Lima apunta que hay una ingeniosa fórmula inspirada en la ley de Gerson, que esta por detrás de la pseudo-modernización asumida por las empresas brasileñas en la década del 90. La fórmula es:

Competitividad = (marketing + demagogia) + (viveza + trucos) + (magia + surte) + (favoritismo) – (transpiración) – (perseverancia) – (evaluación).

Esa competitividad distorsionada fue posible por la propia trayectoria reciente de empresas y de la economía brasileña donde ciertas condiciones de crecimiento económico y de poca competencia incentivaron a la mayoría de las empresas a mantener una actitud de avestruz, con la coexistencia de altos márgenes de lucro y un cabal de descontrol de costos. En la década del 90, el descontrol de los costos ya no puede ser mantenido por causa de la tendencia decreciente de las tasas de lucro, y el avestruz entro en pánico.

Calidad, Liberalismo y Protección al Consumidor.

La promoción de la calidad a un *desideratum* de la producción industrial, que hoy parece culminar los esfuerzos por el desarrollo de la empresa y del mercado capitalista, tiene por detrás, todo un largo e importantísimo registro histórico de razonamiento y enfrentamientos entre corrientes de pensamientos, entre formas de actuación política de los grupos sociales organizados y hasta entre formas de alternativas de intervención del Estado.

La cuestión moderna de la calidad de bienes y servicios tiene innegablemente vínculos históricos con la llamada policía sanitaria y, en sentido más amplio, como los

problemas que cercan la protección al consumidor. Lo que hoy constituye una opción por ofrecer lo mejor fue ayer una opción por ofrecer aquello que elimina o disminuye el riesgo de daño a la salud de la población. El nudo central de todas las divergencias es, como se sabe, determinar en que medida se puede integrar un elemento económico y político, la libertad de mercado, con un elemento moral, el resguardo a la salud y a los demás intereses del consumidor.

Las divergencias que se sitúan históricamente en el campo de la policía sanitaria y de la protección al consumidor surgieron prácticamente por interpretaciones antagónicas dentro de la matriz de ideas del propio liberalismo.

En el ámbito de las vertientes del pensamiento liberal, uno de los factores que facilitaron mucho la eclosión de interpretaciones distintas sobre el papel del Estado en la protección al consumidor fue la gran difusión alcanzada en el siglo XIX por el utilitarismo de Jeremy Bentham³, quien fuera fuente de inspiración de los renombrados John Stuart Mill y Edwin Chadwick. El principio de la utilidad consistía en juzgar positivamente una iniciativa individual o pública según su capacidad de contribuir para aumentar la felicidad de la comunidad, o sea, en la medida en que sirve para disminuir el dolor y aumentar el placer de todos. De esta manera, el objetivo fundamental de las leyes propuestas por Bentham debería ser el de aumentar la felicidad global de la colectividad, por lo tanto ellas apuntan en primer lugar a excluir, en la medida de lo posible todo lo que tiende a disminuir tal felicidad, o sea, todo lo que sea pernicioso.

Las preguntas principales sobre protección al consumidor que inquietaron y debatieron a las corrientes del pensamiento desde esa época, son las siguientes:

³ Passos Nogueira, Roberto. **La gestión de calidad en salud y las políticas públicas**. Programa de capacitación y reconversión del personal del INSSJP. Argentina. 1999.

- ¿Está el Estado autorizado para prevenir los daños al consumidor, a evaluar y determinar quien esta en condiciones de producir y vender que?
- ¿Bastará al Estado obligar que haya una correcta información al consumidor acerca de los daños posibles y que este ultimo, ejerciendo su libre albedrío, se responsabilice por evitar el mal?

Debe agregarse que tales cuestiones no están de modo alguno superadas y permanecen como un actualísimo marco para las leyes y actividades de protección a la salud del consumidor. Si es indudable que tales cuestiones mantienen una conexión con las de gestión de calidad; debe resaltarse que para justificar una acción del Estado ellas no invocan a la opinión del consumidor, sino al interés público. Claro que el interés público, en este caso, se apoya en la idea de maximizar la felicidad de la comunidad.

Sin perjuicio de la atención sanitaria, las corporaciones médicas a lo largo del siglo XIX no se cansaron de repetir que “la población es incapaz de juzgar correctamente los méritos de los practicantes de medicina y se encuentran en manos de ineptos e ignorantes”. Seguramente; los consumidores no poseen el conocimiento técnico para evaluar la propiedad y el valor del cuidado médico. Sólo el gobierno y su legislación pueden garantizar tanto la seguridad del ciudadano como la efectiva utilidad del arte médico creando requisitos de competencia y legitimación.

Es así como creemos imperiosa la ejecución de auditorías, que auxilien a un mejor desempeño por parte de las instituciones de salud y sus proveedores; del mismo modo que cooperen para una superior asistencia del beneficiario.

Seguidamente a ésta introducción histórica de la concepción de calidad, se añaden las principales nociones necesarias para su apreciación.

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA CALIDAD

La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la "calidad de la atención médica". En este aspecto fundamentalmente se observan gran cantidad de problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Tal vez una de las definiciones más conocidas sea la de Lee Jones⁴ en forma de "8 atributos de fe", algunos enunciados como atributos o propiedades del proceso de la prestación de atención y otros, como metas u objetivos de ese proceso. Una reseña de la misma diría que...“es la clase de medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica, en un momento dado y en un determinado nivel de desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad o grupo de población”.

Transmite claramente la impresión de que los criterios de la calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica.

Después de indagar numerosas definiciones, muchos autores llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y que al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del mismo.

En la literatura sobre control de calidad existen distintas formas de definir la calidad, pero muy pocas de ellas pueden ser aplicadas a los servicios sanitarios.

⁴ Santhla, Miguel. **Calidad de la Atención Médica**. Publicación Interna. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Fac. de Ciencias Médicas. 1991

Un experto del tema, Avedis Donabedian⁵, sostiene que...“la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir al menos en dos partes: la técnica y la interpersonal”.

La primera consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La segunda es difícil de dimensionar, por cuanto implica valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interrelación entre los individuos. Las normas están reforzadas por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes.

Las definiciones nombradas precedentemente evidencian lo complicado que es aplicar el concepto de calidad a la salud, cuando su definición funcional y la más utilizada se conoce a nivel empresa: *la calidad es la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al más bajo costo posible.*

Analizando esta definición podríamos decir que tiene dos aspectos importantes:

- El cumplimiento del objetivo propuesto, y considerarse equivalente a la adecuación de los servicios (relación entre objeto y demanda)
- La relación del costo de producción con dicho cumplimiento, aplicándolo a la eficiencia (relación entre resultado y costo).

La calidad de la atención en la salud tiene muchos componentes⁶; de la suma de todos estos podrá inferirse el nivel cualitativo, y hasta puntuarlo.

⁵ Donabedian, Avedis. **La Calidad de la Atención Médica**. La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984.

⁶ Feldmann, Andrés. **Control de Calidad de los Servicios de Salud**. En: Feldmann, Andrés. **Organización Hospitalaria y de Centros de Rehabilitación**. 1º edición. Buenos Aires. Abril 2001.

La revisión periódica de estos componentes y ponderaciones, permiten hacerlos más confiables:

- *Accesibilidad*: grado de facilitación del uso de los recursos disponibles por parte de los usuarios (geográfica, administrativa y dinerariamente fáciles de obtener).
- *Aceptabilidad*: conformidad de los pacientes y/o responsables de los mismos de acuerdo a sus deseos y expectativas (grado de satisfacción por la atención recibida).
- *Adecuación Legal*: implementación de la atención dentro de las normas, regulación y disposiciones legales (no se viola ni la ley ni los contratos firmados).
- *Adecuación Práctica*: ante circunstancias no ideales, implementar la mejor atención posible (flexibilidad).
- *Cobertura Total*: atención al alcance de la totalidad de la población.
- *Disponibilidad*: contar con los medios idóneos, al menos en las situaciones previsibles.
- *Educación Continua*: la actualización permanente y responsable de los profesionales para brindar sus servicios.
- *Eficacia*: es la atención más adecuada y los efectos logrados para mejorar la salud (la aplicación del agente elegido dio el resultado esperado).
- *Eficiencia*: es el mejor resultado obtenido, con el menor costo posible (se emplearon los medios más económicos sin bajar la calidad ni empeorar el resultado).
- *Efectividad*: es el mejor resultado obtenido por la atención evaluada, sobre lo idealmente esperado (el resultado obtenido es el más próximo al ideal teórico conocido).
- *Equidad*: distribución de la atención médica en lo que se considera justo y razonable, entre los miembros de una población.

- *Legitimidad*: conformidad con las preferencias sociales, en conceptos éticos, valores y costumbres.
- *Necesidad*: implementación de acciones para satisfacer requerimientos en materia de salud.
- *Oportunidad*: aplicación de la atención adecuada en el momento adecuado.
- *Relación Kinesiólogo-Paciente*: vínculo entre dador y receptor de la atención, difícil de dimensionar por su carácter subjetivo.
- *Rendimiento u optimización*: es la obtención del balance más deseado entre costo de la atención y las consecuencias de la misma. Relación costo-efectividad: relación entre el costo de la atención y mejoría de la salud obtenida. Relación costo- beneficio: relación entre el costo de la atención y el valor monetario de la mejoría de la salud obtenida.
- *Suficiencia*: atención mínima requerida para obtener el resultado previsible de una mejoría de la salud.

A todo esto debe agregarse también:

- Satisfacción del consumidor; en lo referente a servicios recibidos y resultados de asistencia sanitaria
- Satisfacción del profesional; en lo vinculado a condiciones de trabajo y remuneración.

Tradicionalmente el objeto de interés de cualquier definición de calidad de la atención ha sido el cuidado que proporciona un profesional individual a un paciente individual, con el propósito de mejorar su función físico fisiológica.

Indudablemente hoy se impone extender la definición de calidad hasta abarcar un concepto a su vez más amplio de salud.

Al hablar de calidad debemos tener en cuenta los enfoques básicos para su evaluación. En este punto, el mayor conocedor acerca del tema de la calidad, Donabedian⁷, involucra a la estructura, el proceso y al resultado.

⁷ Donabedian, Avedis. **La Calidad de la Atención Médica**. La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984.

ESTRUCTURA

Se refiere a las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizaciones donde trabajan. Es decir, los factores que constituyen las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica. Estos incluyen:

- Recursos materiales: tales como instalaciones y equipamiento
- Recursos humanos: tales como el número, variedad y calificación del personal
- Características de la organización: tales como la estructura del equipo médico, enfermeras, presencia de actividades de enseñanza e investigación, tipo de supervisión y revisión de desempeño y formas de pago de atención médica.

El fundamento de todo planteamiento estructural es que teniendo unas buenas condiciones previas es más probable que obtengamos como resultado un proceso apropiado de atención y un resultado más favorable. Los inputs del proceso de atención sanitaria, son los recursos expresados en forma de potencial humano sanitario, instalaciones y equipamiento, que se comparan con los criterios y estándares establecidos.

Los programas más importantes de control de calidad basados en el enfoque estructural son la adecuación y la acreditación de las instituciones y el personal.

Exigir la habilitación tanto del profesional cuanto del lugar de trabajo, es asegurar que esta legalmente apto para ejercer.

La *Habilitación*⁸ es la autorización que extiende la autoridad de aplicación local, para poder atender en cierto lugar físico.

La habilitación del profesional se llama *Matriculación*⁹ y consiste en la registración del mismo ante las autoridades de la Salud Pública, o en quienes estas deleguen, para poder ejercer legalmente.

Un sistema externo de revisión en la categorización tiene tres objetivos:

- (1) proporcionar un aseguramiento significativo al público a través de un proceso completo e imparcial
- (2) proporcionar información oportuna y precisa del desempeño a todas las partes interesadas incluyendo al público
- (3) contener un proceso que estimule y motive a los organismos y a los médicos a cumplir con otros y con ellos mismos en la prestación de cuidados de alta calidad.

Las áreas de Kinesiología y Fisiatría de los Establecimientos Asistenciales constituyen un sector, dentro del ámbito del recurso destinado al diagnóstico y tratamiento, que presta apoyo evaluativo y terapéutico con agentes electro-físico-kinésico, actuando sobre enfermos derivados por su médico tratante.

El objetivo de su accionar apunta a la recuperación somatofuncional con kinesiterapia y fisiatría; y al apoyo activo de la promoción de la salud, que se realiza a través del área de Medicina Preventiva del Establecimiento.

⁸ Feldmann, Andrés. **Control de Calidad de los Servicios de Salud**. En: Feldmann, Andrés. **Organización Hospitalaria y de Centros de Rehabilitación**. 1º edición. Buenos Aires. Abril 2001.

⁹ Feldmann, Andrés. **Control de Calidad de los Servicios de Salud**. En: Feldmann, Andrés. **Organización Hospitalaria y de Centros de Rehabilitación**. 1º edición. Buenos Aires. Abril 2001.

Según la Resolución Ministerial n° 282 del 15 de abril de 1994, se definen para los Establecimientos Asistenciales, tres niveles de riesgo¹⁰:

NIVEL I- BAJO RIESGO:

Constituye la puerta de entrada a la red. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, atención de la demanda espontánea o de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de la salud de la población e internación de pacientes de bajo riesgo.

NIVEL II – MEDIANO RIESGO:

Este sector puede constituir la puerta de entrada al sistema, realiza las mismas acciones que las de bajo riesgo, a las que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución de bajo riesgo.

NIVEL III- ALTO RIESGO:

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o terapéuticos que requieren el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por el recurso humano capacitado como así también el recurso tecnológico disponible.

¹⁰ Ferrante, A.- Stamboulian, D.- Morgenstern, O.- Rose, T.- Gonzalez, A. **Normas y Criterios vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud**. 3° edición. INSSJP. 2000. Tomo I, capítulos 1 al 10.

Sobre la base de lo anterior, el servicio de Kinesiología y Fisiatría dependiente del Hospital considerado, podría incluirse dentro del Segundo Nivel o Mediano Riesgo. Específicamente, a este nivel le corresponde:

PLANTA FÍSICA

- El área deberá estar ubicada preferentemente en planta baja y sin barreras arquitectónicas, o bien se implementarán ascensores y/o rampas.
- Superficie promedio de la planta física: 126 m²
- Con iluminación natural y artificial.
- Amplios ventanales.
- Buena ventilación.
- Pisos antideslizantes.
- Esquinas interiores redondeadas.
- Línea eléctrica para iluminación y alimentación de aparatos eléctricos con descarga a tierra e interruptores de seguridad.
- Corredores de acceso y circulación amplios, entre 1.50 y 1.80 metros de ancho, con pasamanos.
- Puertas interiores con un mínimo de 1/ 1.20 mts de ancho.
- Calefacción y ventilación.
- Paredes y techos reforzados que soporten hasta 226 Kg para resistir la tensión de los aparatos (poleas, cuerdas, barras, etc.)
- Suministros de agua fría y caliente.
- Sala de examen, evaluación y tratamiento.
- Consultorios propios o pertenecientes al Área de Consultorios Externos, equipados con camillas de 1.90 mts. de largo por 0.65 mts de ancho por 0.84 mts de altura.
- Locales con espacios individuales para la atención de hasta cuatro pacientes al mismo tiempo.

- Sanitarios para profesionales y enfermeros.
- Local para la Jefatura de Servicio y Sala de Profesionales.
- Sala de espera para enfermos en sillas de ruedas y/o camillas.
- Depósito para ropa, elementos y aparatos. Sala de yeso equipada.
- Gimnasio de Ejercitación de 25 mts. cuadrados como mínimo, con buena ventilación e iluminación.

EQUIPAMIENTO

- Camillas con las medidas ya descritas.
- Aparato Generador de Ultrasonidos.
- Aparato Generador de Ondas Cortas.
- Aparato de Rayos Infrarrojos
- Aparato Generador de Corrientes Galvanofarádicas.
- Bicicleta Regulable.
- Aparato de Tracción Cervical con Mentonera.
- Poleas Fijas para Ejercitación.
- Sillas de Ruedas.
- Bolsas de Arena de pesos varios.
- Aparato para Aspiraciones.
- Gimnasio de Ejercitación.
- Espaldar Sueco de un Cuerpo.
- Barras paralelas de 3 mts, con altura y amplitud regulables.
- Colchonetas de varias medidas.
- Aparato de ejercitación de hombro, codo y pronosupinación.
- Andadores de marcha simple y con apoyo axilar.
- Pelotas de varios tamaños.

En forma opcional se puede contar con:

- Aparato emisor de rayos ultravioletas de pie y portátil.
- Aparato Generador de Microondas.
- Unidad para Cold Pack y Hot Pack.
- Baños de Parafina.
- Plano Inclinado para la Marcha.
- Escalera con escalones, en subida y en bajada, con pasamanos.
- Muletas regulables.
- Bastones comunes, trípodes y canadienses.

RECURSO HUMANO

- Médico Rehabilitador.
- Kinesiólogo.
- Terapeuta Ocupacional.
- Fonoaudiólogo.
- Asistente Social/ Trabajador Social.
- Psicólogo.
- Psicopedagogo.
- Enfermero especializado.

FUNCIONES

- Promoción de la Salud, detención y prevención de las discapacidades en coordinación con los niveles de bajo y mediano riesgo.
 - Asistencia médica integral de los discapacitados de su zona de influencia.
 - Asistencia médica integral de los discapacitados derivados de los servicios de menor categoría, pertenecientes a su zona de influencia.

- Asesoramiento y asistencia a los servicios subsidiarios de menor categoría.
- Supervisión de las actividades específicas realizadas por dichos servicios.
- Coordinación de acciones con servicios de su misma categoría y subsiguientes.
- Adiestramiento en servicio.
- Docencia e investigación.

En la aproximación estructural al control de calidad, los principales eslabones consisten en las suposiciones de que una buena estructura garantiza un proceso apropiado, y este, a su vez, un buen resultado.

Evaluación de la estructura

Consiste en estudiar a la atención en las situaciones en las que tiene lugar, los medios y procedimientos de los que es el producto.

Dicha evaluación también posee la facultad de abarcar procesos administrativos de distinta índole, que prestan apoyo y orientación a la provisión de la atención. La evaluación así entendida se basa en aspectos tales como la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización fiscal y varios más.

La valoración de la infraestructura y equipamiento de un servicio de atención de la salud, debe adecuarse a las normas y criterios establecidos en la Ley provincial n° 9847¹¹, de habilitación y fiscalización de los establecimientos de salud; que puntualmente para los servicios de Kinesiología y Fisiatría designa:

¹¹ <http://www.estructplan.com.ar/Legislación/Santa%20Fe/Decretos/Des01453-96.htm>

Artículo 1º) Solicitud de Habilitación.

Deberá hacerse en los formularios que se proveerá a dicho fin, o en su defecto escrito a máquina y contendrá:

- a) Denominación del establecimiento.
- b) Domicilio y localidad.
- c) Especialidad a la que se dedicará.
- d) Número de camas de dotación y su ubicación en el plano cuando las poseyere.
- e) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatutos debidamente inscriptos).
- f) Nombre del Director y demás profesionales.
- g) Firma del Director responsable y además del o de los propietarios en el caso de establecimientos privados.

De la Denominación y Requisitos

Artículo 3º) Consultorio:

Es el lugar de trabajo de los profesionales y/o colaboradores debidamente autorizados, destinados al ejercicio individual de su profesión. Dicho lugar deberá estar conformado por:

a) **Local de consultorio:** superficie no menor a nueve metros cuadrados (9 m²), contando con sistema de ventilación e iluminación.

- 1) Debe tener comunicación con la sala de espera o con lugares de tránsito que conduzcan a la misma.
- 2) Puertas y paredes no transparentes.
- 3) Paredes o tabiques completos hasta el techo.

b) Sala de espera con accesos directos desde el exterior o común, la superficie destinada a la misma deberá ser no menor a nueve metros cuadrados (9 m²) libres y con lado mínimo de un metro con cincuenta centímetros (1,50 m), incrementándose como mínimo tres metros cuadrados (3 m²) por cada local destinado a consultorio que se agregue, en el supuesto que la sala de espera configure un solo ambiente. En el caso de que constituyan ambientes separados, ninguno de ellos podrá ser menor de cuatro metros cuadrados con cincuenta centímetros (4,50 m²) con lado mínimo de un metro cincuenta centímetros (1,50 m). Esta sala deberá tener como mínimo un baño según art. 3.3 cada 6 consultorios o fracción mayor de 3.

c) Sanitarios: deberán tener como mínimo lavatorio e inodoro.

1) Los consultorios de urología, obstetricia, proctología, y ginecología deberán tener comunicación directa a los sanitarios.

2) Los consultorios radiológicos deberán contar con un baño en cada sala de estudio contrastado.

3.4.6

CONSULTORIO PARA PRÁCTICA KINESIOLÓGICA O DE TERAPIA FÍSICA

- **Habilitación:** la dimensión mínima del local debe ser de nueve metros cuadrados (9 m²).
- **Ventanas:** serán amplias y de perfil preferentemente alto.
- **Box:** deberá ser construido con divisorios lateral fijo de madera o aglomerado y divisorios anterior con cortinas. Sus dimensiones serán las adecuadas para una cómoda atención al paciente.
- **Accesos:** serán por medio de rampas antideslizantes; ascensores; puertas con un ancho mínimo de ochenta centímetros (0.80 m.).

- Espacio de circulación: será suficiente para que pueda desplazarse un sillón de ruedas fácilmente y sin obstáculos.
- Instalación eléctrica: la alimentación eléctrica será acorde con el potencial de los aparatos electrónicos y con correcta conexión a tierra o instalación de disyuntor apropiado.
- Equipamiento electromédicos: deberá estar en condicionado a la dedicación hacia las distintas especialidades.

3.4.6.1 GIMNASIO

- Habilitación: como mínimo dieciocho metros cuadrados (18 m²) de superficie.
- Ventanas: serán amplias y de perfil preferentemente alto.
- Espacio de circulación: será suficiente para que pueda desplazarse un sillón de ruedas fácilmente y sin obstáculos.
- Instalación eléctrica: la alimentación eléctrica será acorde con el potencial de los aparatos electrónicos y con correcta conexión a tierra o instalación de disyuntor apropiado.
- Ventilación: si es artificial debe instalarse en forma aérea.
- Equipos: deberá contar con:
 - Bolsas de arena en cantidad acorde con la prestación que realice.
 - Espejo: medidas mínimas: un metro con ochenta centímetros (1.80 m) de alto por sesenta centímetros (60 cm.) de ancho.
 - Paralelas: medidas: dos metros con cincuenta centímetros (2.50 cm.) de largo por sesenta centímetros (60 cm.) de ancho y alto regulable entre los cincuenta centímetros (50 cm.) y ochenta centímetros (80 cm.). Barras propiamente dichas o pasamanos, cilíndricos de madera dura o metal de tres (3) a cinco (5) centímetros.

-Espaldar Sueco: medidas: dos metros veinte centímetros (2.20 cm.) de alto por ochenta centímetros (0.80m) de ancho, de un solo cuerpo como mínimo.

-Colchonetas: en cantidad y medidas adecuadas para la atención que se efectúa.

En caso de que el consultorio sea la unidad integrante de un establecimiento incluido en cualquiera de los artículos siguientes, salvo especificación en contrario, deberá reunir los mismos requisitos que los exigidos en el presente artículo, en cuanto a sus características, las de la sala de espera y sanitarios.

Artículo 4º) Centro:

Para obtener la habilitación de un establecimiento con la denominación de “Centro”, se debe acreditar:

4.1 Contar con cuatro (4) consultorios como mínimo.

4.2 Dirección responsable.

4.3 Actividad en equipo o conjunta de cuatro (4) profesionales como mínimo.

4.4 En el caso de que el establecimiento se dedique a una especialidad, el director y el cincuenta por ciento (50%) o más de los profesionales deberán ser reconocidos como especialistas por el Colegio Profesional respectivo.

4.5 No poseer internación.

4.6 La sala de espera con similares condiciones para las que rigen en consultorios.

4.7 Servicio sanitario similar al exigido en consultorios.

Todo establecimiento, concentración de recursos humanos, materiales y financieros, que realice actividades de diagnóstico, tratamiento y/o asistencia de salud del individuo o de la comunidad, con fines de promoción, protección, recuperación y/o rehabilitación de personas humanas, se registrará en el territorio de la Provincia por lo dispuesto en la presente Ley y su Reglamentación.

Este enfoque, que aprecia la estructura del servicio, tiene la ventaja de que se refiere, al menos en parte, a información bastante concreta y accesible. Sin embargo, presenta el inconveniente importante de que con frecuencia la relación entre estructura y el proceso o entre estructura y el resultado no está bien establecida.

PROCESO

Constituye en alguna medida el nexo, es la atención impartida propiamente dicha. Supone una iniciación, una secuencia y una terminación.

Son actividades que incluyen a la atención médica, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación del paciente; en general llevadas a cabo por personal profesional, aunque también incluye otras contribuciones a la atención, en particular las del paciente y su familia.

Su fundamento se basa en la presunción de que si todas las fases de la atención, el conocimiento médico y la tecnología disponible, están plenamente aplicados, el resultado es más probable que sea bueno, que si la aplicación del conocimiento y la tecnología son deficientes.

Por consiguiente, la evaluación puede ser externa o interna. La primera, el asesor representa a distintas instituciones y es útil para fines administrativos. La segunda, la realiza personal propio de la institución y es ideal para los fines profesionales.

De todo este estudio se deduce que la correlación de datos entre proceso y resultado es poco confiable. Puede deberse a que la base de datos muchas veces no es válida como es el caso de las historias clínicas, las cuales no dan una imagen clara de lo sucedido, pueden que falten procedimientos aplicados por precipitación o negligencia o que el tratamiento no halla modificado el curso de la enfermedad. Las historias clínicas no hablan del nivel de conocimiento del profesional, no dicen nada acerca de sus actitudes.

Otros autores que abordaran el tema de la calidad aplicada a los servicios sanitarios, sostienen que durante el proceso hay que contemplar la actitud del profesional (minucioso,

fiable, atento, responsable, eficiencia, y demás) responsable en cierto punto también del curso del proceso patológico.

Evaluación del proceso

La evaluación en esta posición se justifica porque se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino de determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica. Las estimaciones se fundan en consideraciones como el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación diagnóstica y el tratamiento; la competencia en la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; las pruebas de manejo preventivo del paciente en condiciones de salud y enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención; el grado en que la atención resulta aceptable por el destinatario y muchas otras.

Este enfoque requiere que se especifiquen con gran detenimiento las dimensiones, los valores y las normas que se usarán en la evaluación. Las estimaciones de la calidad obtenida sobre esta base de datos son menos estables y definitivas que las derivadas de la medición de los resultados. No obstante pueden ser más pertinentes a la cuestión que nos ocupa: establecer si se practica correctamente la profesión.

Fuentes de información y modos de obtenerlos

- *Historias Clínicas*

Son los documentos de los que se parte para la mayoría de los estudios sobre el proceso de la atención médica. No se debe olvidar, sin embargo, que adolecen de varias limitaciones.

El auditor dispone de una serie de medios para la evaluación: la historia clínica o ficha Kinésica (de vital importancia en aspectos legales), de lo anotado en la misma surgirá cual fue el comportamiento terapéutico consecuente con el estado y evolución del paciente.

Las historias clínicas sólo se utilizan para evaluar la atención prestada en los hospitales, incluso en los departamentos de medicina ambulatoria y en los planes de seguro médico.

Empero, en numerosos escritos acerca de la calidad se advierte que “la carencia de registros adecuados no es incompatible con el ejercicio de una medicina de buena y hasta excelente calidad”.

Suponiendo que se tenga acceso al registro y que sea razonablemente adecuado, queda aún por establecer hasta que punto es veraz y completo.

Para verificar las afirmaciones de los profesionales, se puede buscar en los registros, incluso en las anotaciones de las enfermeras, lo que al parecer sea la prueba más válida sobre el verdadero estado de las cosas. La validez de los informes se confirma con el examen por personas competentes de las pruebas en las que se basan los informes diagnósticos.

Mucho se ha debatido acerca de cuán completas son las historias clínicas, así como la posibilidad de establecer si, al evaluar la calidad de la atención sobre la base del contenido de esa historia, se está atribuyendo un valor a la historia clínica o a la atención prestada.

La confusión se origina porque el registro de la historia clínica es de por sí una dimensión de la calidad de la práctica médica, así como el medio de información que permite evaluar la mayoría de las restantes dimensiones.

Una importante cuestión metodológica que amerita consideración es establecer si corresponde usar como base para la evaluación la totalidad de la historia clínica o resúmenes de ella. La cuestión se plantea porque se supone que los extractos y resúmenes pueden ser preparados por personas menos especializadas a fin de que el experto, cuyos servicios son difíciles de obtener, pueda concentrarse en la verdadera tarea de la evaluación. Sin embargo la preparación de resúmenes exige discernimiento para decidir que es importante y pertinente. Por tanto es muy poco lo que se sabe sobre el proceso de extraer información o que validez tiene cuando se compara con una lectura más experimentada del material.

- Observación directa de las actividades del médico

La principal limitación de este método parecería yacer en los cambios que probablemente se producirían en la actividad habitual del médico que sabe que es objeto de observación. En contra de eso se ha aducido que a menudo el médico no está enterado del verdadero propósito del estudio, que se acostumbra rápidamente a la presencia del observador y que le resulta imposible modificar hábitos arraigados en el ejercicio de la profesión. Aún cuando ocurran cambios, es probable que resulten en una estimación mayor de la calidad y no en lo contrario. A pesar de esto la medición de los efectos que la observación puede tener en la práctica médica sigue siendo un problema no resuelto.

Un punto a tener en cuenta es que no todas las actividades de un profesional con el enfermo son explícitas.

Con la utilización de esta técnica se da la "percepción selectiva del observador"; no es habitual que el observador primero registre imparcialmente los hechos y sea después juez de esos mismos hechos. Es muy posible que sus conocimientos y criterios influyan en

su manera de percibir los hechos, lo que puede ocasionar una cierta distorsión de lo percibido.

- *Autorreferencial*

Es una técnica indirecta que consiste en el estudio de conductas y opiniones que permitan realizar inferencias sobre la calidad. Según algunos autores constituye un enfoque sociométrico, según el cuál, cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de los colegas de brindar atención de alta calidad.

RESULTADO

Constituye el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, atribuido al antecedente de la atención médica recibida.

Si bien es sabido que los objetivos de lo que es la “curación” consisten en invertir el curso, evitar la progresión, restablecer la capacidad funcional, aliviar el dolor, sufrimiento y todo lo referido al mismo; el éxito se alcanza cuando se logran los anteriormente nombrados de manera completa o al menos parcial.

Cuando el resultado es bueno, no es tan importante conocer los medios a través de los cuales se obtuvo el éxito terapéutico.

Los resultados presentan varios tipos de clasificaciones. La más sencilla es la siguiente:

- Resultados observados una vez prestada la asistencia o explicitados como esperados con anterioridad.
- Resultados comunes a todas las enfermedades generales o si son específicas de una enfermedad.

Básicamente deducimos que si se conoce lo que podemos esperar, podemos plantear por adelantado un resultado estándar (para comparar luego con el real). Si el conocimiento es deficiente tenemos que satisfacernos con observar lo que ocurrió y aclarar las razones por las que el resultado fue o no favorable.

Es el medio mas claro para evaluar la calidad de la asistencia pero en nuestra formación todavía no es convencional enunciar objetivos y resultados esperados en es

estudio de evaluación, debido al gran número de variables que presenta la complejidad del cuerpo humano como ser también en nuestro caso la medicina.

Evaluación de los resultados

El resultado de la atención médica, en términos de recuperación, restauración de las funciones de supervivencia, se ha utilizado frecuentemente como indicador de la calidad de esa atención.

El uso de los resultados como criterio para estimar la calidad de la atención médica ofrece innumerables ventajas. Pocas veces se cuestiona la validez de utilizar los resultados como dimensión de calidad, ya que suelen ser bastantes precisos, concretos y como tales sujetos aparentemente a una medición más precisa.

Sin embargo, algunas consideraciones restringen el uso de los resultados para medir la calidad de la atención; ya que en primer lugar habría que determinar si el resultado de la atención es, en realidad, la medida que corresponde utilizar, puesto que los resultados reflejan no sólo el poder de la ciencia médica de alcanzar determinados efectos en ciertas condiciones dadas, sino también el grado en que se ha aplicado en los casos objetos de estudio la medicina científica como se la concibe actualmente

En los resultados pueden influir muchos otros factores además de la atención médica. La tecnología médica no es totalmente efectiva y con frecuencia no se conoce con precisión el índice de éxitos que es dable esperar en una situación determinada.

Si bien algunos resultados son fáciles de medir sin lugar a error, la medición de otros que no fueron definidos con tanta precisión puede resultar difícil. Entre estos se incluyen las actitudes, satisfacción de los pacientes, la readaptación social, etc.

Aún la validez aparente que se atribuye por lo común a los resultados, como criterios de éxito o fracaso, no es absoluta.

Con todo esto se pretende subrayar que los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica, pero deben usados con discernimiento.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la relación entre la Infraestructura y el equipamiento de una sala Kinésica y la calidad prestacional.

Objetivos Específicos

- Demostrar si el Equipamiento y la Infraestructura del Hospital del Centenario está dentro de las normas y criterios preestablecidos por la ley provincial n° 9847, de la Habilitación y Fiscalización de Establecimientos.
- Corroborar si el Equipamiento e Infraestructura varían según el área de riesgo.
- Con respecto al paciente, comprobar si existen impedimentos para su acceso y tratamiento.
- Ofrecer información al profesional Kinesiólogo que permita mejorar la calidad de atención al paciente.
- Efectuar un aporte a posteriores investigaciones dentro de esta área.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio:

El trabajo se ha realizado bajo un diseño de campo del tipo cualitativo, exploratorio con elementos descriptivos.

Para la fundamentación se realiza la búsqueda bibliográfica y en redes de informática.

Trabajo de campo:

Para la recolección de datos se efectúa un trabajo de campo consistente en la utilización de observaciones simples y participantes, grillas para el relevamiento de la infraestructura y equipamiento, como así también entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales y pacientes.

La investigación se efectuó en el Hospital Provincial del Centenario, ubicado en la calle Urquiza al 3100, de la ciudad de Rosario, durante los meses de noviembre a diciembre de 2002.

Procedimientos:

La asistencia al servicio se produjo con una frecuencia de tres visitas semanales (martes, miércoles y jueves) en un horario comprendido entre las 7:30 a las 10 hs.

La tarea tuvo como premisa no entorpecer el normal desarrollo de las actividades ni menoscabar el adecuado desempeño del profesional. De esta manera se pudieron lograr provechosas entrevistas y observaciones, entorno a un clima distendido.

CUESTIONARIO GUIA PARA LA ENTREVISTA

En cuanto a la Estructura:

- ¿Está habilitado por autoridad competente?
- ¿Reúne la Planta Física los requisitos exigidos como básicos?
- ¿Consta con las medidas de seguridad protectivas necesarias en caso de incendio, - problemas eléctricos, escapes de gas, etc.?
- ¿Posee salas de espera confortables para usuarios y acompañantes?
- ¿La Infraestructura, aparatología y tecnología Kinésica es suficiente para los requerimientos del servicio de acuerdo al nivel de riesgo? ¿Están en buenas condiciones?
- ¿El acceso se ajusta las necesidades del paciente y su atención?
- En cuanto al ascenso vertical, ¿hay alternativas si no funciona el ascensor?
- ¿Hay señalización para la orientación del público?
- ¿Las condiciones administrativas facilitan o dificultan las obligaciones del usuario?
- ¿Existe privacidad en la atención?
- Cantidad de profesionales y colaboradores.
- Nivel de preparación y/o actualización de conocimientos.
- Perfeccionamiento de actividades específicas.
- Interacción con otros Centros. Interdisciplina.

En cuanto al Proceso:

- ¿El paciente es atendido con horario programado o por horario de llegada?
- ¿El turno se reserva al inicio del tratamiento o varía según el transcurso?
- La primera atención, ¿se da después de cuantos días?
- La frecuencia de atención, ¿se da de acuerdo a que criterio? (beneficio del paciente o del profesional)

- ¿Qué sucede cuando hay un aumento de la demanda?
- ¿El paciente es atendido siempre por el mismo Kinesiólogo?
- ¿El tratamiento se ajusta las necesidades del paciente o la indicación médica?
- Si el tratamiento es modificado, ¿es con conocimiento del médico?
- ¿Se le explica al paciente que se hace y porque?
- ¿Se diseña un plan terapéutico inicial?
- ¿Se corrobora el diagnóstico médico?
- ¿Se efectúa una anamnesis adecuada?
- ¿Se presta atención a las quejas del paciente?
- ¿Se lleva un relevamiento de datos? (historia clínica)

En cuanto al Resultado:

- ¿Se cumplen los objetivos trazados al inicio del tratamiento? ¿En que proporción?
- El dolor o afección, ¿aumentó, disminuyó o se estabilizó?
- ¿La movilidad mejoró o empeoró? ¿La fuerza?
- La dificultad, ¿remitió o continúa después del tratamiento?
- ¿Realizaría una crítica para mejorar el tratamiento o la atención?
- ¿El paciente colaboró con las indicaciones hechas?

En cuanto al paciente:

- ¿Expresaste tus necesidades?
- ¿La atención fue satisfactoria?
- ¿Esperó más tiempo para su atención?
- ¿Fue atendido más o menos tiempo que el indicado?
- ¿Qué piensa del profesional?

- ¿Tuvo que pagar algo?
- Relate la relación Kinesiólogo-Paciente.
- ¿Le explicaron lo que le pasó?

CUESTIONARIO GUIA PARA LA ENTREVISTA AL PROFESIONAL DEL AREA
DE PEDIATRIA: Lic. Ana María Candia.

- ¿Se encuentra el lugar habilitado para el trabajo kinesico?
- ¿Cuenta con las medidas básicas necesarias para poder trabajar?
- ¿Tu puesto está reconocido por el Hospital? ¿Dependes de la Facultad o estás bajo el mando de otro profesional?
- ¿Cuenta el lugar con los recursos humanos y físicos acordes y necesarios para la demanda del lugar?
- ¿Cubren fácilmente la demanda? ¿Cómo?
- ¿Qué opina a su criterio de la interacción con los demás profesionales que visitan la sala (médicos, especialistas, técnicos, etc.)?
- ¿Cómo acceden a la información sobre el paciente?
- ¿Dejan constancia por escrito de la atención brindada al paciente?
- ¿Los pacientes o familiares acceden a la atención Kinésica? ¿Están conformes? ¿Crees que conocen nuestro accionar?
- ¿Cuáles son las patologías que frecuentemente se atienden y en que se basa el tratamiento?

DESARROLLO

El sistema de salud argentino está compuesto por distintos sectores y subsectores de variadas características, a veces parecidos y otras totalmente diferentes.

Entre estos sectores se produce un entrecruzamiento que surge de las propias carencias de cada uno, por sobre todo, por una falta de planificación y dirección ordenada.

Existen tres subsectores en el sistema de salud que son:

- Público
- Seguridad social
- Privado

El sector público, a su vez, está compuesto por los siguientes tipos de administración:

- Municipal
- Provincial
- Nacional

Del sector provincial, que es el que a nosotras nos compete o interesa en esta investigación, podemos decir que cada provincia dispone de instalaciones hospitalarias, a veces coincidentes con su volumen geográfico, pero mayormente dimensionadas de acuerdo a la pobreza o riqueza regional que no siempre coincide con las necesidades de la población.

Nuestro trabajo de tesis, como nombráramos en la fundamentación se llevó a cabo en el Hospital Provincial del Centenario.

Al ser un Hospital provincial la fuente de financiación se atribuye a rentas, impuestos y subsidios provenientes del gobierno de la provincia de Santa Fe.

La investigación en la institución comenzó el 12/11/02 y utilizamos como referencia para la evaluación o análisis del lugar a la ley 9847 que se ha detallado previamente.

El trabajo de campo propiamente dicho se inició el 12/11/02 en el horario comprendido entre las 7:30 hs y las 10:00 hs, con una frecuencia de tres visitas semanales: martes, miércoles y jueves, lo que nos permitió no sólo la observación durante los días de mayor concurrencia sino también considerar el recambio de pacientes y de esta forma poder tomar contacto con todos aquellos.

Durante la primer semana nuestra tarea radicó en conocer a grandes rasgos la organización del servicio, el plantel profesional y gestionar dentro de la institución la solicitud de informes que serían necesarios para el curso de nuestra tesis.

El recurso humano no está representado por un equipo interdisciplinario completo. “Por el momento de planta es uno sólo, y después hay un Kinesiólogo de Emergencia y después somos un Kinesiólogo nombrado por la UNSAM, la Universidad de San Martín, y un Kinesiólogo por la Universidad de la UAI. Y dos Kinesiólogas más que están haciendo unas prácticas, también de la UAI. Son los únicos Kinesiólogos que hay dentro del servicio; pero uno sólo nombrado” (dato de campo). Es decir, constituido básicamente por un Médico Fisiatra a cuyo cargo está la dirección del gabinete como así los demás profesionales: un Kinesiólogo nombrado por el Hospital, un kinesiólogo con cargo de emergencia y tres Kinesiólogos más, de los cuales uno ejerce ad honorem y los otros dos responden al UNSAM y a la UAI respectivamente y tienen a su cargo prácticas incluidas en quinto año de la Licenciatura. La UAI precisamente tiene asignado el servicio de Pediatría en internación y consultorio externo del mismo. El resto de la actividad es afrontado gracias

a la colaboración de alumnos de quinto año de la UAI que realizan un voluntariado durante el año.

Dentro de los trabajadores no profesionales de la salud está incluida una persona con funciones administrativas.....“Acá no tenemos prácticamente requisitos administrativos para el paciente. O sea, se puede llegar a demorar de un lunes u otro lunes. Acá el paciente habitualmente llega al servicio, lo recibe el secretario, el secretario trae la orden a ver quien lo puede tomar y para la semana siguiente ya ingresó” (dato de campo). Su accionar se limita a establecer la fecha de inicio de tratamiento (de ahí en más la periodicidad se acuerda entre el profesional y el paciente), el cobro de bonos de consulta (los cuales adquieren un carácter voluntario) y recepción de órdenes de derivación médica (ya sean internas o externas al Hospital) entre otras tareas afines.

El horario de atención del servicio se encuentra dividido en dos períodos según el profesional a cargo: de 7:30 a 10:00 hs y de 10:00 a 12:00 hs.

Contrariamente a lo esperado por nosotras desde la organización, constatamos que no existía ninguna base de datos sobre los pacientes atendidos, entiéndase por esto historias clínicas, fichas kinésicas, anamnesis por escrito, etc.; que nos hubieran permitido obtener otro tipo de información de las prestaciones.“Lo que intentamos es llevar una ficha de evaluación, pero es casi imposible cuando vos ponés en la balanza el requerimiento o la demanda de atención que tenés con el tiempo disponible actualmente..... Entonces, generalmente, a esa parte la sacamos; preferimos darle mucho más dinamismo al servicio a expensas de perder el tema de la evolución y todo lo demás del paciente..... Lo tomo como una crítica al servicio” (dato de campo). Lo único con lo que cuentan es una hoja que recibe el nombre de “informe diario de consultas médicas”¹². Esto habla de una falencia

¹² Ver ANEXO C.

administrativa organizacional que impide el seguimiento del paciente sobre lo cual influye otro factor: no siempre son atendidos por el mismo profesional.

Una de las primeras actividades que realizamos fue la toma de medidas de la Infraestructura y la corroboración del Equipamiento, evaluando de este modo la estructura básica del lugar. Esta tarea la concretamos por medio de las grillas, que se adjuntan dentro del Anexo C.

El gimnasio se encuentra al final del servicio y consta de una superficie de 40 mts² (8 mts. de ancho por 5 mts. de largo). Presenta dos ventanas, de una altura de 3,84 mts.

Dentro de los elementos con los que consta esta parte del consultorio de Kinesiología y Fisiatría, se encuentran:

- Paralelas: 3,01 mts. largo x 0,61 mts. ancho x 0,98 mts. alto.
- Rueda (fija a la pared).
- Camillas x 2: 1,76 mts. largo x 0,6 mts. ancho x 0,78 mts. alto.
- Cuadriceras x 2.
- Bicicleta fija.
- Jaula con Poleas y distintos pesos.
- Respalda Sueco.
- Espejo.
- Poleas fijas a la pared.
- Paralelas con plano inclinado y escaleras.
- Sillón de Ruedas.
- Andador.
- Muletas.
- Rodillos.

- Botellas rellenas de arena.
- Calefactor (gas natural).
- Ventilador de Pie y de Techo.
- Matafuego.

Luego de evaluar el gimnasio, nos dispusimos a observar los boxes y a tomar las medidas correspondientes.

De la actividad previamente citada, se desprende el siguiente cuadro, ilustrativo de los resultados obtenidos.

BOX	MEDIDAS			Fisioterapia
	Largo	Ancho	Alto	
1	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	US – IR
2	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	US
3	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	IR
4	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	US
5	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	IR
6	2,52 mts.	2,10 mts.	1,90 mts.	OC
7	3,09 mts.	2,82 mts.	1,90 mts.	Bipedestador
8	3,09 mts.	2,89 mts.	1,90 mts.	Magneto
9	3,09 mts.	2,85 mts.	1,90 mts.	EE - OC - Preso

Referencias:

- US: ultrasonido.
- IR: infrarrojo.
- OC: ondacorta.

- Magneto: magnetoterapia.
- EE: electroestimulación.

Del cuadro antepuesto se desglosa que los boxes se encuentran en número de nueve, y se agrega a los datos anteriores las referencias que a continuación se citan:

- Cada box presenta una camilla, con similares medidas a las del gimnasio.
- Los boxes están enfrentados, separados por divisorios fijos, de aglomerado y con una puerta corrediza. Ninguno de ellos exhibe techo.

Al considerar lo vinculado al sector sanitario, detallamos que los terapeutas cuentan con un baño en excelentes condiciones que es compartido con demás profesionales de la sala. Los pacientes, en cambio, tienen acceso a un único baño sin adaptaciones para usuarios con discapacidad.

En cuanto a la valoración del proceso hacemos hincapié en que el inconveniente radica en la desorganización y son numerosos los puntos a tener en cuenta para explicar dicha situación.

Una de las primeras impresiones negativas del lugar se produjo cuando al ingresar notamos que todos los pacientes se hallaban agolpados tras la mesa de recepción cuando el lugar correspondiente sería la sala de espera, ya que cada uno posee su turno y debe esperar a ser llamado para ingresar al box o gimnasio de acuerdo a su tratamiento... “Al llegar a las 7:30 hs al servicio encuentro que ya están todos los pacientes realizando la fila detrás de la mesa donde se encuentra la hoja de asistencia y estadística. Es un número importante de personas y como si fuera poco, dos de ellas se encuentran peleando por el orden de ingreso.” (dato de campo, observación 5/12/02).

En fin, avanzando de lo simple a lo complejo, deberíamos aclarar que cualquier persona puede acceder al servicio, como mencionáramos de antemano, se acuerdan los turnos y con esto el ingreso del paciente... “Los pacientes se atienden por horario de llegada, pero medianamente ellos mismos se programan, de tal hora a tal hora; y uno mismo también se organiza de tal hora a tal hora... A medida que van viniendo lo van manejando ellos. Normalmente se hace todos los días o día por medio, eso depende de la afección” (dato de campo).

De las observaciones efectuadas en el servicio, inferimos un gran inconveniente: la falta de continuidad en la asistencia no hace que el usuario pierda la oportunidad de ser atendido. Sí perjudica la normal atención de los pacientes y el tiempo que el profesional dedica a cada uno de ellos.

Cabe destacar que la mayoría de estos problemas es provocado por un exceso en el número de los beneficiarios debido al aumento de la oferta durante el año (desde marzo hasta diciembre generalmente concurren en forma continua al servicio alumnos que realizan pasantías provenientes de la Universidad de Corrientes, de la UAI y de la UNSAM.). Esto genera, a manera de círculo vicioso, una situación insostenible. La demanda que durante el año es cubierta sin problemas a expensas de anomalías como por ejemplo, que un paciente sea atendido por distintos profesionales a lo largo del tratamiento, no llega a instancias de la dirección del Hospital provocando que no se concrete tampoco el nombramiento de nuevos profesionales.

Con respecto al tratamiento impartido y según entrevistas efectuadas a profesionales... “Se le hace un plan... se le hace una evaluación y luego se hace un tratamiento a largo plazo y según la cantidad de sesiones que le dieron” (dato de campo). Ciertamente lo que se plantea al inicio del mismo, es una serie de objetivos concretos a corto plazo de los cuales no hay registro o constancia por escrito, ya que estos deberían estar incluidos en la historia clínica u otro tipo de base de datos que no existe.

Corresponde recalcar que la mayoría de los pacientes entrevistados aseguraron que se les da una explicación del tratamiento impartido.“Claro, siempre explican, los ejercicios, que lo haga en mi casa me dicen...”... “Sí, si incluso antes de comenzar con ese ejercicio te dicen para que es ese movimiento, que músculo vamos a trabajar y todo” (dato de campo).

“Hay pacientes que son crónicos y que vienen meses y meses, y otros que no, que vienen diez sesiones. En algunos casos, si en las diez sesiones, ponele a la octava anda bien se lo manda a una consulta con el médico para que decida si sigue o no” (dato de campo). El alta de los pacientes se establece no por el hecho de que se hayan completado el número de sesiones sino cuando el profesional determina su mejoría, derivando o solicitando una entrevista o consulta con el médico de cabecera.

Finalmente, después de haber evaluado la atención en cuanto estructura y proceso se impone el análisis del resultado.

En esta instancia, y sin olvidar las faltas que se acontecen en los estadios anteriores, pudimos corroborar a través de las observaciones y de las entrevistas a los pacientes, que se hallan conformes con la atención recibida resaltando las cualidades y la buena predisposición de los profesionales a pesar de ser conscientes de todas las dificultades o problemas económicos que deben afrontar al trabajar en instituciones públicas. Esta idea nos lleva a pensar ¿No será conformismo? ¿No será que su nivel socio- económico no les permite distinguir entre una buena y mala atención? ¿No será que quizás nunca tuvieron la posibilidad de acceder a otro subsistema? Sin embargo, casi la totalidad de ellos destacan la mejoría que deduce de la atención... “Es bueno tiene un muy buen trato con la gente, muy simpático, muy atento no puedo estar desconforme. Siempre con algunas palabras lo anima a uno, muy bueno no me puedo quejar y la señorita también” (dato de campo).

Es menester destacar el clima de cordialidad existente entre profesionales como así también la relación terapeuta- paciente. Él por qué de esta distinción tiene su fundamento en que si bien la demanda excede a la oferta los pocos minutos en los que se da un contacto concreto se produce un acontecimiento sumamente importante en nuestro quehacer, hacemos referencia a la acción de educar. Esto cobra relevancia al ser los terapeutas conocedores de que el tratamiento implementado no sólo debe limitarse a la asistencia brindada dentro del servicio de Kinesiología y Fisiatría sino modificar hábitos o costumbres que desencadenarían futuros procesos mórbidos.

CONCLUSION

Todas las culturas a través de todos los tiempos se han preocupado por la salud fundamentalmente frente al dolor, el sufrimiento, en la lucha para curar las enfermedades y primordialmente contra lo irremediable, la muerte.

El hombre donde quiera que resida y con los conocimientos disponibles en su tiempo, ha procurado mejorar sus condiciones sanitarias, sea en forma grupal o individual.

El progreso del ser humano ha llevado a que en el siglo XX, en especial en la segunda mitad haya cambiado notablemente el concepto de salubridad desde el enfoque personal de cada individuo hacia el interés social y colectivo.

Es inadmisibles entonces, en estos tiempos, que el Estado se desligue del cuidado de la salud, no porque deba necesariamente ser su efector sino porque debe velar por este derecho fundamental para todos sus habitantes.

La Auditoría tiene la misión de mejorar la calidad del cuidado de la salud proporcionado al público, estimulando a los organismos a cumplir o exceder los estándares de acreditación y la enseñanza del concepto de mejoramiento de la calidad. Estos estándares se enfocan en los organismos para el cuidado de la salud, no en la práctica individual del profesional. Es decir que se enfoca en la estructura y los procesos que se relacionan con los resultados, con el fin de mejorar la calidad del cuidado del paciente.

Respondiendo a la problemática planteada al comienzo de la investigación, podemos concluir que el servicio evaluado se ajusta a las normas y criterios establecidos por la ley n° 9847.

Quizás un poco en contra de lo que esperábamos, y por qué no llamarlo también prejuicio, pensamos que al contemplar como eje de nuestro análisis a una institución pública todo aquello que hacía a los recursos físicos y materiales disponibles para la atención serían escasos. No así, en el transcurso de nuestro trabajo de campo entendimos que nuestra investigación había sufrido un viraje en cuanto lo que nosotras creíamos sería el punto principal del problema o aquello a lo que deberíamos prestar real atención.

Los recursos físicos y materiales son totalmente adecuados a su Nivel de Riesgo, considerando que es una institución subvencionada por la Provincia, pero existe a nuestro parecer un déficit en el número del recurso humano, ligado y perjudicado por una falencia administrativa- organizacional. Estos dos últimos factores son determinantes de la calidad asistencial impartida. Hacemos referencia aquí, justamente al hecho de que al ser escaso el número de terapeutas dependientes del Hospital, gran parte de la tarea del servicio es afrontada gracias a la predisposición de profesionales o futuros profesionales que prestan su tiempo ad honorem, lo cual no es malo, sino que favorece al círculo vicioso negativo al que se hiciera hincapié durante el desarrollo de nuestra tesina. No obstante, estamos seguras de que si se contara con un mayor número de profesionales con nombramiento podrían ser explotadas apropiadamente la infraestructura y el equipamiento de la sala.

El exceso en el número de usuarios hace imperiosa la acción de ordenar el sector administrativo del servicio y con ello la construcción apropiada de registros de datos para los pacientes, precisamente porque al haber tanta demanda, el paciente no es atendido siempre por el mismo profesional y este no tiene modo de contar con información pertinente del mismo, a menos que indague entre sus colegas o futuros profesionales.

Teniendo en cuenta las fundamentaciones elaboradas a lo largo de nuestra investigación y meditando debidamente sobre las mismas, nos sentimos en posición de afirmar que la atención sería más eficiente si se recayera sobre ellas, puesto que todas las entrevistas realizadas a los pacientes concuerdan en que el servicio y la atención impartida

es competente al igual que la calidad humana del mismo, la cual según todos ellos es inmejorable. Reparando en las entrevistas a los terapeutas, corroboramos también que son conscientes de muchas de las críticas posibles de efectuar al servicio pero a pesar de esto hacen todo lo posible por brindar lo mejor de sí en la tarea para la cual se formaron.

Basándonos en todo lo anteriormente expuesto a lo largo de nuestro trabajo de tesis es válido destacar que lo ideal sería que la calidad no fuera “inspeccionada” en los organismos para el cuidado de la salud de las personas. Más bien, cada organismo debería ser consciente de su situación, permitiendo de este modo administrar y mejorar continuamente su propia calidad.

RECOMENDACIONES

Cumplido el presente trabajo de investigación y con las conclusiones ya citadas anteriormente, podemos sugerir la evaluación de calidad con el propósito de:

- Favorecer el reclutamiento de personal especializado.
- Apoyar la educación del personal.
- Estimular el mejoramiento del cuidado del paciente.
- Fortalecer la confianza de la comunidad.
- Agilizar los pagos de los financiadores.
- Etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Diccionario Enciclopédico Mundial. 15° edición. Buenos Aires. Ed. Codex S.A. 1979.
- Donabedian, Avedis. **La Calidad de la Atención Médica**. La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984.
- Ecco, H. **Como se hace una Tesis**. Ed. Guedisa, Barcelona. 1995.
- Feldmann, Andrés. **Organización Hospitalaria y de Centros de Rehabilitación**. 1° edición. Buenos Aires. Abril 2001.
- Ferrante, A.- Stamboulian, D.- Morgenstern, O.- Rose, T.- Gonzalez, A. **Normas y Criterios vinculados a la Calidad Prestacional y Atención de la Salud**. 3° edición. INSSJP. 2000. Tomo I, capítulos 1 al 10.
- Gentile, P.- González, A.-Holmberg, E.- Ochoa, J. **Arquitectura para la Salud**. Medicina y Sociedad. Vol. II. N°3.
- Gómez Cuesta, A. y col. **La Calidad de la Asistencia Sanitaria**. Ed. Doyma S.A. España. 1986.
- Hernández Sampieri, R.- Fernández Collado, C.- Baptista Lucio, P. **Metodología de la Investigación**. 1° edición. Colombia. Ed. Panamericana Formas e Impresos S.A. 1994.

- López Varela, J. **Mecanismo de Control de la Calidad de la Asistencia Sanitaria-** Conexión Salud n° 6. Agosto 1988.
- Mazzafero, V. **Medicina en Salud Pública.** Ed. El Ateneo.
- Passos Nogueira, Roberto. **La gestión de calidad en salud y las políticas públicas.** Programa de capacitación y reconversión del personal del INSSJP. Argentina. 1999.
- Santhlá, Miguel. **Calidad de la Atención Médica.** Publicación Interna. Cátedra de Medicina Preventiva y Social. Fac. de Ciencias Médicas. 1991.
- Sonis, A. **Atención de la Salud.** Ed. El Ateneo.

Información extraída de Internet:

- <http://www.estructplan.com.ar/Legislacion/Santa%20Fe/Decretos/Des01453-96.htm>

ANEXOS

ANEXO A: Entrevistas

ENTREVISTAS DIRIGIDAS a los PROFESIONALES

Entrevista n°1

E: ¿Te puedo hacer unas preguntitas sobre tu trabajo?

K: Sí, como no.

E: El servicio, ¿está habilitado por autoridad competente?

K: El servicio.... Sí, sí.

E: Te recuerdo esta preguntas son hechas para ser respondidas según tu criterio, lo que vos pienses sobre las mismas. En cuanto a la planta física, ¿reúne los requisitos necesarios para el adecuado desarrollo de tu actividad?

K: Sí, con los necesarios, sí, sí.

E: ¿Consta con las medidas de seguridad necesarias en caso de incendio, problemas eléctricos, etc.?

K: Mmm, creo que sí; no recuerdo en este momento el lugar de los extinguidores, pero creo que están en alguna parte de este sector, sí, sí.

E: ¿Posee salas de espera confortables para los usuarios y sus acompañantes?

K: De acuerdo a la estructura de la Institución, sí.

E: La infraestructura, aparatología y tecnología Kinésica, ¿es suficiente para los requerimientos del servicio?

K: Sí, porque no se toma más pacientes de los que se puede; así que....y más grande el espacio, no damos a basto. Ya demasiados pacientes se atienden.

E: Y el acceso, ¿se ajusta a las necesidades del paciente?

K: Sí, es cómodo.

E: ¿Sí? Bien, ¿y en cuanto al ascenso vertical? ¿Existe?

K: Sí.

E: ¿Y hay alternativas si no funciona?

K: No, no hay rampa.

E: Bien, ¿hay señalización para la orientación al público?

K: No, no existe.

E: Las condiciones administrativas, ¿facilitan o dificultan las obligaciones del paciente?

K: Honestamente, no tengo la más mínima idea.

E: Está bien. ¿Existe privacidad en la atención?

K: Sí.

E: ¿Y cuantos son los profesionales y cuantos los colaboradores? La cantidad.

K: Bueno, hay un profesional y yo soy colaboradora, concurrente, ad honorem.

E: Bien, ahora, el paciente ¿es atendido con un horario programado o por hora de llegada?

K: Por horario de llegada, pero medianamente ellos mismos se programan, de tal hora a tal hora; y uno mismo también se organiza de tal hora a tal hora.

E: El turno, ¿se reserva al inicio del tratamiento o varía según el transcurso?

K: A medida que van viniendo lo van manejando ellos. Normalmente se hace todos los días o día por medio, eso depende de la afección.

E: Y la primera atención ¿se da después de cuantos días de que el paciente llega al servicio?

K: No lo manejo yo a eso, no te puedo decir; a veces la primera vez y otras veces hay que pedirle que vuelva. Supongamos; viene un Jueves y se le pide que regrese el Viernes, el Lunes..., pero normalmente al momento.

E: ¿Y es atendido siempre por el mismo profesional?

K: Generalmente sí, como somos dos...también ellos pueden optar por quien sea el que los trate.

E: Y el tratamiento ¿se ajusta a las necesidades del paciente o del terapeuta?

K: Del paciente, claro.

E: ¿Y a la indicación médica?

K: Depende, si puede perjudicar al paciente se puede cambiar; siempre se trata de mantener lo que plantea el médico, pero de acuerdo a las necesidades del paciente. Por ahí las cosas no funcionan y hay que buscar alternativas.

E: Ahá...Y cuando llega un paciente ¿se le hace una evaluación, una anamnesis o acatan la indicaron o el diagnóstico médico?

K: No, se hace una anamnesis; a lo mejor un poco superficial, pero normalmente sí se hace.

E: ¿Diseñan un plan terapéutico inicial o lo realizan sobre la marcha?

K: Se va haciendo sobre la marcha porque siempre depende de la evolución del paciente. Y no se puede estructurar, el paciente no es una cosa, es alguien.

E: ¿Se lleva un relevamiento de datos, historias clínicas, registros?

K: No, casi nada.

E: Ahá...Y a largo plazo, ¿ustedes ven que el paciente disminuye el dolor, la afección, está contento?

K: Sí, está muy conforme. Hay pacientes a los que les recetaron diez sesiones de algo y a la tercera ya se han ido. Pero todo depende del feeling, también.

E: Claro. ¿El paciente colabora con las indicaciones de ustedes?

K: Siempre, hasta ahora no ha habido inconvenientes ni problemas de ningún tipo.

E: Bueno, y si tuvieras que realizar una crítica al servicio, ¿Cuál sería?

K: Y... yo en realidad me amoldo a las circunstancias, así que me es muy difícil que te pueda decir: *“acá hay que hacer esto o aquello”*; a medida que van pasando las cosas, uno va afrontando y haciendo y pidiendo....

E: Bueno, esto es todo. Muchas gracias.

K: De nada, hasta luego.

Entrevista n°2

E: Bueno, ahí va...En cuanto a la estructura, ¿el lugar está habilitado por autoridad competente?

K: Ehh.... Sí, teóricamente habilitado por el Ministerio de Salud de la Provincia, a través de la dirección del Hospital.

E: ¿Y reúne la planta física los requisitos exigidos como básicos?

K: Sí, sí...Por lo que tengo entendido, sí. Harán falta un par de matafuegos más...por ahí lo que está un poquito más complicado es la distancia al acceso. O sea, el acceso al Hospital, el acceso al Servicio....el paciente que tenga algún tipo de limitación física como para desplazarse, vos fijate que de la entrada de Urquiza a acá tenés 60 mts. Entonces eso es medio complicadito. Es lo que se podría plantear como limitación, podría estar mas cerca de la entrada...eso sería como una crítica.

E: Y aparte de los matafuegos, ¿hacen falta otras medidas protectoras en caso de problemas eléctricos, escape de gas...?

K: Para los problemas eléctricos están los cortacorrientes, adelante tenemos alarma por el tema de ingresos, de robos y todo lo demás; pero tenemos alarma en la parte de adelante, nada más. Ustedes no se dieron cuenta pero la puerta se traba como para no poder abrirse desde este lado, desde acá adentro. O sea, si alguien entra, puede entrar por las ventanas, por ejemplo, pero no puede salir. Entonces todo lo que es alarmas está en la parte anterior del servicio.

E: Bueno, a tu criterio, ¿posee salas confortables para los pacientes y sus acompañantes?

K: Sí, más que confortables.

E: Y en cuanto a infraestructura, aparatología y tecnología Kinésica ¿es suficiente para la demanda que ustedes tienen?

K: Y.....uno siempre a la demanda la adapta a lo que tiene, generalmente se intenta hacer un poquito más de lo que puede dar la infraestructura. Pero de cualquier manera, si uno le busca cosas que se pudieran modificar tenés dos millones, o cosas que vos quisieras incluir o tener diferente, o tener más de un gimnasio, por ejemplo; sobre todo la parte de actividades y gimnasio la tenemos

reemplazada por la jaula. Aparatos de gimnasio prácticamente no hay, entonces a mí de pronto tener montado un gimnasio me encantaría; o sea sería el sumun de lo que podríamos pretender en cuanto a servicio. Pero de cualquier manera con lo que tenemos creo que estamos muy bien.

E: ¿Y lo que tienen está en buenas condiciones?

K: Sí, sí. Está utilizable, está muy utilizable. O sea, no sé que está todo perfecto, pero está utilizable.

E: Ahá. ¿Y el acceso se adecua a las necesidades del paciente?

K: Ehh.... Es lo que te decía antes, el tema de la distancia de entrada al Hospital hasta el Servicio, corremos el riesgo que para acceder al servicio quizás tenés que usar un ascensor y si éste no funciona.... En cuatro años que estamos acá, en esta planta, aquí no se ha roto nunca y cuando se rompió, en media hora estaba reparado. Así que no hemos tenido grandes problemas con el tipo de acceso hasta la sala. Sólo que el gran drama sigue siendo la distancia entre el ingreso al Hospital y el ingreso al Servicio.

E: Claro. ¿Y la señalización para la orientación al público?

K: No existe.

E: ¿No existe?

K: No, no....No se ubican, es todo al tanteo; hay que ir preguntando.

E: ¿Las condiciones administrativas facilitan o dificultan las obligaciones del paciente, del usuario?

K: Acá no tenemos prácticamente requisitos administrativos para el paciente. O sea, se puede llegar a demorar de un lunes u otro lunes. Acá el paciente habitualmente llega al servicio, lo recibe el secretario, el secretario trae la orden a ver quien lo puede tomar y para la semana siguiente ya ingresó. Hay pacientes que ingresan el mismo día; dependiendo de la patología que tenga, la disponibilidad horaria que tengamos nosotros, de estructura, etc., pero no tiene trámite administrativo el paciente, nada.

E: ¿Y existe privacidad en la atención?

K: Sí, se la damos nosotros generalmente. No tenemos grandes dramas con el paciente, que diga “*cerrame la puerta*”, “*no, acá no quiero, quiero allá*”.

Ustedes ven que es bastante íntimo el sector donde se atiende al paciente, así que no hemos tenido ningún problema.

E: ¿El paciente es atendido con un horario programado o por horario de llegada?

K: Por horario de llegada.

E: Y se atiende, vos me dijiste, en uno de los primeros días en que él vino a pedir el turno.

K: No demora más de una semana en empezar el tratamiento.

E: ¿Y el turno se reserva al inicio del tratamiento o se va dando periódicamente?

K: Al inicio del tratamiento, y una vez que complete el tratamiento el paciente se va. Habitualmente unos días antes de terminarlo al tratamiento, ya se consulta con el médico.

E: Entonces ¿no es necesario que cumpla con las X cantidades de sesiones que indica el médico?

K: Habitualmente si se ve evolución, al paciente se le da el alta. Pero generalmente nosotros tenemos el gran tema que el paciente quiere seguir con el tratamiento. O sea, viene y mejora, y cuando mejora y nosotros le hicimos la progresión, por ejemplo, del box al gimnasio, el paciente quiere seguir con el gimnasio.

E2: ¿Y eso como lo manejan ustedes?

K: Con mucho tacto. No echamos a nadie, no nos peleamos con nadie, no exigimos nueva orden médica ni mucho menos; el ejercicio no le va a hacer mal nunca. O sea, vas a ocasionar un beneficio para el paciente. Es decir, que mientras nosotros lo podamos manejar y la infraestructura nos permita tenerlo al paciente haciendo ejercicios y demás, lo tenemos. Empezamos a funcionar ya más como un gimnasio que como un consultorio de Kinesiología propiamente dicho. Pero el paciente sigue bien, evoluciona; así que en la medida que lo podamos sostener, lo sostenemos. Si no se nos hace una bola de nieve muy grande, lo sostenemos; sin dudas.

E: Y la frecuencia de atención....

K: Diaria.

E: Sí, bueno, pero se adecua a que criterio ¿a las necesidades del paciente o a lo que vos le puedas ofrecer?

K: Ehh....Acá lo que pasa es que el gran tema es el paciente crónico. O sea, un ACV; que por lo general un ACV que tiene dos años de evolución, en estos servicios públicos te vuelve o está. Ehh.... Yo siempre digo que no hay servicio público que esté en condiciones de atender a un paciente neurológico. La mayoría de las veces suena como que a mí no me gusta el paciente neurológico...yo no tengo ningún problema en atenderlo; pero yo creo que al paciente neurológico vos tenés que ofrecerle determinada atención que no todos los servicios están en condiciones de darlas. Caso contrario, le estás haciendo perder el tiempo. Perder el tiempo en una patología neurológica, no es lo mismo que perder el tiempo en una patología traumatológica. Porque si vos terminas con una rigidez de rodilla porque no hiciste bien una recuperación posartroscopía, te vas a una anestesia, haces una movilización forzada y la movilidad la recuperas. ¿Ehh? En cambio, el paciente neurológico cuando vos le hiciste perder el tiempo o etapas en la recuperación, hay muchas cosas que no las recuperas. Si vos permitiste que el paciente entre en espasticidad, el tono muscular no se lo recuperas nunca más. ¿Ehh? Entonces yo creo que lo que hay que buscar siempre es tratar de brindar la mejor atención que uno pueda con el caso en particular del paciente. ¿Si? Te vuelvo a repetir, nosotros no estamos en condiciones ni estructurales ni de personal para tomar, por ejemplo, pacientes neurológicos agudos. Los tomamos por una cuestión de requerimiento del servicio; vemos la evolución y de acuerdo a ésta, vemos que hacemos con el paciente. O sea, si lo derivamos porque no lo podemos manejar o si lo sostenemos nosotros.

E: Es decir que lo adecuan al beneficio de las dos partes.

K: No hay dudas, no hay dudas. Porque no se puede manejar de otra manera.

E: ¿Y el paciente es atendido siempre por el mismo profesional?

K: Intentamos de que sí, pero a veces no se puede.

E: Ahora, ¿el tratamiento de ajusta las necesidades del paciente o a la indicación médica?

K: Generalmente las indicaciones médicas son genéricas, se indican Fisio y Quinesioterapia y a partir de ahí nosotros lo podemos manejar. Hay indicaciones que te vienen....que sé yo, por ejemplo, sin diagnóstico y te dan una serie de ejercicios. Por ejemplo, te mandan una con fortalecimiento de isquiotibiales,

abdominales y paravertebrales. Entonces vos supones que el paciente viene con una lumbalgia, porque la indicación no te trae ni diagnóstico. Entonces vos de acuerdo a eso y la evaluación del paciente, determinas realmente que hacer. O sea, si es necesario un tratamiento analgésico previo, cosa de bajarle un poquitito el dolor, descontracturar un poco y después empezar con ejercicios o arrancar con los ejercicios directamente.

E: Y si viene un paciente con una determinada indicación, puntual, y ustedes creen que no corresponde, ¿se le consulta al médico?

K: Se trata de que sí. Si es un médico de aquí del Hospital, sí. El gran drama que hay siempre es con la indicación de las Ondas Cortas... la indican en lumbalgias o gonalgias que por ahí vienen con una prótesis o el paciente tiene marcapasos o algo por el estilo, y no se tiene en cuenta ese tipo de contraindicaciones. En embarazos habitualmente también pasa. Entonces esas indicaciones habitualmente se modifican. Es una modificación lógica para el beneficio del paciente, nada más.

E: ¿Y se le explica al paciente lo que se le está haciendo, que tiene, el pronóstico, lo que esperan?

K: Sí, sí. Habitualmente yo no soy muy amigo de pronosticar ni de contarle como va a evolucionar. Primero porque uno nunca sabe que le dijo el médico, y segundo para no generarle ansiedad al paciente. O sea, yo por lo general ante las preguntas de pronóstico, mi respuesta es con evasivas, no son nunca *“vas a demorar tanto”* o *“en tanto tiempo vas a estar bárbaro”*; por una cuestión de no generar falsas expectativas ni tampoco chocar con la opinión del médico, porque a lo mejor el médico le dijo *“mira, esto es paliativo, para bajarte el dolor, pero no vas a mejorar nunca”*. Entonces uno le dice *“quedate tranquilo, vas a mejorar”*; o a lo mejor al revés, el médico le dice que en dos o tres días a esto lo mejoras y vos cuando lo ves le decís que no. Entonces por las dudas...

E: Y cuando llega el paciente con una indicación o un diagnóstico, ¿ustedes vuelven a evaluar, se le hace una anamnesis?

K: Nosotros lo que hacemos es la evaluación. La evaluación se hace sí o sí...

E: Siempre...

K: Sí, evaluación, nada más. No es que revisamos el diagnóstico, ehh? El diagnóstico está hecho, nosotros evaluamos para ver que es lo que tenemos que

hacer. O sea, no es lo mismo evaluar una zona que está álgida con una contractura muscular, que una zona que tiene cierta rigidez y sin contractura muscular. O sea, muchos de los diagnósticos son genéricos; es decir que un paciente llega con diagnóstico de gonalgia y vos, por ejemplo, en la rodilla tenés cuantas estructuras que te pueden doler. O una lumbalgia, cuantas causas de lumbalgia tenés.

E: Claro.

K: El diagnóstico está hecho, es genérico, nosotros lo evaluamos para ver que tenemos que atacar con el tratamiento. ¿Está? Porque si la lumbalgia viene con una retracción en el tendón del Psoas o del Psoas en general, va a ser medio pérdida de tiempo tratar la musculatura paravertebral específicamente, y no tratar el Psoas. Entonces nosotros es eso lo que buscamos en la evaluación.

E: Bien, ¿y se lleva algún registro de las...?

K: No, no. Lo que intentamos es llevar una ficha de evaluación, pero es casi imposible cuando vos ponés en la balanza el requerimiento o la demanda de atención que tenés con el tiempo disponible actualmente.

E: Ahh...

K: Entonces, generalmente, a esa parte la sacamos; preferimos darle mucho más dinamismo al servicio a expensas de perder el tema de la evolución y todo lo demás del paciente.

E: Bien, ¿y en cuanto...?

K: Lo tomo como una crítica al servicio.

E2: ¿Y como se manejan en ese caso? Por ejemplo, cuando viene, no sé, acá los chicos que practican o Mónica, y es tu paciente, ¿vos le explicas lo que tiene?

K: Totalmente, sí, sí. Gracias a Dios tengo muy buena memoria, así que me acuerdo generalmente lo que evalué. No es lo ideal, yo lo tomo como una crítica importante del servicio. O sea, si vos venís y vos me pedís una estadística de algo del servicio, te digo *“lo lamento mucho, pero no tengo nada”*. Sólo las planillas diarias. Pero las planillas diarias no tenés nada; información muy escueta como para hacer una curva del tipo de patología se atiende, nada más. Entonces, no hay información. O sea, si vos me pedís una información de goniometría de una fractura de codo de cuando evolucionó, a los 15 días de tratamiento y al mes, no te lo puedo dar. ¿Está? Cuando en realidad sería lo ideal.

E: Ahá. Y en cuanto al paciente, ¿ustedes sienten que el paciente está conforme, está satisfecho?

K: Sí, sí. El paciente habitualmente no se queja. Por lo que yo veo, va... Hay que ver de la puerta del servicio para afuera, de la puerta del servicio para adentro está todo bárbaro.

E: ¿Y disminuye el dolor, la afección?

K: Generalmente sí, evolucionan. Curamos a todos!!

E: Ja, jajá, “*el doctor Cureta*”.

K: Parezco el Padre Ignacio, es una cosa de locos...

E: Ja, ja, ja... Y si tuvieras que hacerle una crítica al servicio, más allá de ésta de lo registros...

K: No, no, no. El tema de los registros es importantísimo y el tema de, tal vez, el dinamismo que uno le pone al servicio. O sea, si vos me decís que le tiempo ideal de atención del paciente son, que sé yo, media hora con el terapeuta encima; y yo te digo que acá el terapeuta no está media hora encima del paciente.

E: Si.

K: O sea nos preocupamos por que el paciente evolucione, evolucione favorablemente. ¿Está? Tal vez sin cubrir todos los requisitos que indica un libro o lo que indica la formalidad de la atención. ¿Estamos? Acá tenemos una realidad. Acá los cargos del Hospital son dos para cubrir todo el servicio. O sea, si nosotros no tuviéramos la concurrencia de alumnos de las dos universidades en el servicio, no podríamos cubrir ni la cuarta parte de la demanda del Hospital; nada, no tendríamos cubierto nada. De cualquier manera, ehh...no es un justificativo, eso no es un justificativo. Porque uno podría estar cuatro horas de las que está y las demás no cubrirlas. Pero de cualquier manera, yo tomo como crítica eso. Nosotros le metemos mucho dinamismo al servicio y a la atención, por eso el paciente no se rechaza, no se da turnos a dos meses o a tres meses, sino que vos trabajas con turnos día a día; pero eso va en detrimento de un montón de otras cosas. Si uno se pudiera manejar con diez pacientes cada uno; vos atendés los diez pacientes, haces fichitas de evolución, control continuo, todo lo demás; pero dejaste treinta pacientes afuera. Yo creo que la realidad de la Salud Pública hoy en día es otra. Es esta. Cuando en realidad sería lo ideal, porque uno trabaja con sueldo fijo, no es

que cobras por paciente ni mucho menos. Por lo tanto, para nosotros sería mucho más cómodo.

E: Claro.

K: Pero dejas mucha gente afuera.

E: Es decir que ustedes cobran por salario.

K: Un salario fijo, exacto. No es por producción, ni mucho menos. Pero dejas, injustamente, un montón de gente sin servicio. Entonces hay que atender. Lo que llega se atiende.

E: Bueno, esto es todo. Si ustedes quieren hacer alguna otra pregunta...

E2: No, ninguna.

E3: No, ya está bien.

E: Bueno, era nada más que esto...

K: ¡Muy bien! No dolió tanto!!

Entrevista n°3

K: ...Y uno se ríe, nomás.

E: No, después lo tenemos que desgravar textualmente, por eso. No sé donde está el micrófono.... Acá está. Bueno, ahí va. Te tengo que hacer unas preguntitas, para que vos respondas a tu criterio, ¿sí?

K: OK.

E: ¿Este servicio está habilitado por autoridad competente?

K: Sí.

E: ¿Reúne la planta física los requisitos exigidos como básicos?

K: Ehh...Sí, sí. Reúne todos los requisitos, todos. Lo único, bueno, en la parte de Fisioterapia y equipamiento lo único que no hay es láser, pero lo demás está completo.

E: ¿Y en cuanto a las medidas, el acceso...?

K: En cuanto a las medidas, el acceso, eh...sí, mientras...el objetivo que se hizo fue hacer una rampa, como vieron ustedes está en un primer piso, pero como el ascensor nunca deja de funcionar, porque cuando se rompe lo arreglan enseguida, así que tiene las condiciones como para...

E: ¿Consta con las medidas de seguridad protectivas?

K: Sí, sí...

E: En caso de incendio, problemas eléctricos...

K: Hasta el momento nunca pasó nada, pero está todo; los matafuegos....hay seguridad.

E: ¿Posee salas de espera confortables para los pacientes y sus acompañantes?

K: Sí, yo creo que sí reúne las condiciones para una sala de espera. Sí, sí, para mí reúne las condiciones.

E: Y todo lo que es infraestructura, equipamiento y aparatología Kinésica, ¿es suficiente?

K: Sí, para los requerimientos del servicio, sí. Por ser un Hospital Público, es suficiente.

E: Bien, ¿hay señalización para el acceso?

K: No.

E: ¿No se ubica?

K: No, no se ubica. Le dicen de las interconsultas de los otros médicos sala 15, 1º piso y después tiene que buscarlas porque no hay...

E: No hay ningún cartel...

K: No, ni uno.

E: Y privacidad en la atención, ¿existe?

K: Existe, sí. A pesar de ser consultorios sin techo, pero existe.

E: La cantidad de profesionales, ¿cuál es?

K: Ehh.... Por el momento de planta es uno sólo, y después hay un Kinesiólogo de Emergencia y después somos un Kinesiólogo nombrado por la UNSAM, la Universidad de San Martín, y un Kinesiólogo por la Universidad de la UAI. Y dos Kinesiólogas más que están haciendo unas prácticas, también de la UAI. Son los únicos Kinesiólogos que hay dentro del servicio; pero uno sólo nombrado.

E: Y en este servicio, ¿se trabaja en interdisciplina, en interacción con otros profesionales?

K: Sí, sí, se trabaja.

E: Y ¿cómo se manejan?

K: Y se maneja siempre por interconsulta o por teléfono, siendo la derivación de este Hospital, dentro del Hospital.

E: En cuanto al paciente, ¿es atendido con horario o por turnos?

K: Es por turnos y con horario de llegada.

E: Y este turno, ¿se da al inicio del tratamiento o día a día?

K: El día que viene con la interconsulta, si ya hay para empezar a atenderlo, se empieza a atender el mismo día o sino siempre se demora, según la demanda, dos o tres días.

E: Y la frecuencia de atención, ¿a que criterio se basa?

K: Y, a la demanda de pacientes que hay. Eso es a la demanda de pacientes, digamos. Porque hay veces que tenés un montón de pacientes y a veces no. Porque los turnos

están dados, uno da los turnos por la cantidad de pacientes que atendió el día anterior; y al otro día, por ahí, por distintos recursos los pacientes no vienen y bueno...

E: Bien; y cuando hay un aumento de la demanda, ¿cómo la cubren?

K: Cuando hay un aumento de la demanda hay que laburar un montón. Tratando de trabajar lo mejor posible, teniendo un poco de paciencia tanto el paciente como el profesional.

E: ¿El paciente es atendido por el mismo terapeuta?

K: En estos casos, no. Porque se trata de dar a todos la atención, no hay prioridad de así un solo terapeuta porque no hay tantos terapeutas que puedan atender; que sea particular la atención, que sea siempre el mismo no hay.

E: Y el tratamiento ¿se ajusta a las necesidades del paciente o la indicación médica?

K: Y... eso es en función de la indicación que pide. Por ahí la toma el profesional, el kinesiólogo; o sino si viene alguna indicación aclarada de que tiene que ser eso, sí. Sino queda a criterio del profesional.

E: Y si el tratamiento es modificado, ¿lo hacen con conocimiento del médico derivante?

K: Sí, sí. Siempre se trata de charlarlo con el paciente y con el médico, cosa que no piense el paciente que el médico le dio un tratamiento y acá se trata de hacer otro.

E: ¿Se le explica al paciente lo que se le hace?

K: Se le explica todo, se le explica todo.

E: Ahora, ¿diseñan un plan terapéutico inicial?

K: Se le hace un plan... se le hace una evaluación y luego se hace un tratamiento a largo plazo y según la cantidad de sesiones que le dieron. Hay pacientes que son crónicos y que vienen meses y meses, y otros que no, que vienen diez sesiones. En algunos casos, si en las diez sesiones, ponele a la octava anda bien se lo manda a una consulta con el médico para que decida si sigue o no...

E: Si se le da el alta...

K: Si se le da el alta o no.

E: Entonces, ¿corroboran el diagnóstico médico mediante una anamnesis, una evaluación?

K: Una evaluación, siempre.

E: ¿Y se lleva un relevamiento de datos?

K: Sí, sí; es importante llevarla pero algunos lo llevan y otros no.

E: ¿Los objetivos trazados al inicio, por lo general se cumplen al final del tratamiento?

K: Y...Es relativo, un algunos casos si y en otros no.

E: Bien. Bueno, creo que ya está esto. Muchas gracias.

K: Por favor

Entrevista n°4

E: Te hago unas preguntitas, para que me respondas a tu criterio lo que vos opines de tu servicio, donde vos estas trabajando.

K: Bueno.

E: ¿El servicio esta habilitado para el trabajo kinesico?

K: Sí.

E: ¿Consta con las medidas básicas para el trabajo kinesiológico?

K: Sí, salvo que falte material de consumo, que es que a veces falta en todos los hospitales. Puede ser que no tenga la sonda precisa y la reemplace por otra acorde a la necesidad.

E: Claro. Y tu lugar de trabajo, tu cargo ¿esta reconocido dentro del hospital o dependes de la Facultad? O estas bajo el cargo de otra persona?

K: No, dependo de la Facultad.

E: ¿Contás con los recursos materiales y físicos acordes a los necesarios para la demanda del lugar?

K: Sí, yo creo que sí.

E: ¿Cubren fácilmente la demanda?

K: Sí, salvo cuando estoy sola.

E: ¿Qué opinas de la interacción con los otros profesionales?

K: Es buena, se tiene comunicación con los médicos residentes, no así con los jefes del servicio. Pero esto se debe más que nada a que tampoco pasan mucho tiempo en la sala.

También tenemos vínculo con las enfermeras y mucamos.

E: Claro, ¿y como acceden a la información sobre el paciente?

K: A partir de las historias clínicas de los médicos o información de boca en boca de los enfermeros y médicos.

E: ¿Y se deja constancia por escrito de la atención Kinésica?

K: No, es una falencia importante que tenemos.

E: Los pacientes o familiares que acceden al servicio, ¿están conformes?

K: Sí, una vez que se los atiende y se le explica lo que se va a realizar, esperan la atención diaria y piden por ella.

E: ¿Conocen el accionar del Kinesiólogo?

K: Algunos sí, otros tienen una vaga idea.

E: ¿Le podrías hacer una crítica al servicio? ¿Qué cambiarías?

K: Creo que mejoraría la atención si se mejorase la relación con los médicos de la sala, si entendieran que nosotros también formamos parte del equipo de profesionales que necesita el paciente. Pero reconozco que dentro de las posibilidades que nos brindan sabemos desenvolvemos bastante bien.

E: Bueno, esto es todo. Gracias.

K: De nada, Chau.

E: Chau.

**ENTREVISTAS a los PACIENTES del SERVICIO de KINESIOLOGIA del
HOSPITAL CENTENARIO**

Paciente n°1

E: ¿Esta es la primera vez que venís?

P: No.

E: ¿Cómo es tu nombre?

P: María.

E: ¿Que te pasó?

P: Tuve un problema de nacimiento nació con un solo riñón prácticamente me han operado y me han cortado.

E: ¿Cuándo te operaron, María?

P: Hace 10 años.

E: ¿Cundo empezaste con rehabilitación??

P: Hace 1 año y 7 meses.

E: ¿Antes no tenías ninguna molestia?

P: Nada, jamás.

E: ¿Y qué empezaste a sentir? Hola

P: Yo empecé a sentir el problema de los riñones, me empecé a adelgazar, adelgazar y eso fue todo que baje 20 Kg.

E: ¿En la pierna no sentías nada?

P: No, nada, ahora siento todo aparte por la picadura de bicho.

E: ¿Qué te picó una víbora?

P: Claro y al mismo tiempo me afecta todo.

E: ¿Dónde vivís vos?

P: Yo vivía en corrientes.

E: En corrientes, y ¿cuándo viniste acá?

P: Y hace 3 año.

E: ¿Ahora donde vivís en Rosario?

P: Yo vivo ahí en la zona sur.

E: ¿Cómo haces para venir acá?

-
- P: Tengo el pase porque yo tengo in capacidad.
- E: Ahh. Tenés un pase.
- P: Si tengo (muestra el pase).
- E: Ahh, mirá... bárbaro, con eso subís al colectivo y....
- P: Cualquier colectivo, todos los días.
- E: Y te dejan pasar. ¿Cómo hiciste para sacar el pase?
- P: Me hizo la junta médica el doctor.
- E: ¿Quién te esta atendiendo a vos?
- P: Acá.
- E: Sí.
- P: El doctor Hernández y neurología el doctor Viña.
- E: Venís sola o alguien te acompaña.
- P: No, sola no tengo a nadie.
- E: ¿Estas sola acá en Rosario?
- P: Sí
- E: Así que empezaste a sentir los dolores y por tu propia cuenta, viniste.
- P: Claro empecé a retener orina y me hinchaba.
- E: Y con respecto a la pierna que sentís.
- P: Y en la pierna lo mismo de la picadura y eso de la operación que tengo acá, tengo 6 cirugías, estoy toda operada, que va hacer.
- E: Y cuando viniste acá ¿te gusto esto, te sentiste cómoda?
- P: Sí me sentí bien no tuve problema, gracias a dios, no tuve problemas.
- E: Te atendieron bien.
- P: Sí, los chicos me atendieron bien.
- E: ¿Cuándo venís acá tenés que esperar mucho?
- P: No, vengo temprano, hoy hemos tenido que esperar, nomás.
- E: ¿A que hora venís?
- P: A veces vengo a las siete, siete y media depende cuando tengo ganas.
- E: ¿En cuanto tiempo te atienden?
- P: Ahora estoy esperando que desocupen el lugar que yo ocupo, y ahí adentro estoy 20 minutos.
- E: ¿Cuántos años tenés, María??
-

P: Tengo 46, la enfermedad me arruino, me enflaquecí mucho.

E: ¿Cómo?

P: Me enflaquecí mucho.

E: Adelgazaste mucho.

P: Pero a mi no me duele nada.

E: ¿Te atiende Luis?

P: No me atienden otros chicos que lo ayudan a él.

E: Y ¿que tal?

P: Son buenitos, yo no me quejo, todo chicos buenísimos, les hice un regalito, son chicos respetuosos, eso es lo importante.

E: ¿Te explican lo que te hacen?

P: Claro, siempre explican, los ejercicios, hace en tu casa me dicen, lo que yo hago acá lo tengo que hacer en mi casa, cuando ve que no, me dice vos no hiciste.

E: ¿Sentís que saliste adelante?

P: Sí tengo artrosis además.

E: ¿Cuándo venís acá pagas un bonito?

P: No, no pago nada.

E: Bueno María, muchísimas gracias.

P: De nada

Paciente n°2

E: ¿Cómo es tu nombre?

P: Miguel Ramírez.

E: ¿Cuántos años tenés, Miguel?

P: 68.

E: ¿Hace mucho que venís acá?

P: Sí, hace bastante primeramente vinimos por un problema que tuvo este dedo.

E: ¿Qué te paso ahí?

P: Un accidente, y bueno se hizo una curación llevo tiempo esto ocurrió el 12 de julio de este año, tuve suerte porque no hubo fractura del hueso, no hubo de tendón pero si da la impresión que los huesos han sufrido algo porque como la maquina arrastro.

E: ¿A qué te dedicas, vos?

P: Estoy trabajando en una fábrica metalúrgica.

E: ¿Cuánto hace que venís?

P: El día, fecha 22 del 10.

E: ¿Ahora de este año?

P: Claro.

E: ¿Quién te esta atendiendo a vos, Luis?

P: Luis, Luis, muy bien, bueno estos dedos estaban mayormente casi derechos.

E: No los podías doblar.

P: Ahora ya por lo menos estos llegan, este es el único, pero vamos a ver.

E: ¿Cuándo venís, esperas mucho tiempo para entrar al consultorio?

P: No, no.

E: ¿Enseguida te atienden?

P: Sí depende de porque cada uno que llega lo van anotando, depende de la cantidad de gente que hay, a veces yo vengo y apenas llegue ya entro, hoy es un día de mucha gente.

E: ¿Cuándo estas adentro del box con los chicos cuanto tiempo te atienden, estás conforme?

P: A parte que ellos saben, lo que están haciendo el masaje que le están dando los movimientos.

E: ¿Qué pensás de Luis?

P: Es bueno tiene un muy buen trato con la gente, muy simpático, muy atento no puedo estar desconforme.

E: Por ser a la mañana que te levantas temprano, siempre de buen humor.

P: Siempre con algunas palabras lo anima a uno, muy bueno no me puedo quejar y la señorita también.

E: ¿Te explicaron lo que te están haciendo?

P: Con respecto a qué.

E: Con respecto a lo que te pasó en la mano.

P: ¿Lo que se está haciendo actualmente?

E: sí.

P: Bueno, el doctor, fue el que hizo todo el trabajo este, porque este dedo esta a la miseria.

E: ¿Te lo reconstruyeron?

P: En este sector acá creo que fueron trece puntos, y mire coma a quedado, a quedado bastante bien, el único problemita es este que yo lo aprieto y no siento, pero veremos.

E: ¿Cuándo vos venís pagas algo?

P: No, no tengo ni obra social.

E: ¿Te derivaron del Centenario a kinesiología?

P: Primero me atendieron en la guardia, porque hubo un problema, vamos a ser franco para que no se enturbien las cosas, yo trabajo en una fábrica que no tiene seguro, ni nada, me trajeron aquí al centenario y en la guardia me atendieron incluso hasta fecha me están dando medicación, y bueno así que estamos. Después de ahí todo el trabajo, sacaron placas, me siguió atendiendo el doctor.

E: ¿Cuándo venís, venís solo?

P: Si, siempre vine solo.

E: Bueno eso es todo, Miguel muchas gracias.

P: De nada y suerte.

Paciente n°3

E: Te voy a grabar nada más para acordar y que no se me pase nada, sin apellido.

La edad nada más,

P: Ehh!, no eso no, bueno tengo 50.

E: ¿Cómo te llamas?

P: Juan Carlos.

E: ¿Por qué viniste acá?

P: Problema de la artrosis cervical y de la columna lumbar

E: ¿Cuánto hace que estas viniendo?

P: Acá hace desde enero, anteriormente esta yendo al provincial desde el año pasado desde los primeros días de setiembre.

E: ¿Del centenario te derivaron al servicio?

P: Sí, de acá el traumatólogo y gracias a dios me voy recuperando.

E: ¿Quién te esta atendiendo acá?

P: Luis.

E: Solamente, él.

P: No, el después lo otro hacen masajes.

E: ¿Qué tal la atención, bien?

P: Bien, todo bien.

E: ¿Es lo que vos esperabas, de la atención?

P: Yo pensaba que no iba a salir adelante, pero gracias a Dios voy saliendo a delante, ya cuando hay cambio de tiempo me jode, me vuelven los dolores.

E: ¿Cuánto tiempo estas dentro del consultorio?

P: Y... 15 minutos.

E: ¿Estás pagando algo, algún bono?

P: Los bonos si, cuando saco turno saco radiografía, pago viste, para cooperar.

E: ¿Y qué opinas de Luis?

P: Es muy buen muchacho nada mas es hincha de Ñulls.

E: Bueno muchas gracias.

Paciente n°4

E: El grabador es para que yo me acuerde lo que van diciendo.

P: Muy incomodo.

E: No, hace como si no estuviera.

P: Bueno yo también faltó, viste, por caso de trabajo, viste hará ya como un mes y días que ahora estoy acá, hay días que vengo que puedo venir y otros, no.

E: ¿Cómo te llamas?

P: Yo me llamo Irma Jiménez.

E: ¿Qué edad tenés?

P: Tengo 48.

P2: Decí la verdad. Risas.

E: 48?

P: Sí, yo también tengo embromada la cervical y a mí me dolía mucho el cuello y la espalda se me adormecía, viste y me vine hacer masajes con Luis y bárbaro.

E: ¿Los chicos también te atienden?

P: Sí, también desde que yo vine me atiende la chica.

E: Siempre bien, ¿ningún problema?

P: No, yo nada más cuando vine, venía tarada, loca, loca, por los mismos dolores, viste, pero ahora gracias a dios estoy bien.

E: ¿Vos también pagas un bono?

P: Y yo cuando puedo saco la orden así se le dice.

E: ¿Esperás mucho para que te atiendan?

P: No nosotros entramos siete y media y a veces Luis viene ocho menos cuarto, no pero no esperamos.

E: Cuándo estas adentro, ¿cuánto tiempo estás?

P: Y... 15, 20 minutos.

E: ¿Hasta acá en que llegás?

P: En colectivo, vengo de mi casa en quince minutos.

E: Te explicaron lo que iban hacer.

P: Bueno ahora me dijo que agarre y saque una orden otra vez para el traumatólogo para ver como estoy yo para ver si tengo que seguir o ya esta con lo

que me esta haciendo, pero yo todavía me siento dolorida, yo vine muy jodida, viste y le conté al doctor me hizo masajes y cuando yo salí de acá para mí fue un alivio una barbaridad.

E: Otra persona.

P: Si, así que estoy muy agradecida con el doctor estoy muy bien atendida.

E: ¿Era lo que esperabas?

P: No yo no esperaba eso pero ahora sé que si, a mí decían que el masaje era un alivio y después volvía al ratito pero no bastante bien voy.

E: Bueno, muy bien, muchas gracias.

P: No gracias a usted.

Paciente n°5

E: Decime tu nombre.

P: Gustavo.

E: ¿Cuántos años tenés Gustavo?

P: 32.

E: ¿Cuánto hace que venís?

P: 4 semanas.

E: ¿Qué te pasó?

P: Me operaron de meniscos acá en el hospital ya después comenzó todo el trámite. Estuve cuarenta días con la pierna inmóvil, hace cuatro semanas que empecé la rehabilitación el progreso hasta este momento es muy bueno.

E: ¿Era lo que esperabas?

P: No sé lo que esperaba porque nunca hice esto es la primera vez que hago rehabilitación.

E: Pero vos ves que vas evolucionando.

P: Sí, sí por supuesto muy bien la verdad que gracias a Dios sí.

E: ¿Cuánto tiempo estás en el gimnasio?

P: Y una hora y media, dos horas durante los cinco días de la semana, aparte de lo que hago en casa. En mi casa también me ocupo y hago en casa.

E: ¿Quién te atiende, Luis solamente? ¿Tenés una rutina?

P: No tengo una rutina, Luis siempre me controla a parte también los chicos, Pablo y....

E: Germán; y que tal la relación, bien?.

P: Bien, excelente, muy buena.

E: ¿Cuándo venís acá pagas algún bono?

P: Sí, la vez que uno empieza a atenderse. Fui saqué turno, ahí si abone un bono, después no.

E: ¿Luis o algunos de los chicos te explicaron lo que te estaban haciendo?

P: Sí, si incluso antes de comenzar con ese ejercicio te dicen para que es ese movimiento que músculo vamos a trabajar y todo.

E: ¿Cuándo venís esperas mucho?

P: No, no se espera diez minutos quince como mucho.

E: Bueno muchas gracias

Paciente n°6

E: ¿Cómo es su nombre?

P: Clara.

E: ¿Cuántos años tiene?

P: 64.

E: ¿Cuánto hace que viene acá?

P: Hace cinco años.

E: Cinco años que viene acá.

P: En el hospital.

E: ¿Pero que empezó en Kinesio, cuánto?

P: No, y acá vengo cuando me mandan para hacer tratamiento, primero con la rodilla, tengo reuma reumatoide yo.

E: ¿Y ahora?

P: Y ahora me atacaron las muñecas. No las puedo mover, están trabadas, entonces tengo que hacer ejercicios.

E: ¿Con quién realiza el tratamiento?

P: Con Belén

E: ¿Trabaja siempre con Belén?

P: Sí, hace 15 días que empecé.

E: ¿Viene todos los días?

P: No, no dos veces por semana, martes y jueves.

E: ¿Usted tiene que pagar algo?

P: No, no gracias a Dios hasta ahora no me dijeron nada, hace 15 días que vengo y no me dijeron nada. Antes, si, en la rodilla, cuando me hacían estemm... ¿cómo se llama esto?

E: ¿Ultrasonido?

P: Ultrasonido, si, si pagaba el bono.

E: Con respecto a la atención, ¿usted que opina?

P: A mí me atienden muy bien, la verdad que no me puedo quejar.

E: ¿Tiene que esperar mucho para que la atiendan?

P: No, no enseguida, lo que pasa es tengo que esperar porque me vengo bien temprano. Pero la verdad que ellos con la cantidad de gente que viene hacen le más rápido que pueden.

Paciente n°7 (familiar)

E: ¿Usted me dice su nombre?

F: Graciela.

E: ¿Cuánto hace que viene?

F: Desde el 20 de julio.

E: ¿De julio?

F: Por mi esposo que le agarro un derrame cerebral y perdida de conocimiento.

E: ¿Está internado en este hospital?

F: Si, acá, la verdad que me atendieron bien, no me puedo quejar.

E: O sea que usted esta en la sala de espera por un familiar.

F: Estoy esperando a mi esposo para junta médica,

E: Perfecto,

F: Si está todo bien. Ya camina, cada vez falta menos.

E: O sea que hace desde el 20 de julio.

F: Si el 20 de julio, que esta viniendo acá, muy bien la verdad que estoy contenta, bárbaro.

E: ¿Usted no sabe más o menos que tipo de actividades él realiza acá?

F: Y ahora esta aprendiendo a caminar, le enseñaron hacer ejercicios con las manos, aprender a comer, higienizarse.

E: ¿Está solamente con Kinesio o con terapia ocupacional?

F: Está con....

E: Kinesio solamente

F: Exactamente

E: ¿Él está conforme con la atención?

F: Si, si. Incluso yo le dije para que vinieran a casa porque como somos de Villa Gobernador Gálvez, por ahí con días de mucho calor le cuesta venir, viste. Pero el no, no quiere, quiere venir directo acá

E: Nada de que vayan atenderlo a la casa

F: No, no porque se siente bien acá.

E: ¿Ha entablado algún vinculo con alguien, o sea, usted conoce a la gente que está con él?

F: Sí, conoce bastante, yo no conozco a nadie el está continuamente ahí.

E: Y... ¿Quién trabaja con su marido?

F: Luis, Pablo y hay otro chico que no se donde se fue. Hace poco se fue una doctora que lo atendía re-bien.

E: Y eso que lo atendían primero uno después otro, ¿no le molesta a usted?

F: No, no en absoluto. El se siente bien acá.

E: ¿El está conforme, ha visto mejoría?

F: Si, si, no creía que iba a caminar al mes, y en 15 días dejo la silla d ruedas.

E: ¿Cómo se llama su esposo?

F: Omar Rodríguez.

E: Bien, ¿qué piensa en general del servicio?

F: Todo bien.

E: Bueno esta bien. Muchas gracias.

Paciente n°8 (familiar, paciente respiratorio)

E: ¿Cuánto hace que lo atienden?

F: El primer día.

E: Ah... bueno. ¿Quién te derivó?

F: El centro 26, la doctora Galachi.

E: ¿Te explicaron más o menos que le iban hacer al bebé?

F: Este....no, no de acá me mando la doctora Orellano de sala 8. Me dijo que le iban hacer así (me muestra).

E: Claro.

F: Y que no le dé teta, pero ahora esta con hambre, y me dijo que espere.

E: Mejor no, es conveniente que no le des. ¿Y cuántas sesiones le dieron?

F: Más o menos 10 días, pero dice que a lo mejor no sean 10 días.

E: ¿Qué tiene el bebé?

F: Tiene una broncotitis

E: ¿Una broqueolítis?

F: No, no o algo así era. El ya tuvo bronquitis.

E: ¿Qué tiempo tiene?

F: Tiene 4 meses.

E: ¿Cómo se llama?

F: Leonardo Gabriel. L o tienen que operar de una hernia inguinal, y tiene un reflujo en el estomago y así con el reflujo no me lo pueden operar. Mañana me lo tengo que llevar al anestesista a ver que dice. Si no bueno, si me dice que no lo puedo operar tengo que esperar. Pero como a él el reflujo lo hace agarrar broncoespasmos, mucho moco, catarro, por ejemplo ahora tiene mucho moco verde.

E: ¿Te dijeron quién te iba atender acá?

F: No, no. Me dijeron que venga a las 9:00, que el médico me llama.

E: ¿Tuviste que pagar algo?

F: No.

E: Bueno, muchas gracias.

Paciente n°9

E: ¿Cómo es su nombre?

P: Norma.

E: ¿Cuántos años tiene?

P: 54.

E: ¿Hace mucho que esta viniendo?

P: Acá vine en el mes de setiembre de este año y después el año pasado.

E: Y, ¿viste evolución?

P: El problema mío es muy fuerte. Así que veo un tiempo y después voy para atrás.

E: O sea que es la segunda vez que venís.

P: No va de este año sí.

E: Y, cuándo viniste, ¿tuviste que sacar un turno?

P: Vine a preguntar y saque turno.

E: ¿Te derivaron?

P: A mí me derivaron del Centenario, el médico, el traumatólogo. Vine el viernes y me dijeron veníte el lunes a las 7:30, y ahí directamente me atendieron.

E: Ah... rápido

P: La verdad que sí. Mirá no me puedo quejar del hospital me quejo de que no hay insumos.

E: ¿Quién te está atendiendo acá?

P: Luis.

E: Solamente Luis

P: Bueno Luis mayormente me está atendiendo, siempre hay una chica que me hace masoterapia.

E: ¿Mónica?

P: Mónica sí; y en setiembre había estudiantes.

E: ¿Fue satisfactoria la atención para vos?

P: Para mí acá, yo no lo cambio por nada.

E: ¿Esperas mucho para que te atiendan?

P: No, y.... si hay mucha gente sí. No, no se ponen a tomar mate, nada. A veces, sí, por ahí bueno cuando están desocupados, ósea, por ejemplo cuando te hacen lámpara te dejan no van a estar ah. Yo a veces les trigo torta, porque hago cosas caseras.

E: ¿Tuviste que pagar algo?

P: No está vez no, a veces sí, cuando podía sí.

E: Está bien, como para colaborar.

P: Sí, como para colaborar, que no debería ser así tendría que ser la provincia la que pague.

E: ¿Cuándo viniste te explicaron lo que te iban hacer?

P: Sí, sí.

E: Está bien, muchas gracias.

Paciente nº10

E: ¿Cómo es tu nombre?

P: Yolanda.

E: ¿Cuántos años tenés?

P: 74.

E: ¿Sos de Rosario?

P: Sí.

E: ¿Cómo llegas acá?

P: Porque soy de P.A.M.I y fui al doctor traumatólogo, Barón, entonces él me mando a fisioterapia, fui a pedir turno y me daban para fines de Enero, pero yo no aguantaba el dolor entonces me vine para acá, al Centenario y le explique al doctor y me dijo que era mucho tiempo. Yo vine un jueves y me dice te venís el lunes que te voy hacer la rehabilitación.

E: ¿Que te dijeron que tenías?

P: Y... unas cuantas cositas, en la columna, se estaba doblando, y después artrosis.

E: Con respecto al turno, ¿vos ya tenés los días o venís cuándo querés?

P: No todos los días. Los 10 días a las 7:30.

E: ¿Tenés que esperar mucho para ser atendida?

P: No, cuando llegaba, enseguida me hacían pasar porque había lámpara, pero hoy hay mucha gente.

E: ¿Cuánto tiempo estás adentro?

P: Y... 15, 20 minutos, y después me hacen masajes en la espalda.

E: ¿Era lo que esperabas?

P: Estoy conforme.

E: ¿Disminuyo el dolor?

P: Sí, sí.

E: Y, ¿qué tal?

P: Sí, muy bueno, muy atento, me hace muy bien los masajes.

E: ¿Tuviste que pagar algo?

P: No, no.

E: ¿Se te explicó lo que te iban hacer?

P: No, pase allá al cuartito y me empezaron hacer las cosas.

ANEXO B: Observaciones

13/11/02

Nos encontramos en el gimnasio del servicio. Son las 7:45 hs de la mañana, el lugar se encuentra limpio y ordenado. Ya se encuentran 4 pacientes realizando la rutina correspondiente, de los cuales dos son mujeres y los otros dos son hombres. Se comentan mutuamente acerca de sus avances. Podríamos decir que el trabajo es realizado de manera muy tranquila, sin apuros.

Las dos mujeres (una de ellas trabajando en la rueda de la pared y la otra ejecutando ejercicios para la movilidad y elongación del cuello), charlan amablemente también pero sobre otros temas.

Luis, profesional a cargo durante este turno, se halla atendiendo otros pacientes dentro de los boxes, pero llega al gimnasio cada 10' para controlar el trabajo de estos pacientes.

La verdad que si bien es mi segunda observación los comentarios entre los pacientes suelen ser interesantes. Por ejemplo una de las señoras comenta sobre una corrección que le hicieron acerca de un ejercicio; acotando que dicha corrección (efectuado por Luis que sabe tanto) ahora le parece lógica por que ya no siente molestias en la espalda.

Por lo que he escuchado de su conversación hace aproximadamente 1 mes que está en tratamiento y ella cree que por su error quizá vaya a necesitar venir algunas sesiones más.

Sin dejarlos de lado el clima ente los hombres sigue muy cordial. Uno de ellos dice alegremente:-“A este lugar le hace falta un poco de música...ACDC...no sé, algo”.

Se da el ingreso de un nuevo paciente en el gimnasio, que comienza libremente con sus actividades. Los demás siguen con sus indicaciones sin problema.

Las señoras, que no paran de hacerse comentarios sobre diversos temas, en los que también están incluidas sus dolores, enfermedades, etc.

Al asomarme por el pasillo veo que en el pasillo al lado de la sala de espera ya están esperando los pacientes que ingresan alrededor de las 9:00 hs.

Camino hacia el Office y al mirar en la hoja de estadística corroboro que ya han ingresado para esta hora 17 pacientes.

Se produce la rotación de los pacientes. En tanto me dirigía hacia el gimnasio, Luis me presenta al médico Fisiatría a cargo del servicio, quien solicita una explicación de cual es nuestra función en el lugar, y Luis bromeando responde que investigamos como atienden.

Al llegar al gimnasio constato que algunos pacientes todavía no se han retirado. Los que sí acaban de llegar comienzan con su trabajo. En el clima ahora predomina el silencio, pero tranquilamente van rotando de elementos, paralelas y demás. Trabajan sin parar.

Luis se hace presente, como ya lo ha hecho varias veces para verificar o corregir el trabajo de los pacientes.

19/11/02

Llegamos para cumplir con el cuarto día de campo.

Los pacientes se encontraban todos en la zona próxima al ascensor.

Continuamos camino hacia los consultorios pero no pudimos ingresar en el momento ya que estaban limpiando los mismos. Osvaldo, el administrativo, ya estaba en su Office.

A los pocos minutos llega Luis y los pacientes se dirigen rápidamente hacia los consultorios aunque todavía no pueden pasar y realizan una fila detrás de la mesa donde se encuentra la hoja de asistencia y estadística. No respetan la sala de espera como en la mayoría de las veces.

Se los llama uno por uno para que ingresen al servicio y los familiares o acompañantes aguardan en la sala de espera, donde una de nosotras aprovecha para realizar las entrevistas a dichas personas.

Otros profesionales llegan al Office, entre ellos un kinesiólogo que está a cargo de los alumnos de la UNSAM, quienes se encuentran realizando la asignación de pacientes del día.

Unos cuantos minutos más tarde comienzan a llegar los pacientes que corresponden al próximo turno.

OBSERVACIÓN DE CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRÍA

19/11/02

Dicha práctica es llevada a cabo por una pasante de quinto año de UAI, la cual después de recibir y constatar la orden de derivación del médico tratante, completa la ficha Kinésica exigida tanto por el docente a cargo de la cátedra como por el servicio.

Notoriamente, la patología es de tipo respiratoria: Neumonitis; pero la alumna se halla sin estetoscopio. Realiza la Kinesio respiratoria mientras conversa con la madre del niño sobre el estado de salud de su hijo.

La sesión dura aproximadamente unos treinta minutos y antes de retirarse se le confirma el turno a la madre para el día siguiente en el mismo horario.

20/11/02

Son las 7:45 hs de la mañana, los pacientes ya se encuentran como de costumbre en el pasillo próximo a la sala de espera y no en la misma.

Mónica, una de las kinesiólogas que realiza tareas ad honorem en la institución comienza a nombrarlos para que vayan ingresando lentamente al gimnasio o box de acuerdo al tratamiento que se les efectúa.

A esta hora, las 8:00 hs de la mañana ya me encuentro en el gimnasio y por mi asombro sólo hay una sola mujer realizando movilizaciones de hombre y haciendo uso de la rueda que se encuentra en una de las paredes del gimnasio. Inclusive mucho de los pacientes que habitualmente están haciendo ejercicios aquí hoy están siendo atendidos en los boxes.

El día está muy inestable, gran número de pacientes no han concurrido pero de todos modos son dos los profesionales a cargo.

Esta observación duró casi exactamente 30' y en el gimnasio no se dio el ingreso de ningún otro paciente. Sí puedo acotar que durante el tiempo que yo me encontré en el lugar, Luis se hizo presente más de 3 veces controlando el accionar del paciente, realizando correcciones e indicando nuevos ejercicios de los cuales algunos también debían ser realizados en el hogar.

21/11/02

Son las 8:00 hs de la mañana y en este momento se encuentran en el gimnasio 7 pacientes los cuales son supervisados por un alumno de 5to año de la Universidad Abierta Interamericana que se encuentra realizando un voluntariado en dicho centro.

Puedo describir que hay 2 pacientes realizando ejercicios en paralela, 1 en rampas, 1 en las jaulas, 1 paciente efectuando ejercicios en poleas, una señora movilizándolo hombro a través de la rueda y en las colchonetas se encuentra un paciente que sufre de ACV y que está recibiendo atención casi personalizada por parte del estudiante ya que se encuentra efectuando trabajo de inhibición de patrones patológicos.

El clima es bastante ameno, todos charlan entre ellos pero mientras siguen haciendo sus ejercicios.

En recepción siguen entrando pacientes que son ubicados en los boxes para hacer uso de las instalaciones de fisioterapia.

En este momento se da la llegada de Luis al gimnasio, quien se acerca a cada uno de los pacientes realizando correcciones y por que no alguna que otra broma.

Llegan dos nuevos pacientes y cada uno comienza con su rutina. Los demás van rotando y permitiendo así que cada uno pueda concretar la secuencia de ejercicios y elementos que les corresponden.

26/11/02

Son las 8:00 hs de la mañana y en el gimnasio hay dos pacientes que comenzaron por sí solos la rutina correspondiente.

Uno de ellos trabaja en poleas y aunque tiene cierta dificultad para establecer con certeza el peso de las bolsas de arena realiza sólo la actividad.

El otro es un paciente neurológico que aguarda la llegada de Pablo para comenzar a trabajar; lo que sucede minutos después.

Se hacen presentas varios pacientes más al gimnasio y también Luis, quien además de corregir errores de algunos pacientes que ya habían comenzado su rutina indica nuevos ejercicios preparatorios de marcha en paralela a otro paciente.

Ante cualquier inconveniente o duda todos se refieren hacia Pablo, pero algunos de estos pacientes siguen realizando sus ejercicios de mal modo, lo cual es comprensible ya que la cantidad de pacientes supera la atención y capacidad del pasante.

Se establecen charlas cordiales, algún que otro comentario compartido, pero todos continúan con su actividad, y manejan los descansos con criterio.

Los pacientes que se dirigen hacia los consultorios de Terapia ocupacional pasan frecuentemente por el pasillo central que constituye el paso obligado hacia el consultorio.

La única persona a cargo de todos ellos sigue siendo Pablo.

Las conversaciones rondan casi todas alrededor de alguna enfermedad, como en casi todas las conversaciones que he podido escuchar y por que no también participar en cierto modo.

Los pacientes van rotando de los aparatos a fin de que todos puedan usarlos, el pasante los controla en la medida posible, verifica las cargas e indica ejercicios a pacientes para hacer más entusiasta el trabajo.

El reloj indica que son casi las 9:00 hs de la mañana, hace calor y el ventilador no es suficiente para la cantidad de personas que estamos dentro del gimnasio.

A los pocos minutos se da el recambio de pacientes; llegan aquellos que estaban en fisioterapia y los demás se retiran.

27/11/02

En el día de hoy, el ingreso de los pacientes se dio muy temprano.

No hay tantos pacientes por ser día miércoles, aunque debo agregar que el clima tampoco acompaña.

En el gimnasio sólo se halla un paciente, que siempre es el que llega primero, se maneja con total libertad y seguridad, de lo que deduzco que hace ya bastante tiempo que concurre al servicio.

El único profesional presente hasta el momento es Luis (pablo viene los martes y jueves; y Mónica todavía no ha llegado).

Está todo muy tranquilo, no hay actividad en los consultorios de Terapia ocupacional.

Luego de unos minutos llega Mónica quien me saluda a mí y también al paciente.

Se siente un murmullo que viene de la sala de espera, son unas cuantas las personas que aguardan por ingresar al servicio. Algunos pacientes que ya finalizaron las sesiones de fisioterapia se desplazan hacia el gimnasio para iniciar sus actividades.

Me dirijo hacia la sala de espera para ver si puedo realizar alguna entrevista.

Son muchos los pacientes que se encuentran en fila detrás de la mesa donde está la hoja de asistencia y estadística. Luis intenta calmarlos y solicita la ayuda de Mónica para ordenar el ingreso. En la medida que esto se da, comienzan cada uno a efectuar todas las rutinas correspondientes en el gimnasio.

Ya está todo mucho más tranquilo y Luis se dispone a llevar hacia el gimnasio trozos de torta que hiciera la esposa de uno de los pacientes. Abandonan momentáneamente la actividad y se disponen a disfrutar de la gentileza.

28/11/02

Son las 7:45 hs de la mañana.

Hay tres pacientes en sala de espera aguardando para entrar. El lugar es relativamente confortable, está limpio y presenta amplios ventanales, por lo que su iluminación es casi ideal. Desde la misma se escucha la charla del personal administrativo y de los alumnos de la USAM.

Llega otra paciente a la sala de espera y enseguida se pone a conversar con una señora que ya se encontraba en el lugar. De a poco la sala se llenó; y del mismo modo los pacientes van ingresando mientras son llamados por el profesional.

Me acerco a una señora para preguntarle si le habían realizado la entrevista y me dijo que no, por lo que me dispuse a realizarla. Se desarrollaba de manera muy amena, era muy abierta para contestar; otra señora que estaba cerca participa voluntariamente de la conversación por lo que la entrevista se hizo más fluida todavía. Luis, las llama para ingresar al gimnasio, dimos por finalizada la entrevista aunque me autorizó a culminarla dentro del box si era necesario.

28/11/02

Hoy parece ser un día en el que habrá mucho trabajo, concluyo en esto por que son exactamente las 7:30 hs de la mañana y es considerable la cantidad de pacientes que ya se encuentran efectuando la cola detrás de la mesa donde se encuentra la hoja de estadística donde son registrados diariamente. Al verlo llegar a Luis todos lo saludan respetuosamente. Cabe aclarar que mucho de estos pacientes ingresaran previamente a los consultorios de Terapia Ocupacional.

Ingresan lentamente al gimnasio y a los box de acuerdo a lo asignado por el profesional.

Con respecto al gimnasio cada uno empieza con sus tareas y a diferencia de otros días todos se encuentran en silencio, deduzco que puede ser posible por la diferencia de edad que existe entre ellos.

Nadie viene por ahora a corregir a las actividades de los pacientes, que aunque en su mayoría son siempre los mismos también es cierto que los errores que cometen también son comúnmente los mismos.

Los pacientes rotan en sus actividades libremente.

Al llegar Luis se dirige hacia donde se encuentra un paciente que padece de ACV. Lo conduce hacia el sitio donde se encuentran las colchonetas y se disponen a trabajar movilidad de miembros utilizando los patrones de las diagonales de Kabat. Mientras y desde esa posición efectúa correcciones a los demás pacientes.

Se da el ingreso de 2 pacientes más que comienzan enseguida con su rutina.

Notoriamente me llama la atención un paciente que se encuentra trabajando en poleas; digo esto, porque es admirable ver la precisión con la que cambia las roldanas a medida que modifica sus ejercicios, de lo cual deduzco hace ya bastante tiempo que concurre al servicio. Después de observarlo durante un tiempo prudencial me solicita ayuda para levantar unos discos del suelo y entablamos una ligera conversación de la cual rescato que hace 3 meses que asiste a las sesiones de rehabilitación realizando actualmente un marcado trabajo de fortalecimiento de miembros inferiores.

Nuevamente sentada en una silla desde la cual realizo mis observaciones habitualmente una señora me pregunta cordialmente:- “Qué pensativa estás, ¿estás estudiando o no encontrás un lugar tranquilo para hacer los papeles del hospital? La verdad no supe muy bien que contestar.

Todos continúan sus tareas sin conflictos.

Yendo hacia el Office veo que en el pasillo que comunica el gimnasio con la sala de espera ya hay varios pacientes esperando para ingresar. Como siempre, no respetan la sala de espera.

Otra situación interesante; la cuñada de un paciente (sé esto después de preguntar) en carácter de acompañante corrige en la de ambulación al mismo e insiste fervientemente en que le muestre a Luis como le había enseñado a caminar y agrega: -“Hacelo bien como te enseñe con la cabeza para arriba que quiero que te vean”. Luis sale de un box y ante dicha situación lo felicita efectuando correcciones bajo justo fundamento.

03/12/02

Son las 7:45 hs de la mañana y se da el ingreso de los pacientes a servicio. Recién al rato comienzan a llegar al gimnasio. Un estudiante de quinto año de la U.A.I., Pablo, que se halla realizando un voluntariado en dicho lugar tiene la función de recibirlos y ubicarlos en el trabajo que les corresponda.

Una de las pacientes se dirige hacia mí con la intención de pedirme que le alcance un aparato para que ella pueda trabajar y realizar de esa manera los ejercicios que ella no tiene posibilidad de efectuar en su casa.

Todos trabajan en silencio.

Pablo trabaja casi de modo personalizado con un paciente que sufre de ACV y acaba de ser ingresado al servicio.

Repito que todo se desarrolla con tranquilidad, hasta que llega al gimnasio un familiar de uno de los pacientes, que por cierto presenta mayores atribuciones de las que les compete. Saluda a Pablo por el día del médico y a nosotras también. Podría decir que de todas las veces que pude tener contacto con ella, la mayoría se la pasa haciendo referencia a los avances del familiar enfermo al que acompaña, y cito una frase: - "este es mi cuñado, pasó 4 años postrado en una cama con escaras y todo eso... y cuando yo me encargué del asunto lo traje acá, y con Pablito, en 2 meses lo hicimos caminar".

Entra Luis al gimnasio y le solicita a Pablo que le indique nuevos ejercicios a un determinado paciente.

Después del comentario mencionado anteriormente por la señora, todos comienzan a hablar entre ellos hasta que el tema se unifica en el nacimiento del bebé de otro alumno de quinto año que se encuentra realizando el voluntariado en dicha institución.

Yo no dejo de observar a la familiar del paciente sobre la que hiciera referencia más arriba. Como mencioné, haciendo abuso de su rol se coloca al costado de las paralelas y comienza a corregir las actividades de una señora que se halla trabajando en las mismas. Además la alienta y le realiza "masajitos" en la

parte posterior de la rodilla donde dicha paciente refiere cierta sensación de dolor. Sigue indicándole más ejercicios a dicha señora, los cuales no son malos para su condición, pero no corresponden a su rol.

Luego de media hora de observación se da el recambio de pacientes, aunque muchos de ellos siguen hasta completar la hora de la sesión.

04/12/02

El gimnasio se encuentra vacío, recién entran los pacientes al consultorio o box de fisioterapia.

Muchos de ellos después concurren aquí. El primer paciente que llega al gimnasio lo hace alrededor de las 8:00 hs y nos saluda a Agustina y a mí comenzando posteriormente con su rutina. Mientras conversa con nosotras, hace referencia a como es Luis como persona (según él) y como los trata a ellos: -"la verdad es que es una persona muy psicóloga y nos ayuda mucho".

Ingresan otras personas al gimnasio, después de realizar la sesión de fisioterapia e inician las actividades pertinentes en el gimnasio. En este momento no hay ningún profesional cargo para corregir las actividades de este paciente que se halla muy dolorido y por lo cual no realiza su rutina de manera eficiente.

A medida que llegan los demás pacientes, los que ya estaban rotan para que todos tengan la posibilidad de utilizar los distintos aparatos.

El personal administrativo y otros profesionales pasan permanentemente por el pasillo central del gimnasio.

Los pacientes continúan realizando las actividades que les corresponden y realizan alguna pregunta a Agustina.

En sala de espera ya se encuentran los pacientes que ingresaran posteriormente, que por cierto en su gran mayoría acaban de comenzar con el tratamient

05/12/02

Al llegar a las 7:30 hs al servicio encuentro que ya están todos los pacientes realizando la fila detrás de la mesa donde se encuentra la hoja de asistencia y estadística.

Es un número importante de personas y como si fuera poco, dos de ellas se encuentran peleando por el orden de ingreso.

El resto de los pacientes conversan amablemente de distintos temas.

Llega una de las pacientes caminando y todos se ponen muy contentos, ha dejado las muletas, y animan a otro de los pacientes diciendo que pronto le pasará lo mismo a él.

La sala de espera está llena.

Después de escuchar algunas conversaciones deduzco que no todos ingresan a kinesiología, algunos son pacientes que esperan para ingresar al servicio de Terapia ocupacional.

Aproximadamente uno diez minutos después Luis llega al servicio. Ya todos se preparan para entrar; algunos, siguen deliberando sobre quien ha llegado primero.

Todos aquellos pacientes que pasan por la mesa donde se encuentra Luis registrando las asistencias, le hacen bromas o algún comentario pero siempre sin faltar el respeto.

Los pacientes ya se encuentran en el gimnasio o en los boxes para comenzar con la actividad correspondiente a su patología de base.

ANEXO C: Planillas, Estadísticas

Requisitos de planta física, generales para todas las áreas de segundo nivel	SI	NO
Pisos antiderrapantes		X
Sala de espera con asientos y sanitarios para el público	X	
Espacio de espera para maniobrar camillas	X	
Espacio para maniobrar sillas de rueda	X	
Iluminación natural y artificial	X	
Línea Telefónica fija(exclusiva del área de atención a personas con discapacidad. Puede ser extensión o de conmutador).	X	
Sanitarios para personal y pacientes; estos últimos adaptados para el uso por personas con discapacidad.		X
Local para jefatura y sala de profesionales	X	
Office general	X	
Ambiente destinado a archivos de historias clínicas		X
Local para recepción y secretaria	X	
Local para vestuarios y sanitarios de personal	X	
Posee ascensor si la unidad se encuentra en una planta alta	X	
El ascensor tiene dimensiones suficientes para permitir acceso de sillas de ruedas	X	
Posee sistema contra incendio reglamentario.	X	
Posee protección de aberturas en las áreas de atención y espera		X
Se encuentra habilitado conforme las normas jurisdiccionales vigentes	X	

	Requisitos en equipamiento área de terapia física del segundo nivel	SI	NO
	Camilla de madera de 1,90 m de largo por 0,65 de ancho y 0,84 de alto	X	
	Equipo generador de ondas de forma variada para estimulación, electro analgesia e iontoforesis	X	
	Unida de Cold Pack		X
	Unidad de Hot Pack		X
	Aparato generador de ultra sonido	X	
	Aparato generador de ondas cortas	X	
	Aparato generador de rayos infrarrojos	X	
	Baños de parafina	X	
	Magnetoterapia	X	
	Laser		X
	Bastones	X	
	Poleas	X	
	Rueda	X	
	Pesas	X	
	Bolsas de arena de diferente peso	X	
	Electro estimulación funcional	X	
	Asistencias para marcha regulables y plegables	X	
	Pelotas de diversos tamaños		X
	Balones para relajación		X
	Rollos de relajación		X
	Rampas	X	
	Fratachos		X
	Escalera de gimnasio	X	
	Mesa de auto movilización		X
	Mesa de poleas	X	
	Tarimas con colchonetas, altura sillas de ruedas		X
	Silla de ruedas de adulto tipo universal	X	
	Nebulizador y aspirador		X
	Mesa de bipedestación	X	
	Bipedestadores	X	
	Espejo móvil y fijo	X	
	Paralelas	X	

SERVICIO DE FISIATRÍA - Año 2002

MES	Consultas	EE	EMG	IR	Kinesio	MGT	Maso	OC	Parafina	Preso	RH	Tcc.Cerv.	US	Pot.Evoc.	TOTAL
Enero	63	47	24	560	45	365	400	310		651	590	15	560		3630
Febrero	97	105	37	510	30	360	315	275	12	690	470	25	410	16	3352
Marzo	97	117	39	545	45	320	360	285	7	728	515	35	470	9	3572
Abril	50	127	31	573	54	375	365	310	17	753	520	37	560	7	3779
Mayo	94	122		550	65	350	360	315	25	860	545	40	575		3901
Junio	35	78		470	60	270	315	285	25	514	420	20	390	3	2685
1°Semest.	436	596	131	3208	299	2040	2115	1780	86	4196	3060	172	2965	35	20919
Julio	93	115	33	550	55	270	330	290	18	785	520	17	490	8	3574
Agosto	77	96	32	470	85	315	290	170	35	609	470	25	510	8	3192
Setiembre	78	100	41	480	95	320	315	185	45	870	480	37	680	12	3738
Octubre	98	125	47	455	105	320	330	190	60	736	470	39	675	16	3666
Noviem.	85	100	48	473	100	310	317	192	45	713	480	25	683	7	3578
Diciembre	78	94	36	462	95	300	300	187	30	690	510	31	691	12	3516
2°Semest.	509	630	237	2890	535	1835	1882	1214	233	4403	2930	174	3729	63	21264

PROVINCIA DE SANTA FE 1 MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DIRECCION DE ESTADISTICA		2 PROGRAMA PROVINCIAL DE ESTADISTICAS DE SALUD INFORME DIARIO DE CONSULTAS MEDICAS APELLIDO Y NOMBRES DEL MEDICO: (5)				PARA USO INTERNO DEL ESTABLECIMIENTO ESTABLECIMIENTO 3 SERVICIO 4 FECHA (6) HORAS DE ATENCION (7) (8) DIA MES AÑO horas minutos Hoja N°																			
N° HISTORIA CLINICA	APELLIDO Y NOMBRES	(11) Consulta		(12) OBRA SOCIAL	(13) Extranj.	(14) RESIDENCIA HABITUAL	(15) EDAD Y SEXO										1ª VEZ (16a)	ULTER. (16b)	16 DIAGNOSTICO, CONTROL O MOTIVO DE CONSULTA		Contr. del Embar. (16c)	TRATAMIENTO (16d)			
		N	R				Men. de 1		1		2a4		5a9		10a14				15a49				50v+		DIAGNOSTICO, CONTROL O MOTIVO DE CONSULTA
							M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			M	F			M	F	
TOTALES (17)																									
							TOTAL GENERAL DE CONSULTAS (18)																		
																		FIRMA DEL MEDICO							
																	ACLARACION								

A-4 210x297 mm. IMPRENTA OFICIAL - Santa Fe

.....

.....

Fernández, Agustina

.....

Giovanetti, Valeria

.....

Picco, María Soledad

.....

Barbona, Roberto

