



# **A REHABILITACIÓN INTEGRAL UN DEREITO BÁSICO IRRENUNCIABLE**

**DECLARACIÓN CONXUNTA DE ASOCIACIÓNS DE PACIENTES E  
USUARIOS E DE COLEXIOS PROFESIONAIS EN RELACIÓN CA  
DETERIORACIÓN E AS CARENCIAS DOS SERVIZOS INTEGRAIS DE  
REHABILITACIÓN DA ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO BARBANZA**





# **A REHABILITACIÓN INTEGRAL UN DEREITO BÁSICO IRRENUNCIABLE**

**DECLARACIÓN CONXUNTA DE ASOCIACIÓN DE PACIENTES E  
USUARIOS E DE COLEXIOS PROFESIONAIS EN RELACIÓN CA  
DETERIORACIÓN E AS CARENCIAS DOS SERVIZOS INTEGRAIS DE  
REHABILITACIÓN DA ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO -  
BARBANZA**

## Entidades que subscriben o documento

- Unión Galega de Epilepsia
- Delegación de Galicia da Asociación Nacional de Amputados de España
- Asociación de Pacientes e Usuarios do CHUS
- Asociación de Dano Cerebral de Compostela –Sarela
- Colexio Oficial de Terapeutas Ocupacionais de Galicia
- Colexio Profesional de Logopedas de Galicia
- Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia
- Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
- Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia



## Índice:

I.	Exposición de motivos .....	5
II.	Rehabilitación e fisioterapia da persoa amputada.....	11
	(DELEGACIÓN DE GALICIA DA ASOCIACIÓN NACIONAL DE AMPUTADOS DE ESPAÑA)	
III.	A necesidade de rehabilitación integral e interdisciplinaria das persoas con epilepsia. ....	17
	(UNIÓN GALEGA DE EPILEPSIA)	
IV.	As persoas con dano cerebral adquirido e as carencias en rehabilitación integral.....	21
	(ASOCIACIÓN DE DANO CEREBRAL DE COMPOSTELA –SARELA)	
V.	A alarmante carencia de fisioterapeutas, un síntoma da deterioración da calidade asistencial. ....	27
	(COLEXIO OFICIAL DE FISOTERAPEUTAS DE GALICIA)	
VI.	A Intervención do/da Traballador/a Social na atención temperá. ....	35
	(COLEXIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE GALICIA) .....	35
VII.	O abandono asistencial dos/as pacientes do servizo de atención temperá da EOXI de Santiago de Compostela.....	47
	(ASOCIACIÓN DE PACIENTES E USUARIOS DO CHUS)	
VIII.	A función da terapia ocupacional nos procesos rehabilitadores.....	53
	(COLEXIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DE GALICIA)	
IX.	O deficiente estado da atención logopeda da EOXI de Santiago de Compostela. ....	63
	(COLEXIO OFICIAL DE LOGOPEDAS DE GALICIA)	
X.	A necesidade de atención psicolóxica nos equipos de rehabilitación na EOXI de Compostela .....	69
	(COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA)	
XI.	Conclusionés .....	73
XII.	As nosas demandas .....	75



## **I. Exposición de motivos**

Reiteradamente, a cidadanía somos destinatarios dun discurso oficial construído coa finalidade de crear unha pantalla de excelencia do conxunto das prestacións asistenciais do Servizo Galego de Saúde. Para iso, periodicamente, outórganse premios de calidade a servizos especializados por parte de organismos e entidades, en moitos casos, carentes da imprescindible independencia e imparcialidade e sempre sen ter en consideración a percepción e opinión dos/as pacientes e usuarios/as. A realidade, non obstante, nada ou moi pouco ten que ver con esta imaxe prefabricada. Non imos ser nós os que deixemos de recoñecer o alto nivel profesional e vocación de servizo público do persoal sanitario, ao que cabe atribuír integramente a excelencia dos servizos especializados, pero tampouco imos deixar de denunciar o estado de deterioro no que se atopa aquela asistencia que afecta á calidade de vida do pacientes e á súa incorporación social en condicións de igualdade efectiva.

A atención especializada rehabilitadora é unha das áreas de intervención pública sanitaria na que se deixa ver o abandono asistencial de que son vítimas os/as pacientes e usuarios/as e o nivel de degradación das prestacións que reciben. Tamén é o ámbito onde se acredita o rotundo

fracaso do modelo asistencial vixente disgregado en “reinos de taifas”, descoordinado e desvinculado das necesidades integrais dos/as pacientes.

O dereito internacional, e especialmente a Convención sobre dereitos das persoas con discapacidade, ratificada polo reino de España o 13 de decembro de 2006, xa recoñeceu que a rehabilitación comeza na idade mais temperá posible e baséase nunha avaliación multidisciplinaria das necesidades e capacidades das persoas. Pois ben, esta definición a día de hoxe está ausente da normativa reguladora da carteira de servizos en materia de rehabilitación e tan só o Decreto galego do ano 2003, polo que se crea a Rede galega de atención temperá, recolle como un dos seus principios reitores a interdisciplinariade.

A **rehabilitación** foi definida pola OMS como “o uso de todos os medios dispoñibles, co obxectivo de reducir o impacto da discapacidade e das enfermidades que a producen, permitíndolles ás persoas alcanzar unha integración óptima na sociedade”. Esta definición incorpora a rehabilitación clínica pero tamén, moi importante, engade o concepto da participación social, requirindo o respaldo da sociedade para as necesidades das persoas con discapacidade, co fin de eliminar as barreiras que impiden a participación, xa sexa a nivel social ou profesional.

Segundo o libro branco europeo da rehabilitación, o proceso de rehabilitación nun contexto de saúde debe ser entendido como “un proceso de cambio activo, mediante o cal unha persoa discapacitada adquire os coñecementos e as habilidades necesarias para poder levar a cabo unha función óptima, a nivel físico, psicológico e social”.



Polo tanto, o obxectivo xeral da rehabilitación é permitirlles ás persoas con discapacidade levar a vida que eles desexen, a pesar das inevitables restricións que poidan derivar da súa enfermidade ou lesión.

A rehabilitación é unha actividade multiprofesional, que depende da boa comunicación entre os profesionais implicados, así como das súas habilidades individuais. Os equipos de rehabilitación representan moito máis ca un simple grupo de profesionais da sanidade e cada individuo traballa dentro do grupo como parte dun equipo multiprofesional, comprendendo o papel e o valor que realizan cada un dos outros compañeiros. O equipo traballa tanto coa persoa con discapacidade como tamén coa súa familia, establecendo obxectivos para levar a cabo un tratamento apropiado, realista e oportuno, dentro do conxunto global do programa de rehabilitación.

Os equipos de rehabilitación desenvolven a súa actividade nos distintos niveis de atención, tanto na Atención Primaria como na especializada. Os equipos de Atención Primaria, coñecidos como equipos de rehabilitación básica, ofrecen servizos de educación, prevención e rehabilitación de carácter ambulatorio en distintos tipos de patoloxías, tanto agudas como crónicas. Os equipos de Atención Especializada, ademais de dirixir a súa actuación no ámbito da hospitalización, gozan dun maior grao de especialización, o que lles permite abordar patoloxías de carácter máis complexo. Dentro do ámbito da atención especializada poden, xa que logo, formarse equipos de rehabilitación específicos de determinadas patoloxías, como é o caso das Unidades de Lesionados

Medulares, as Unidades de Neurorrehabilitación ou as Unidades de Rehabilitación Cardíaca.

Se o recoñecemento legal do carácter multidisciplinario da rehabilitación é marxinal e irrelevante, na realidade este principio está ausente da práctica asistencial rehabilitadora. Os xestores políticos do sistema resístense a poñer en marcha un cambio no modelo de atención e a dotar os recursos que garantan os estándares de calidade e a creación dos equipos de avaliación multidisciplinaria. As políticas de austeridade seguidas desde o ano 2012 batan directamente co recoñecemento deste dereito e están a producir un drama humano e social oculto de graves consecuencias para amplas capas da poboación e un impacto negativo sobre arcas públicas. Cada vez que os criterios de xestión e orzamentarios priman sobre os criterios clínicos, aténtase directamente contra a calidade asistencial e prodúcese un dano irreparable aos pacientes que ven limitada a súa autonomía persoal, minoradas as súas capacidades de integración social e laboral e que, por falta de atención adecuada, sofren cadros clínicos cuxo tratamento vai requirir un maior custo ao conxunto do sistema. En nome da eficiencia, cuxa nota esencial é o aforro de recursos na consecución dos obxectivos, estase facendo insostible o sistema público de saúde, cada vez con maior presión por parte dunha poboación mal atendida, a pesar de ser titular dun dereito universal. Os pacientes non rehabilitados son as vítimas principais e directas dunha mutilación persoal, física e psicolóxica, pero non as únicas. O conxunto da sociedade vese afectado por ter que soportar un custo económico, humano e social que ten a

súa orixe no anormal funcionamento dos servizos sanitarios de rehabilitación e nas políticas de austeridade.

Segundo datos publicados pola Consellería de Política Social da Xunta de Galicia no ano 2017, as persoas diagnosticadas con discapacidade eran 308.506, das cales 172.958 tiñan unha discapacidade física, 135.688 padecen discapacidade intelectual, mental ou sensorial e 220 estaban diagnosticadas con enfermidades raras. O 11,40 por 100 da poboación galega está afectada con algún grao de discapacidade e, xa que logo, por distintos niveis de discriminación. A esta cifra habería que engadir o amplísimo colectivo de persoas que, por vínculos familiares ou afectivos, axuda a estes pacientes a mellorar as súas capacidades, suplindo as funcións asistenciais do sistema e padecendo o denominado “síndrome da/o cuidadora/or”. A dimensión do drama humano ao que nos enfrontamos indica a desproporción existente entre as necesidades de atención e os recursos aplicados.

O documento que segue a continuación ten como finalidade ser un instrumento de denuncia da situación do servizo de rehabilitación integral da área sanitaria de Santiago de Compostela –Barbanza, e pretende abrir un debate social sobre as graves deficiencias dun servizo testemuñal e sen impacto efectivo sobre o proceso de rehabilitación da gran maioría da poboación afectada que, por este motivo, se ve obrigada a acudir aos servizos externos privados, buscando unha maior e máis intensa atención terapéutica, e soportando así unha nova discriminación por razón da doenza con vulneración do principio de equidade no acceso.

Todas as entidades que asinamos este documento acadamos un gran consenso: sen dotación de persoal especializado seguiremos tendo un simulacro de servizo de asistencia rehabilitadora. Son precisos máis logopedas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, persoal especializado en psicomotricidade, neurorehabilitadores e traballadores sociais, integrados en equipos de atención multiprofesional e interdisciplinaria. Son precisos máis recursos orzamentarios porque, sen eles, os dereitos recoñecidos son unha mera declaración formal e unha fraude de dimensións colosais.

## II. Rehabilitación e fisioterapia da persoa amputada

(Delegación de Galicia da Asociación Nacional de Amputados de España)

Os/as pacientes que fomos vítimas dunha amputación padecemos, ademais das consecuencias derivadas da propia amputación, secuelas invalidantes engadidas que teñen que ver con trastornos neurolóxicos, sensoriais ou psicolóxicos. Galicia conta co 10,86 por 100 da poboación que padece algunha incapacidade, física ou cognitiva, e que ten graves problemas de integración social e laboral, agravados en época de crise económica. Por iso as políticas públicas teñen que abarcar diversos niveis de actuación que supriman as barreiras levantadas pola mutilación física e que permitan aplicar o principio de igualdade, garantindo un tratamento distinto aos que estamos en situación diferente.

O tratamento da persoa amputada é interdisciplinario e integral e, polo tanto, debe contar cos apoios asistenciais durante todo o proceso de psicólogos clínicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que lle faciliten o seu proceso de reinserción social e restablezan a súa autonomía persoal.

## 1. Diagnóstico da situación

De acordo cos datos publicados na páxina web do CHUS, esta área sanitaria conta con 30 **fisioterapeutas** ambulatorios para un total de 396.494 habitantes asignados, o que supón un rateo de 7,56 fisioterapeutas por cada 100.000 habitantes (esta proporción no ano 2013, a nivel de todo o estado, é de 10 profesionais) e de 1 fisioterapeuta por cada 14.441 habitantes. O número de fisioterapeutas do Hospital Clínico, Provincial de Conxo e Gil Casares é de 13, cunha proporción por cada 100.000 habitantes do 3,27 fisioterapeutas. En canto a **terapeutas ocupacionais**, a área sanitaria conta cun total de 7 (5 en saúde mental e 2 en atención temperá) cunha proporción de 1,53 terapeutas por cada 100.000 habitantes. Esta é a única área sanitaria que non conta con este tipo de profesional para rehabilitación física, a pesar da transcendencia que ten este tipo de atención especializada para pacientes con patoloxías osteoarticulares e traumáticas. As listas de espera para consultas externas para atención rehabilitadora, publicadas na páxina web do SERGAS o 31/12/2016, reflicten un total de 1.440 pacientes e non existen datos sobre as demoras para o inicio do tratamento rehabilitador.

As demoras en rehabilitación física supoñen graves consecuencias para os/as pacientes. Tratamentos rehabilitadores que deben comezar na propia planta hospitalaria despois dunha amputación, que deben manterse durante un prazo de 6 semanas antes da colocación da prótese e continuar durante 8 semanas, como mínimo, despois da súa colocación, redúcense a un

mes ou mes e medio e nalgún caso a tan só 15 días, ou denégaselle esta rehabilitación e déixase sen protetización, o que provoca un uso incorrecto da prótese e dá lugar, en moitos casos, a patoloxías sobrevidas e a unha demora inaceptable no noso proceso de inserción social e laboral. Non contar con ningún terapeuta ocupacional supón unha clara discriminación por razón de residencia, contraria ao principio de universalidade e equidade que preside o noso sistema público de saúde, e implica graves consecuencias para os pacientes na calidade asistencial recibida, xa que quedarían áreas importantes sen abordar.

O tratamento psicolóxico é practicamente inexistente, a pesar da importancia que ten para facilitar o proceso de adaptación do paciente ás súas novas circunstancias e dotalo a el e ao seu ambiente familiar máis próximo dos instrumentos mentais e de actitude necesarios para afrontar os novos retos vitais e materiais ante os que se vai a atopar.

## **2. Necesidades que garantan un tratamento digno e unha efectiva reinserción social e laboral da persoa amputada.**

Antes de calquera amputación,precísase a atención dun equipo interdisciplinario composto por profesionais especialistas en fisioterapia, en terapia ocupacional e en psicoloxía clínica para a atención ao/a paciente e á familia, un traballador/a social e un/nha ortopédico/a que para abordar todas as necesidades durante todo o tratamento (apoio psicolóxico, asesoramento, tratamento rehabilitador).

Despois da amputación, o/a paciente debe ser tratado/a por un/unha fisioterapeuta e un profesional da terapia ocupacional para tratar a cicatriz, desensebilizar o toco ("muñón"), corrección postural, mantemento da mobilidade articular proximal e fortalecemento da musculatura residual, control das sensacións do membro fantasma, adestramento en actividades (unimanuais ou unipodais), conservar a bilateralidade (en amputacións de membros superiores) e mellorar a independencia das actividades da vida diaria ante esta nova situación, facendo ao/á paciente parte activa nas súas actividades de autocoidado coa integración do "muñón" nas mesmas.

Unha vez o toco ("muñón") estea ben musculado e listo para a protetización, o/a terapeuta ocupacional e o/a técnico ortopédico inician o tratamento na fase protésica abordando a colocación e coidados da prótese, e o adestramento da prótese en canto a tolerancia, destreza e desempeño de actividades da vida diaria.

Despois da amputación, o/a paciente debe ser tratado por un equipo no que exista unha adecuada coordinación dende o primeiro momento e que teña en conta as fases polas que pasa a persoa (fase cirúrxica, fase preprotésica e fase protésica) e os profesionais que interveñen (traumatólogo, médico rehabilitador, psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, traballador social e técnico ortoprotésico), evitando así a interrupción do tratamento, garantindo o tempo de duración mínimo e máximo que pode levar o tratamento rehabilitador, e, o que é o máis importante, cubrindo todas as necesidades da persoa, ofrecendo para iso unha calidade asistencial básica.



Debe facerse pública a información sobre as lista de espera para o inicio do tratamento rehabilitador, coa finalidade de dar cumprimento ao principio de transparencia e para que os/as pacientes poidamos determinar se estamos sendo obxecto dun novo trato discriminatorio contrario á normativa sanitaria. Actualmente, as persoas amputadas desta área sanitaria padecemos tempos longos de demora que non se axustan ás nosas necesidades como pacientes que precisamos rehabilitación inmediata e que traen graves consecuencias, en moitos casos con efectos irreparables.

Para acadar o tratamento descrito, resulta totalmente imprescindible aumentar o número de fisioterapeutas ambulatorios ata acadar como mínimo a proporción existente a nivel de estado por cada 100.000 habitantes e dotar a especialidade de terapeutas ocupacionais para a rehabilitación física no número de posto necesarios para atender a demanda existente. Debe dotarse o servizo da necesaria atención psicolóxica, ampliando o cadro destes profesionais nos postos de traballo ata que resulte suficiente para atender o conxunto da demanda, e incluíndo este tipo de atención na oferta asistencial equiparable a calquera outra asistencia de carácter físico.

Finalmente, debemos reclamar unha maior dotación de fisioterapeutas para a unidade de linfedema, secuela derivada da cirurxía, e solicitar a incorporación do/a terapeuta ocupacional nestas unidades para o asesoramento e abordaxe nas actividades da vida diaria, así como para a reeducación das condicións de vida que favorezan o desempeño ocupacional significativo para a persoa, a través da revaloración dos roles ocupacionais que desempeña.



### **III. A necesidade de rehabilitación integral e interdisciplinaria das persoas con epilepsia.**

(Unión Galega de Epilepsia)

O correcto funcionamento do servizo de rehabilitación é imprescindible para todos/as os/as doentes, pero adquire unha grande importancia no caso das persoas con epilepsia, debido ao dano neurolóxico sufrido a consecuencia das crises. Este dano neurolóxico pode localizarse en zonas motoras ou premotoras, da linguaxe e outras funcións cognitivas (memoria, habilidades executivas, etc.).

Polo tanto, é imprescindible que o servizo sexa integral, global e, en consecuencia, multidisciplinario, debido a que a rehabilitación é necesaria en numerosas áreas e non simplemente a nivel muscular. Así pois, serían necesarios outros profesionais como:

- Terapeutas ocupacionais, para rehabilitar as persoas nas áreas de ocupación (actividades básicas da vida diaria, actividades instrumentais da vida diaria,

descanso e sono, educación, traballo, xogo, ocio e tempo libre e participación social).

- Psicólogos/as clínicos/as, para minimizar as consecuencias do dano e dotar de estratexias de afrontamento e así mellorar a calidade de vida, así como prever outras patoloxías.
- Logopedas, para tratar os aspectos relativos á linguaxe.
- Traballadores/as sociais, para proporcionar un asesoramento respecto á situación na que se atopan as persoas en cada situación.

Debido ás deficiencias e carencias do servizo, moitos/as doentes non poden acceder a el, incluso cando lles resulta necesario.

Na actualidade, as persoas con epilepsia non son derivadas aos profesionais que precisarían. Ao tratarse dunha enfermidade neurolóxica crónica, e no 30% dos casos resistente ao tratamento farmacolóxico, leva consigo un desgaste e un sufrimento que require de atención psicolóxica. Dende UGADE, temos constancia de que non se están derivando os doentes aos servizos de Atención Psicolóxica, sendo una necesidade esencial que repercute de xeito moi negativo nas persoas con epilepsia e nas súas familias.

No caso de persoas con epilepsia que sofren caídas, non son derivadas a este servizo, polo que deben recorrer en numerosas ocasións a profesionais pola súa conta. Polo tanto, o incorrecto funcionamento do servizo está a

provocar repercusións moi negativas na vida dos doentes e das súas familias, como:

- Non poder acceder ao servizo en situacións necesarias.
- Repercusións económicas para as familias por ter que acudir a profesionais privados.
- Gran perda de tempo por non estar os servizos centralizados e ter que depender de especialistas para derivar.

Sería de grande utilidade que o servizo de rehabilitación ofertase tamén neurorehabilitación para a recuperación do sistema nervioso tras lesións neurolóxicas, o que axudaría a minimizar e compensar as alteracións funcionais.

Tamén sería imprescindible adaptar o servizo a determinados colectivos, tendo en conta as características de cada un deles:

- Infancia.
- Terceira idade.
- Persoas con diversidade funcional.

Pero, sobre todo, queremos remarcar a especial importancia do traballo interdisciplinario, fundamental para a rehabilitación integral das persoas. E consideramos isto unha das grandes carencias que afectan directamente aos/ás pacientes.



## **IV. As persoas con dano cerebral adquirido e as carencias en rehabilitación integral.**

(Asociación de Dano Cerebral de Compostela –Sarela)

As **persoas con Dano Cerebral Adquirido (DCA)** deben contar cunha rehabilitación integral que reduza, mellore e/ou a devolva, na medida do posible, á situación anterior á lesión sufrida. É un dereito para a persoa e é unha obriga para a administración.

O progreso na medicina neste campo vai cara a salvar a vida, reducir as consecuencias, as secuelas da lesión... Existe, sen dúbida, unha alta especialización en Neurocirurxía, Neuroloxía, Cardioloxía,... O sistema sanitario e/ou os profesionais apostan por isto, pero non ocorre o mesmo tras esta primeira intervención. Aínda habendo unha especialización tamén na parte “rehabilitadora”, nin o sistema sanitario a cobre debidamente nin todos os profesionais, sobre todo os que exercen as Xefaturas de Servizo, pelexan por un servizo que estas persoas precisan e ás que teñen dereito.

É unha evidencia a diferenza existente nas diferentes áreas de actuación do Servizo Galego de Saúde, e que, por tanto, discrimina as persoas con DCA dependendo de onde vivan. Son exemplos claros a existencia ou non de: Unidade de DCA ou Unidade de ictus, Terapia Ocupacional, Psicoloxía Clínica, etc.

Tamén é máis que evidente a existencia en toda a bibliografía científica, estudos, recomendacións do Defensor del Pueblo, Sociedades e Colexios Profesionais, OMS...da necesidade de atender o DCA dun determinado xeito. Citaremos como exemplos:

- Debe **iniciarse o antes posible e continuadamente**, entre os dispositivos existentes. Non se xustifican as listas de espera máis alá do razoable, nin os cortes por vacacións, baixas laborais, nin por espera de ambulancia, obras, ou novas prioridades inxustificadas.
- Debe ser **integral e interdisciplinario**. A persoa con DCA vai ter secuelas motoras, sensorias, cognitivas e condutuais. Por qué o sistema sanitario non progresa tamén cara á existencia de Unidades de Rehabilitación/DCA onde o equipo de rehabilitación básico conte ademais da Medicina Rehabilitadora e Fisioterapia, de Logopedia, Terapia Ocupacional, Psicoloxía Clínica e Traballo Social? Que poidan traballar conxuntamente e coordinarse oportunamente no beneficio da persoa e a súa familia.
- Débese atender á **Saúde Mental** da persoa con DCA e a súa familia. Para iso é fundamental a coordinación



con Psicoloxía Clínica e Psiquiatría, tanto en Especializada como en Primaria. O beneficio redonda nun menor custo sanitario posterior. A información, acompañamento e intervención cando sexa preciso, evita e reduce trastornos emocionais futuros, que requirirán máis intervención no tempo e/ou tratamento farmacolóxico.

- Débese atender a **todas as persoas**, independentemente da súa idade, ou do prognóstico que os profesionais infiren, moitas veces, sen evidencia científica. Todas as persoas, todas, van recuperarse en menor ou maior medida dos danos iniciais. Un profesional non pode decidir o que é importante para a persoa, nin destruírle a esperanza. Para iso débese intervir, con rehabilitación, con recomendacións, con seguimentos de primaria,...Tras a alta, moitos dos profesionais que prognostican a non recuperación non volven ver eses pacientes/patoloxías que atenden. Xa que logo, cal é a experiencia e coñecemento real que teñen sobre a recuperación de lesións?
- Débese **abandonar unha visión pesimista** de recuperación arredor das persoas maiores. Non están sendo atendidas debidamente, o que é inxusto e discriminatorio.
- Débese **realizar a rehabilitación máis alá do mercado** en manuais/protocolos de conveniencia profesional e/ou política. As persoas que melloran nos primeiros meses seguen mellorando ata 2-3 anos despois, se teñen a oportunidade.

- Debe haber un **responsable de caso**, que seguise a persoa dende o inicio e que servirá de enlace á alta con Atención Primaria e outros recursos e/ou dispositivos sanitarios.

### **Situación actual na atención ás persoas con DCA no CHUS**

- Algunhas persoas reciben a alta hospitalaria sen recibir información sobre a rehabilitación que precisan. Así, existe unha perda de oportunidade na posible recuperación que puidesen ter.
- De recibir información ou marchar con interconsultas e citas programadas, só serán de fisioterapia e logopedia. Están obviadas as secuelas cognitivas e condutuais, presentes na maioría das persoas.
- O tempo de espera de fisioterapia reduciuse moito no último ano, aténdese a máis persoas e durante máis tempo. É un risco calquera cambio que se produza e que empeore esta mellora. Aínda así, en ocasións prodúcese certo retraso no inicio, por espera de ambulancia. Non son atendidas todas as persoas que se deberían atender, porque xa non chegan a ser derivadas polo especialista.
- A lista de espera de logopedia está fóra das marxes de recuperación máis significativa para unha persoa. Cando a persoa inicia o tratamento só pode ser ½ hora a sesión. Agrávase a situación no abandono ante problemas de disfagia/deglutición.
- O número de fisioterapeutas e logopedas é inxustificadamente insuficiente. Así como a inexistencia de profesionais da Terapia Ocupacional e

Psicoloxía Clínica, e que formarían parte do Servizo de Rehabilitación. É inaudito este dato nun hospital de referencia estatal en determinadas patoloxías neurolóxicas como Párkinson, ELA, Epilepsia,...

- Hai derivación a hospitais privados con cargo ás Xerencias de cada hospital, onde descoñecemos cal é o criterio de derivación, para poder optar máis persoas a el. Tamén estamos en desacordo cos tempos de intervención, insuficientes e sen recurso intermedio á alta cando se precisa hospitalización.
- Hai un Proceso Asistencial do DCA iniciado e interrompido que, con tempo, recursos, vontade e boa coordinación resolvería case toda a problemática exposta para o DCA e para outras patoloxías/discapacidades, xa que se iniciaría un modelo de traballo e unha filosofía onde os egos persoais e as competencias entre servizos non primarían sobre o interese fundamental, que é o/a paciente-persoa cunha vida salvada, pero sen poder continuar vivindo do mellor xeito posible por falla de prioridade e vontade política.

**É, por todo isto, que instamos á Xerencia do CHUS a impulsar unha rehabilitación integral e multidisciplinaria que procure unha mellor atención, con maior calidade e, por suposto, unha mellor coordinación.**



## **V. A alarmante carencia de fisioterapeutas, un síntoma da deterioración da calidade asistencial.**

(Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia)

### **1. Marco legislativo e función do fisioterapeuta**

O artigo 7.2. b) da Lei 44/2003, de 21 de novembro, de Ordenación das Profesións Sanitarias establece que aos fisioterapeutas lles corresponde *“a prestación dos cuidados propios da súa disciplina, a través de tratamentos con medios e axentes físicos, dirixidos á recuperación e rehabilitación de persoas con disfuncións ou discapacidades somáticas, así como á prevención destas”*.

En desenvolvemento e concordancia co previo, o artigo 2.2 do Real Decreto 1001/2002 polo que se aproban os Estatutos Xerais do Consello Xeral de Colexios de Fisioterapeutas (CGCFE) determina que *“Son funcións dos fisioterapeutas, entre outras, o establecemento e a aplicación de cantos medios físicos poidan ser utilizados con*

*efectos terapéuticos nos tratamentos que se prestan aos usuarios de todas as especialidades de medicina e cirurxía onde sexa necesaria a aplicación dos devanditos medios, entendéndose por medios físicos: a electricidade, a calor, o frío, a masaxe, a auga, o aire, o movemento, a luz e os exercicios terapéuticos con técnicas especiais, entre outras, en cardiorrespiratorio, ortopedia, coronarias, lesións neurolóxicas, exercicios maternais pre e posparto, e a realización de actos e tratamentos de masaxe, osteopatía, quiropraxia, técnicas terapéuticas reflectas e demais terapias manuais específicas, alternativas ou complementarias afíns ao campo de competencia da fisioterapia que poidan utilizarse no tratamento de usuarios”.*

Coinciden igualmente co sinalado, determinando as competencias propias ou adquiridas polos fisioterapeutas, a Clasificación Internacional de Enfermidades CIE-9 no apartado de Procedementos en Fisioterapia e a Orde CIN 2135/2008 do 3 de xullo, que establece os requisitos para a verificación dos títulos universitarios oficiais que habilitan para o exercicio da profesión de fisioterapeuta.

**Paralelamente ao previo resultan de aplicación:**

**a) Para o ámbito da atención temperá:**

- Dun lado, o Real Decreto 183/2013, do 5 de decembro, polo que se crea a Rede galega de atención temperá que, en conxunto e en particular a través dos artigos 1, 4, 6, 7, 9 e a disposición adicional segunda, vén establecer que a intervención dos equipos deberá ser interdisciplinaria, que existirán necesariamente apoio e estimulación sanitarios e que terá que crearse un protocolo de desenvolvemento.

- Doutro lado, o Protocolo de coordinación, intervención e derivación interinstitucional en atención temperá, que recolle os obxectivos e funcionamento das Unidades de Atención Temperá Hospitalaria, así como a súa composición, quedando reflectida a participación do/a fisioterapeuta nelas. *Así, por exemplo, fíxase que na Unidade de Atención Temperá do C.H.U. Santiago de Choupana s/n, existen dous/dúas fisioterapeutas.*
- Por último, o Proceso asistencial integrado de Atención temperá, que determina as funcións e intervención terapéutica do fisioterapeuta na atención temperá.

Literalmente determínanse:

\*Como funcións dos/as fisioterapeutas, ao Anexo A1:

- *Identificar os déficits funcionais da postura e movemento do/a neno/a para actuar sobre eles.*
- *Aplicar terapias físicas ou métodos específicos co obxectivo de modificar os patróns alterados e substituílos por patróns normais.*
- *Buscar a máxima normalización do ton muscular e do desenvolvemento motor do/a neno/a.*
- *Adestrar no uso de órteses e axudas técnicas para a deambulación.*
- *Estimular a normalización da función cardiorrespiratoria.*
- *Potenciar a autonomía e independencia do neno coa máxima funcionalidade”.*

\*Como ámbito de intervención terapéutica dos/as fisioterapeutas, ao apartado 5.5:

- *Recepción e información sobre a organización da terapia.*
- *Análise dos rexistros procedentes do equipo diagnóstico da UATH.*
- *Valoración de fisioterapia e establecer obxectivos que serán revisados regularmente.*
- *Deseñar o plan de intervencións de fisioterapia coordinado co resto do equipo.*
- *Aplicación de técnicas convencionais e técnicas específicas de fisioterapia infantil dirixidas a:*
  - *Facilitar o desenvolvemento motor do/a neno/a mediante o estímulo de patróns normais de movemento acordes á súa maduración neurolóxica para conseguir a máxima funcionalidade e independencia:*
    - *Adquisición dun axeitado control postural e coordinación muscular.*
    - *Manter a mobilidade articular e favorecer a normalización do ton muscular evitando no posible a aparición de deformidades neurortopédicas.*
    - *Activar a función cardiorrespiratoria.*
    - *Adestrar no uso de órteses e axudas técnicas para a deambulacón.*
- *Informar e adestrar a familia para o cumprimento das recomendacións no domicilio.*



- *Participar nas reunións do equipo da UATH.*
- *Participar na elaboración do informe de alta (coidados de fisioterapia).*
- *Participar na elaboración de protocolos asistenciais de Fisioterapia baseados na evidencia científica e no fomento das actividades que dinamicen a investigación.*
- *Colaboración co ámbito educativo e servizos sociais a través do protocolo proposto.*
- *Rexistrar en IANUS a actividade realizada e a evolución observada ao longo da terapia.*

***b) Para o ámbito de atención primaria:***

O Real Decreto 1030/2006, de 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización. Segundo o quinto apartado do Anexo II, *“a rehabilitación básica comprende as actividades de educación, prevención e rehabilitación que son susceptibles de realizarse no ámbito de atención primaria, en réxime ambulatorio, previa indicación médica e de acordo cos programas de cada servizo de saúde, incluíndo a asistencia domiciliaria, se se considera necesaria por circunstancias clínicas ou por limitacións na accesibilidade. Inclúe: Prevención do desenvolvemento ou da progresión de trastornos musculoesqueléticos; tratamentos fisioterapéuticos para o control de síntomas e mellora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos; recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves; tratamentos fisioterapéuticos en trastornos neurolóxicos;*

*fisioterapia respiratoria; orientación ou formación sanitaria ao/á paciente ou cuidador/a, no seu caso”.*

A Guía Técnica de Abordaxe de disfuncións do solo pelviano feminino<sup>1</sup>, que tras a anamnese e a exploración clínica polo/a fisioterapeuta, determina a aplicación de tratamento de fisioterapia con técnicas de reeducación funcional, concretamente, con técnicas: *“de reeducación postural e da estática da columna lumbo-pelviana; miofasciais abdominais, pelvianas e perineais; articulativas da pelve; de regulación do hipertón e técnicas de masaxe perineal externo e interno; manuais endocavitarias de tonificación e fortalecemento dos músculos do solo pelviano; de biorretroalimentación para a reeducación funcional dos músculos do solo pelviano; internas e externas de electroterapia do solo pelviano; de termoterapia e crioterapia perineal; de ultrason e láser na zona perineal”.* Expón tamén *“o tratamento con dispositivos endocavitarios e exercicios funcionais para reeducar a propiocepción e coordinación dos músculos do solo pelviano e técnicas de integración do solo pelviano nas AVD”.*

***c) Para o ámbito de atención especializada:***

Novamente, o Real Decreto 1030/2006 determina no apartado 8 do Anexo III que *“a rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable comprende os procedementos de diagnóstico, avaliación, prevención e tratamento de pacientes con déficit funcional, encamiñados*

---

<sup>1</sup>A Guía técnica foi elaborada por un amplo grupo interdisciplinario de traballo de todas as EOXI en 2016 e, aínda que está publicada como parte dos recursos do propio SERGAS na web institucional, o certo é que non consta numerada coma se estivese en vigor.

*a facilitar, manter ou devolver o maior grado de capacidade funcional e independencia posible ao paciente, co fin de reintegralo no seu medio habitual. Inclúese a rehabilitación das afeccións do sistema musculoesquelético, do sistema nervioso, do sistema cardiovascular e do sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que teña relación directa con proceso patolóxico que estea a ser tratado no Sistema Nacional de Saúde e métodos técnicos (ortopróteses, reguladas no anexo VI da carteira de servizos comúns de prestación ortoprotésica)”.*

## **2. Situación actual da fisioterapia no Hospital Universitario de Santiago de Compostela**

A zona destinada á fisioterapia do C.H.U.S. vaise dedicar a outros usos, distintos da fisioterapia.

A nova localización vai supor unha considerable diminución do espazo, partindo de que a actual sala de fisioterapia se caracteriza por unha escaseza de recursos materiais e humanos. Este Servizo contou e conta unicamente con 4 fisioterapeutas e, tendo en conta que o C.H.U.S. é un hospital de referencia, considérase un número moi escaso. Está máis que demostrado que a fisioterapia aplicada ao/á *paciente hospitalario/a* reduce o número de días de ingreso, así como a mellora de diversas complicacións asociadas ao ingreso prolongado.

Tamén destacar que, desde hai anos, este Servizo xa sufriu a redución nos seus espazos, ao transformar o denominado “ximnasio infantil” en zona de Rehabilitación Cardíaca. Desde

ese momento, estanse tratando os/as nenos/as no mesmo espazo físico que as persoas adultas ingresadas.

Este novo cambio de localización traducirase en máis zona de tránsito e menos espazo útil, o cal vai dificultar a colocación do material e mobiliario necesario para realizar de maneira axeitada o traballo de fisioterapeuta. Por outro lado, a porta de acceso ao “ximnasio” vai estar situada nun corredor xeral, o cal ten máis inconvenientes que vantaxes, xa que repercutirá negativamente na CALIDADE ASISTENCIAL.

### **3. Demandamos:**

Cumprir coas ratios establecidas pola OMS, onde se recomenda a presenza de 1 fisioterapeuta cada 1.200 habitantes, o que queda moi lonxe cos 4 fisioterapeutas presentes no Hospital Universitario de Santiago de Compostela.

A necesidade de creación e posta en marcha de máis unidades de linfedema. A fisioterapia demostrou ser efectiva en pacientes con este tipo de patoloxía, ademais de existir unha clara evidencia científica para avaliar e xustificar o investimento que supoña.

O criterio de prescrición de rehabilitación exclúe, entre outros, os/as pacientes con patoloxía crónica, aínda que está máis que demostrada a efectividade da atención de fisioterapia en pacientes deste grupo, sendo ademais un dos puntos fortes do desenvolvemento da nosa profesión e da mellora da calidade asistencial das persoas afectadas.

## **VI. A Intervención do/da Traballador/a Social na atención temperá.**

(Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia)

O proceso de atención temperá establécese en ámbitos perfectamente definidos de actuación do traballo social: Información aos pais/nais, coordinación coas asociacións de axuda mutua e a mellora da accesibilidade aos recursos.

Así mesmo, destaca especialmente a necesidade de coordinación da traballadora social coa unidade de neonatoloxía, en atención especializada, e coa de pediatría, en atención primaria de saúde.

No proceso de atención temperá podemos encontrar recollida a intervención do/a traballador/a social nos seguintes ámbitos:

- Detección do risco social
- Control do embarazo
- Controis de saúde no neonato e posnatal
- Promoción de vínculos de apego
- Asistencia neonatal a nenos/as en risco
- Tratamentos de trastornos psicopatolóxicos

Unha vez derivado o caso ao/á traballador/a social, este/a deberá realizar a oportuna valoración social do caso e emitir un informe ao respecto, activando cantos recursos estean ao seu alcance e, no seu caso, derivando ou coordinando actuacións co resto das institucións que puidesen estar involucradas na intervención: Servizos sociais, servizo de menores, centros educativos...

## **1. Libro branco de atención temperá**

O equipo dos CDIAT será multiprofesional, de carácter interdisciplinario e de orientación holística, considerando que a intervención abarca aspectos *intrapersoais*, biolóxicos, psíquicos, sociais e educativos, propios de cada individuo, e *interpersoais*, relacionados coa súa propia contorna, como son a familia, a escola e a cultura.

**O equipo estará constituído por especialistas en Atención Temperá procedentes do ámbito médico, psicolóxico, educativo e social.**

A formación dos profesionais, ademais da titulación propia, será específica en intervención temperá, obtida mediante ciclos formativos de posgrao. A formación continua é un requisito imprescindible no labor desempeñado como membro do equipo.

## **2. Prevención primaria e secundaria**

As funcións dun CDIAT inclúen os labores de **sensibilización, prevención e detección.**

O centro de Atención Temperá colaborará coas institucións, asociacións e con outros profesionais da zona na elaboración de programas que teñan como obxectivo a sensibilización da poboación en xeral en aspectos de prevención relacionados co desenvolvemento infantil.

#### a) Programas dirixidos a familias e futuros pais

Englóbanse aquí todas aquelas actividades dirixidas a proporcionar unha mellor información e orientación ás familias e á sociedade en xeral, co fin de evitar a aparición de desviacións do desenvolvemento normal do neno:

- Programas de sensibilización dirixidos á poboación en idade fértil. Embarazos en adolescentes e embarazos en poboacións que se identifiquen como de alto risco.
- Programas de información sobre o desenvolvemento normal do neno a familias e futuros pais nos centros de atención primaria (centros de saúde e planificación familiar), centros de servizos sociais, garderías e escolas infantís.

#### b) Programas dirixidos a profesionais

Estes programas pretenden ofrecer a aqueles profesionais que están nunha situación de privilexio pola súa relación cos pais una información operativa. O obxectivo é que eles poidan ser os primeiros axentes de promoción da saúde e da educación do neno, así como de detección de posibles alteracións no desenvolvemento normal. Estarán dirixidos a:

- Profesionais da saúde
- Profesionais de servizos sociais
- Profesionais da educación infantil

### **3. Prevención terciaria**

A intervención planificarase e programarase de forma individual, considerando as necesidades e posibilidades de cada neno/a en cada área do desenvolvemento, a situación e as posibilidades da súa familia e as do medio escolar. O programa deberá incluír a temporalización dos obxectivos, a modalidade metodolóxica e a avaliación dos obxectivos propostos ou do resultado da aplicación do programa.

A intervención no centro de Atención Temperá iníciase cando se recibe a solicitude por parte da familia ou por parte de calquera outro profesional ou institución. Esta intervención consta de diferentes momentos: valoración inicial, intervención terapéutica, seguimento e control e derivación.

#### a) Proceso de valoración inicial

O proceso de valoración inicial supón un estudo global e en profundidade do desenvolvemento do/a neno/a, da súa historia individual e familiar e do seu contorno.

Para realizar dun xeito adecuado e completo a valoración precisarase a colaboración dos profesionais das diferentes disciplinas que compoñen o equipo, así como a colaboración e coordinación das institucións que teñan derivado o caso, ou ben daquelas que participen en exploracións ou exames complementarios.

Na valoración inicial podemos distinguir estes catro momentos: a recollida de información, a avaliación do/a neno/a e o seu contorno, a elaboración de hipóteses diagnósticas, elaboración dun plan de intervención e entrevista de devolución á familia.



## 4. Servizos Sociais

Tendo en conta a importancia que ten o contexto social e as condicións do contorno na existencia dun déficit no desenvolvemento ou en risco de que se poida producir, os servizos sociais teñen unha función e unha responsabilidade clara, tanto nos programas de prevención como nas tarefas de detección, diagnóstico e intervención en todos aqueles casos que o requiran.

Os servizos sociais e os seus profesionais interveñen en todos e en cada un dos niveis de atención primaria, e a súa actuación en Atención Temperá considérase de vital importancia e realízase a través da promoción do benestar social das familias e da elaboración de programas de prevención e intervención.

### a) Promoción do benestar social das familias

As/os profesionais dos servizos sociais han de velar porque os procesos de xestación, adopción, crianza e socialización se realicen en condicións idóneas para o equilibrio emocional e adaptación cognitiva a esas tarefas, de maneira que os principios establecidos na Convención de Dereitos do Neno atopen reflexo na realidade. A Atención Temperá contribúe ao recoñecemento da importancia para o desenvolvemento infantil de factores coma os seguintes:

- A dedicación afectiva
- A suficiencia económica
- A estabilidade laboral
- A estabilidade das relacións familiares

- A participación en redes sociais
- A coherencia dos estilos educativos

A protección das primeiras relacións entre pais/nais e fillos/as debe ser unha prioridade social. Por isto fai falta afondar en medidas que, desde o respecto á diversidade cultural, animen, formen e faciliten aos pais/nais o exercicio das súas funcións e permitan conciliar a vida laboral e familiar mediante:

- a. A organización de novos espazos de intercambio e formativos para pais que sirvan como alternativa ao illamento e nuclearización da familia, redes sociais pre e posparto, escolas maternais para o coñecemento doutras experiencias, etc.
- b. O apoio ás administracións locais e ás entidades asociativas para a extensión e creación de novos recursos de acollemento temporal que faciliten, por un lado, a compatibilidade coa vida laboral e tamén co lecer para os pais e, por outro lado, as relacións entre os nenos e nenas facilitando a súa interacción e comunicación. Han de poñerse a disposición das familias que o precisen servizos como asistentes maternais, centros de día, axuda a domicilio, “canguros”, ludotecas, etc., estimulando a participación das redes familiares (avós, irmáns,...) e veciñais (familias cuidadoras) nas tarefas de apoio e coidado dos fillos/as.
- c. A revisión das prestacións sociais e económicas, das melloras fiscais e doutras medidas de apoio á crianza familiar han de contemplar:

- A ampliación dos permisos retribuídos de paternidade (días para acompañar á nai no momento do parto, para coidar os/as fillos/as se a nai e o/a neno/a teñen que permanecer no hospital, para reorganizar a vida familiar durante os dous primeiros meses de vida do/a neno/a, para o coidado temporal de nenos/as con enfermidades crónicas, para o coidado dos períodos de transición á escola ou gardería, a facilitación de situación de excedencia e redución da xornada para coidado do/a fillo/a ata os tres ou seis anos.
  - A ampliación das prestacións económicas por fillo/a, creando unha asignación ata os tres anos e un cadro de medidas de apoio económico aos servizos de acollemento temporal, incremento das reducións fiscais, etc.
- d. A educación e aproximación dos adolescentes ás realidades da crianza e a súa formación en criterios flexibles e equilibrados de relación. Esta educación deberá ter un perfil teórico pero sobre todo práctico, de achegamento á realidade dos nenos e nenas, de visita ás maternidades e escolas infantís espazos de diálogo temático, etc.
- e. A configuración do hábitat urbano e dos medios audiovisuais como espazos de diálogo social e a divulgación de boas prácticas de crianza.
- f. A promoción da igualdade ante as tarefas domésticas e a súa revalorización social.

- g. A oferta de vivendas dignas e suficientes.
- h. A integración e acceso de todos os nenos/as, incluídos os non residentes e transeúntes, nas medidas de protección social.

Todos estes son exemplos, entre outros, de liñas de orientación posibles para as políticas de protección das primeiras relacións. É aconsellable a elaboración, co máis amplo consenso político, dunha disposición con rango de lei na que se actualicen e determinen estas medidas xerais de protección.

#### b) Programas de prevención

A prevención primaria pode realizarse a través de intervencións (individuais ou grupais de apoio e soporte) dirixidas a contextos definidos previamente "con dificultade/risco social" así como a través de proxectos comunitarios dirixidos a promover o benestar e a saúde integral da primeira infancia.

Partindo dos indicadores de risco social, os programas de prevención secundaria terán como obxectivo a detección de situacións familiares e/ou de factores ambientais e sociais que poidan incidir na aparición de trastornos no desenvolvemento da poboación infantil ou a poñan en situación de risco.

De igual forma que na etapa anterior, estes obxectivos poderanse traballar a nivel individual ou a través de programas comunitarios en colaboración coas outras entidades o institucións.

Son programas dirixidos a colectivos sociais cuxa situación se identifica como un factor comprobado de risco para o desenvolvemento infantil e que por iso acentúa a necesidade de contar con importantes recursos de apoio á vida familiar, como a maternidade en situacións de adolescencia, indixencia, multiparidade, toxicomanías, illamento social, étnico ou cultural, violencia sociofamiliar, entre outros.

Nestas situacións acentúanse as necesidades de contar con recursos de apoio á vida familiar.

Os programas de prevención implican medidas de atención selectiva a colectivos de risco. En xeral, non se trata de crear liñas diferentes de protección á familia senón de incrementar as súas contías ou intensidade protectora, de facilitar a súa tramitación e de establecer un control máis rigoroso da súa utilidade e evolución. Trátase de estender os programas de salario social, de inserción sociolaboral, de educación familiar, de SAF, programas de respiro en familias de acollida e grupos específicos de pais/nais. É conveniente que os/as profesionais que traballan nestes programas desde os servizos sociais de base ou especializados das diferentes administracións públicas, as entidades asociativas e os servizos de Atención Temperá, manteñan unha coordinación interinstitucional estable e regular para a achega de experiencias, formación e información recíprocos e, no seu caso, derivación por necesidade de intervención.

c) Programas de intervención temperá no ámbito psicosocial

Os obxectivos dos programas de intervención temperá no ámbito psicosocial diríxense a:

- a. A reconstrución e reorganización da familia de orixe se se valora como un obxectivo viable.
- b. A protección e acompañamento dos tránsitos cando se produce un proceso de disolución dos vínculos familiares ou a constitución doutros novos.
- c. A reinserción familiar, acollemento e/ou adopción.
- d. A protección e acompañamento dos/as nenos/as institucionalizados sen perspectivas e referencias familiares.
- e. A Atención Temperá de calquera trastorno do desenvolvemento que poida detectarse e a elaboración dos procesos de dó ou estrañamento social para pais/nais e fillos/as.

A esixencia dunha intervención temperá en nenos/as entre 0 e 6 anos que padezan situacións de crise familiar atopa soporte na evidencia de que, para un neno/a, vivir a experiencia familiar resulta un compoñente decisivo da súa organización simbólica e que a separación da súa estrutura familiar é un problema tan serio que só cabe admitila como unha circunstancia de tránsito.

A organización das actuacións de intervención temperá require:

- A constitución dos servizos sociais de atención primaria como lugar de referencia e detección destas situacións.

- A articulación dos servizos sociais de atención primaria cos equipos especializados de menores ou de infancia e adolescencia e saúde mental.
- A coordinación dos equipos de menores cos centros de Desenvolvemento Infantil e Atención Temperá para presentar un proxecto de intervención.

d) Diagnóstico e intervención social no equipo de atención temperá

A intervención do/da traballador/a social en Atención Temperá enmárcase dentro da atención global ao neno/a e á súa familia, colaborando como un membro máis do equipo multidisciplinario no seu tratamento e posterior integración e socialización na comunidade.

A partir da recollida de información socio-familiar poderá elaborar o diagnóstico social e establecer o plan de traballo e as estratexias necesarias que permitan axudar á familia a incorporar elementos de mellora que posibiliten un maior benestar ao neno/a, á súa familia e ao seu contorno.

Estas estratexias de intervención estarán dirixidas basicamente a:

- Activar e potenciar os recursos internos da propia familia.
- Introducir os recursos necesarios, externos á familia, en función da problemática do/a neno/a e o momento do seu ciclo vital.
- Orientar a familia sobre os medios legais e sociais existentes, facilitándolles o coñecemento dos

dereitos, servizos, prestacións económicas ou doutra índole e informándoas das condicións e forma de acceso a elas.

- Traballar a derivación da familia a outros servizos específicos cando esta non poida resolver por si mesma unha problemática concreta.
- Promover a coordinación con profesionais doutros ámbitos e institucións para poder traballar conxuntamente estratexias de intervención en casos e situacións concretas.



## VII. O abandono asistencial dos/as pacientes do servizo de atención temperá da EOXI de Santiago de Compostela

(Asociación de Pacientes e Usuarios do CHUS)

A **Atención Temperá** comparte os obxectivos de reducir o impacto da discapacidade, aínda que tamén busca previr a súa aparición. Así, no libro branco da atención temperá establécese que a Atención Temperá é o conxunto de intervencións, dirixidas á poboación infantil de 0-6 anos, á familia e ás persoas próximas, que ten por obxectivo dar resposta o máis pronto posible ás necesidades transitorias ou permanentes que presentan os nenos e as nenas con trastornos no seu desenvolvemento ou que teñen o risco de padecelos. Estas intervencións, que deben considerar a globalidade do/a neno/a, han de ser planificadas por un equipo de profesionais de orientación interdisciplinaria ou transdisciplinaria. Así, a atención temperá non actúa só sobre as situacións de discapacidade senón que actúa tamén de modo preventivo cando existen factores de risco.

O principal obxectivo da Atención Temperá é que os nenos e as nenas que presentan trastornos no seu desenvolvemento ou teñen risco de padecelos, reciban, seguindo un modelo que considere os aspectos bio-psico-sociais, todo aquilo que desde a vertente preventiva e asistencial poida potenciar a súa capacidade de desenvolvemento e de benestar, posibilitando da forma máis completa a súa integración no medio familiar, escolar e social, así como a súa autonomía persoal.

## **1. Negación da atención ou atención insuficiente.**

*Dificultade no acceso ao servizo de AT, valoracións positivas xenéricas que implican que «non é necesaria» a atención. Non se teñen en conta todas as circunstancias mencionadas no protocolo de AT.*

Desde hai tempo estamos padecendo a vulneración do noso dereito de acceso ao servizo e discriminación por circunstancias persoais, con quebra do principio de universalidade e de servizo público. Para negarnos o acceso alúdese a que o menor xa asiste a unha unidade privada ou a que a unidade do CHUS carece de medios suficientes para atender os/as pacientes que o precisan. Considérase que a unidade é complementaria dos servizos asistenciais prestados por entidades privadas, o que implica a quebra do principio de gratuidade e de equidade no acceso, xa que non todas as familias podemos pagar o custo da asistencia. Ante a falta de atención pública vémonos na obriga de ter que acudir a centros alternativos privados buscando unha mellor e máis intensa atención terapéutica.

**Ademais, de maneira xeral, a atención é insuficiente.** O servizo despacha as nosas necesidades asistenciais cunha hora semanal de fisioterapia e outra de terapia ocupacional, o que resulta unha frecuencia e intensidade claramente insuficiente e testemuñal. Cando os nosos fillos e as nosas fillas teñen a posibilidade de acudir a unha atención privada máis intensa, para suplir a carencia de atención da unidade, observamos unha mellora na súa evolución e, polo tanto, a intensidade no tratamento é esencial e clave para a mellora da súa autonomía persoal.

## **2. Falta de medios.**

*Tratamento insuficiente en moitos casos. Este tratamento insuficiente ou atención insuficiente está relacionado coa falta de espazo e de recursos humanos e materiais.*

A unidade posúe unha insuficiente dotación de medios humanos: dous fisioterapeutas, dous terapeutas ocupacionais e unha logopeda. Ademais, algún deste persoal é eventual, o que dificulta o seguimento no tratamento dos pacientes. A unidade carece de especialista en psicomotricidade. A dotación de medios materiais é claramente insuficiente. O local onde está localizada a unidade non é o adecuado: salas pequenas para as sesións de fisioterapia, nas que pasan frío nos meses de inverno e moita calor no verán, corredores estreitos... Non se dispón de piscina terapéutica ou material específico fisioterapéutico, o que nos obriga, a aqueles que dispoñemos dos recursos económicos suficientes, a ter que

buscar estes medios no ámbito privado. Ademais, non se cobren as persoas cando gozan das vacacións que lles corresponden polo que os e as pacientes quedan sen atención durante ese tempo, cando para eles é fundamental a atención temperá sen interrupcións como consecuencia das súas circunstancias.

### **3. Paciente competente.**

*Tratamento que depende das demandas da familia con detalle de necesidades por parte destas, polo que implica un paciente competente.*

Ante a falta de medios e a negación da atención por principio, esíxese un paciente competente que coñeza con exactitude as necesidades do seu fillo ou filla, que as acepte e sexa consciente delas para poder solicitar cubrir as súas necesidades cun argumentario adecuado. De novo esta situación provoca desigualdade entre as familias.

### **4. Horarios incompatibles co horario escolar.**

*Os horarios son incompatibles co horario escolar, ao ser de mañá. Necesidade de atención de tarde para os/as pacientes escolarizados/as.*

A atención temperá é un tratamento integral para nenos e nenas que presentan un atraso madurativo e ten que estar moi coordinado para que todos e todas os profesionais que atenden os nosos fillos e as nosas fillas traballen en equipo na busca duns obxectivos comúns.

Ademais, non debe ser un atranco para conseguir unha integración dos nenos e nenas no contexto educativo, polo que é preciso que os horarios non sexan de mañá entre os 3 e os 6 anos, para facilitar a inclusión real dos/as nosos/as fillos e fillas nos centros educativos.

Por outra parte, a unidade de atención temperá debe coordinarse cos centros educativos cando os/as pacientes estean escolarizados, tanto para valorar o mobiliario e o espazo no que van estar os/as usuarios/as da unidade, como para poder realizar un traballo adecuado, baseado na coordinación. Do mesmo xeito, cando as familias decidimos apoiar os nosos nenos e nenas con iniciativas privadas, é preciso que todo o tratamento sexa desenvolvido baixo unha coordinación. Neste sentido, somos testemuñas da falta de presenza dos/as terapeutas ocupacionais nos centros de ensino e, cando estes acoden, fano sen previo aviso ao persoal educativo responsable.

## **5. Falta de continuidade aos 6 anos.**

*A falta de continuidade a partir dos 6 anos.*

A atención temperá abrangue dos 0 aos 6 anos, pero non podemos pensar que a partir deste momento os nenos e nenas deixan de precisar atención e terapias. É preciso darlle continuidade a esta necesidade dos nosos fillos e fillas. En moitos casos, isto supón o agravamento da discapacidade e o desenvolvemento de limitacións irreversibles.

## **6. Ausencia de información ás familias.**

*A falta de implementación dun protocolo no inicio do proceso e de intervención coas familias. Detalle dos obxectivos perseguidos e da evolución do neno ou nena.*

Non se nos informa sobre os obxectivos que se perseguen cos/as pacientes, así como da evolución concreta destes en función da consecución deses obxectivos. Algúns de nós aínda hoxe non recibimos información sobre o diagnóstico (ou posible diagnóstico) dos nosos fillos e fillas e do traballo que se vai seguir con eles. A información sempre é verbal e moi excepcionalmente se nos proporciona por escrito. Non recibimos a información necesaria, clara e suficiente sobre a negativa de determinada atención (logopedia, fisioterapia) ou sobre a retirada desa atención, baseada en datos obxectivos e medibles.

A Administración ten a obriga de garantir o acceso aos nenos e nenas ás terapias en virtude das obrigas contraídas por España ao ratificar os Convenios internacionais dos Dereitos do Neno e dos Dereitos das Persoas con Discapacidade. As terapias non poden depender de iniciativas benéficas. Son un dereito do menor con discapacidade, como o é o acceso á sanidade pública, que debe ser garantido pola administración a través de recursos e servizos cun financiamento suficiente.

# **VIII. A función da terapia ocupacional nos procesos rehabilitadores.**

(Colexio Oficial de Terapeutas  
Ocupacionais de Galicia)

## **1. Que é a Terapia Ocupacional**

A Terapia Ocupacional é unha profesión sanitaria titulada e regulada na Lei 44/2003, de 21 de novembro, de Ordenación das Profesións Sanitarias como profesión de carácter diplomado. A Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionais (World Federation of Occupational Therapists, WFOT), define a disciplina no ano 2012 como unha profesión da saúde centrada na persoa, que ten como obxectivo a “promoción da Saúde e o Benestar a través da ocupación”, entendendo esta última como as actividades diarias que as persoas realizan como individuos, para darlle sentido e propósito á vida (AOTA, 2008). Para iso, débese realizar unha valoración global da persoa tendo en consideración as súas características persoais e contextuais, as súas habilidades e destrezas físicas, psíquicas, cognitivas,

sensoriais e sociais. Deste xeito, xunto coa análise de actividades, preténdese deseñar a intervención máis adecuada, cun papel activo da persoa que contribúa a preservar, promover, manter e/ou mellorar a saúde, o benestar e a participación na comunidade.

## 2. Funcións dos/as terapeutas ocupacionais

A Lei 44/2003, de 21 de novembro, de Ordenación das Profesións Sanitarias, no seu Artigo 7.2 define as funcións dos/as terapeutas ocupacionais: **“Correspóndelles aos Diplomados Universitarios en Terapia Ocupacional** a aplicación de técnicas e a realización de actividades de carácter ocupacional que tenden a potenciar ou suplir funcións físicas ou psíquicas diminuídas ou perdidas, e a orientar e estimular o desenvolvemento destas funcións”. Así mesmo, de acordo co recollido na Orde CIN/729/2009, de 18 de marzo, pola que se establecen os requisitos para a verificación dos títulos universitarios oficiais que habiliten para o exercicio da profesión de Terapeuta Ocupacional, son funcións específicas dos/as terapeutas ocupacionais:

-Recoñecer e interpretar os procesos de función-disfunción ocupacional.

- Obter e elaborar, coa información relevante, a historia do desempeño ocupacional.
- Promover a saúde e previr a discapacidade, adquirir ou recuperar o desempeño ocupacional necesario en cada etapa do ciclo vital para lograr a independencia e autonomía nas áreas de desempeño ocupacional



daquelas persoas que sofren situacións de risco, déficits orgánicos, limitación na actividade e a participación e/ou marxinación social.

- Determinar as disfuncións e necesidades ocupacionais, realizar a avaliación ocupacional, determinar a planificación e establecer a intervención de Terapia Ocupacional.
- Realizar un tratamento adecuado, respectando as distintas fases e principios básicos, a través de ocupacións terapéuticas e baseado en coñecementos relacionados coa ciencia da ocupación, nas diferentes áreas de desempeño ocupacional, analizando os compoñentes de desempeño e os distintos ambientes e contextos existentes.
- Coñecer, deseñar e aplicar as distintas modalidades e procedementos xerais de intervención en Terapia Ocupacional nos seus marcos de referencia, avaliando a súa efectividade nun contorno de traballo cooperativo.
- Fomentar a participación de usuarios e familiares no seu proceso de recuperación.
- Coñecer, comprender e aplicar os fundamentos da autonomía persoal nas actividades da vida cotiá con e sen adaptacións e/ou axudas técnicas no ciclo vital.
- Analizar a ocupación en Terapia Ocupacional ea súa utilización terapéutica no ciclo vital.
- Coñecer e comprender os coñecementos de Terapia Ocupacional para a integración do individuo no seu ambiente ao longo do ciclo vital.

- Aplicar a actividade significativa, o estudo ergonómico, as novas tecnoloxías e a tecnoloxía existentes en Terapia Ocupacional no ciclo vital.
- Coñecer, avaliar, analizar, elaborar e participar en programas de educación e promoción da saúde dentro do ámbito da Terapia Ocupacional para previr as disfuncións ocupacionais en xeral e subsecuentes a afeccións médicas, cirúrxicas e psiquiátricas e inadaptación social.
- Traballar en colaboración cos individuos e grupos co fin de participar activamente na ocupación, a través da promoción da saúde, a prevención, a rehabilitación e o tratamento.
- Seleccionar, modificar e aplicar teorías de forma apropiada, modelos prácticos de intervención e métodos para satisfacer necesidades ocupacionais e de saúde de individuos e poboacións.
- Apreciar e respectar as diferenzas individuais, as crenzas culturais, os costumes e a súa influencia na ocupación e a participación.

### **3. Campos de actuación da Terapia Ocupacional**

Os ámbitos de actuación nos que o/a terapeuta ocupacional pode desenvolver o seu labor son diversos, ao igual que as poboacións coas que traballa e o tipo de intervención que aplica. Diferentes fontes, entre elas o Libro Branco de Terapia Ocupacional (2003), da Axencia Nacional de Avaliación da Calidade e a Acreditación

(ANECA), recolle como ámbitos de traballo os que a continuación se citan:

a) Ámbito sanitario. Éo de maior tradición en España, pola influencia do Modelo Médico imperante nesta sociedade. A Lei de Ordenación de Profesións Sanitarias (LOPS, 44/2003 de 21 de novembro) regula o exercicio da Terapia Ocupacional e recoñécea como profesión sanitaria, para o que se require estar en posesión do Título Universitario. Algúns dos campos de actuación nos que este profesional pode desempeñar funcións son:

- Equipos de Atención Primaria.
- Atención Especializada:
  - Unidades de Rehabilitación infantil: Atención temperá.
  - Servizos de Medicina Física e Rehabilitación: nas distintas unidades como:
    - unidades de queimados
    - unidades de lesionados medulares
    - intervención nas lesións dos nervios periféricos
    - na enfermidade respiratoria e cardíaca
    - intervención nas lesións traumatolóxicas e musculotendinosas
    - intervención na amputación e substitución protésica
    - intervención nos procesos reumatolóxicos
  - Oncoloxía

- Unidades de Coidados paliativos
  - Unidades de Psicoxeriatría
  - Rehabilitación Neurolóxica (adquirida e neurodexenerativa)
  - Unidades de Psiquiatría (Unidades de Hospitalización Breve, Hospital de día, unidades de longa estancia, unidades de infanto-xuvenís, unidades de trastornos da conducta alimentaria entre outros
- Atención domiciliaria (Unidades de Coidados Continuados).

b) Socio-sanitario. O obxectivo que se persegue neste ámbito é lograr un funcionamento óptimo dentro do ambiente social e comunitario. Pódense mencionar os seguintes dispositivos:

- Residencias e centros de día.
- Equipos de valoración e asesoramento da dependencia.
- Centros de rehabilitación psicosocial.
- Unidades Asistenciais de Drogodependencias (UAD).
- Centros penitenciarios.
- Casas de acollida e transición.
- Asociacións e Centros de Persoas con Diversidade Funcional.
- Centros de Rehabilitación Laboral (CRL).
- Centros ocupacionais.
- Clínicas e centros privados de Terapia Ocupacional.
- Servizo de Axuda a Domicilio (SAD).

c) Ámbito educativo. O obxectivo que se persegue neste ámbito é darlle resposta ao alumnado con necesidades educativas especiais, avaliando o seu desempeño escolar e proporcionando os medios precisos para a súa participación activa no contexto escolar, maximizando os seus niveis de funcionalidade e independencia e, por conseguinte, a súa inclusión en igualdade.

- Centros de Educación Especial.
- Centros de integración.
- Equipos de Orientación Educativa.
- Educación ordinaria.

d) Ámbito de asesoramento. Trátase do ámbito en que se detecta na actualidade menor presenza de terapeutas ocupacionais. Algúns dos dispositivos de referencia son:

- Centros de produtos de apoio e ortopedias.
- Centros de asesoramento público (Centro Estatal de Axudas Técnicas– CEAPAT).
- Comisións de urbanismo e accesibilidade.

e) Ámbito docente. A evolución en España dos estudos de Terapia Ocupacional durante os últimos 20 anos propiciou un aumento significativo destes profesionais. Así, algúns exemplos serían:

- Centros universitarios.
- Investigación.
- Cursos de formación do INEM e curso de formador de formadores.
- Cursos relacionados coa súa especialidade.

#### 4. A Terapia Ocupacional no Servizo Galego de Saúde

A presenza de terapeutas ocupacionais dentro da oferta do Servizo Galego de Saúde ten un reparto irregular ao longo dos distintos servizos hospitalarios da Comunidade Autónoma. Polo tanto, pódese afirmar que existen diferenzas de acceso en función do municipio no que habite unha persoa que requira este servizo sanitario. Os postos laborais encóntranse nos principais hospitais de provincia, encontrando nula presenza nos servizos de atención primaria de saúde, ambulatorios ou zonas sanitarias ás que lles corresponde a atención do ámbito rural ou poboacións pequenas.

Segundo a información de que dispón o COTOGA, nestes momentos hai arredor de 40 terapeutas ocupacionais prestando servizos no SERGAS, distribuídos de acordo coa seguinte táboa:

Distribución territorial das prazas de Terapia Ocupacional no SERGAS por ámbitos e provincias

Prazas Terapeutas Ocupacionais SERGAS								
Ámbito	Provincia							
	A Coruña			Lugo	Ourense	Pontevedra		Total
	A Coruña	Ferrol	Compostela			Vigo	Pontevedra	
Rehabilitación física adultos	6	2	0	1	1	3	1	14
Saúde Mental	2	2	5	3	2	2	1	17
Infancia (AT)	2	1	2	1	1	1	2	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>7</b>			<b>6</b>	<b>4</b>	
<b>Total Provincia</b>		<b>22</b>		<b>5</b>	<b>4</b>		<b>10</b>	<b>41</b>

## **5. Necesidades de Terapia Ocupacional na área Sanitaria de Santiago**

a) Tal como se pode observar na táboa anterior, as maiores diferenzas no acceso aos servizos de Terapia Ocupacional dentro do SERGAS na Área de Santiago de Compostela, encóntranse na área de rehabilitación física, nos que non conta con ningún profesional deste campo que preste a atención sanitaria; encontrando, polo tanto, que as persoas con problemas de saúde derivados de discapacidades físicas, enfermidades reumáticas, traumatismos cranioencefálicos, ictus, amputacións, queimaduras, etc. que poden derivar en situacións de dependencia e limitacións para a participación, ven suprimido o seu dereito fundamental á saúde, xa que non reciben o tratamento interdisciplinario adecuado e necesario para unha correcta rehabilitación das súas dificultades de autonomía persoal e participación na comunidade.

b) Ademais, é sabido que certos colectivos, como nenos con Trastornos do espectro do autismo, ou outras patoloxías que non implican disfuncións físicas pero si presentan dificultades para adquirir a autonomía persoal, non acceden en igualdade de condicións aos servizos de atención temperá, sendo insuficiente o número de profesionais que existen actualmente neste servizo.

c) En canto á área de saúde mental, a pesar de que contan cunha presenza máis numerosa de terapeutas ocupacionais na área de Santiago, hai que destacar os diferentes campos de actuación dentro da área de saúde mental (dúas unidades de agudos, unha unidade de

infanto-xuvenil, un hospital de día, unha unidade de media estancia, rehabilitación psicosocial e unidades de longa estancia para patoloxía crónica) e as ratios de profesionais que atenden, tanto na unidade de agudos, no hospital de día e área de Conxo non permite proporcionar servizos de suficiente calidade á poboación atendida. Así mesmo, a unidade de atención infanto-xuvenil, que se considera unidade de referencia para toda a comunidade autónoma, unicamente conta cun terapeuta compartido con outra unidade de saúde mental, polo que observamos tamén precariedade na prestación destes servizos.



# **IX. O deficiente estado da atención logopeda da EOXI de Santiago de Compostela.**

(Colexio Oficial de Logopedas de Galicia)

## **1. Marco legislativo da logopedia no SERGAS**

Segundo a Lei de Ordenación de Profesións Sanitarias 44/2003 os/as logopedas son os profesionais que “desenvolven as actividades de prevención, avaliación e recuperación dos trastornos da audición, a fonación e da linguaxe”. Nos últimos anos, a estas funcións engadíronse de forma xeneralizada as de previr, avaliar e recuperar os trastornos da deglutición.

A Carteira de Servizos Comúns do Sistema Nacional de Saúde (RD 1030/2006) inclúe a Rehabilitación en pacientes con Déficit Funcional entendida como “procedementos de diagnóstico, avaliación, prevención e tratamento de doentes con déficit funcional, encamiñados a facilitar, manter ou devolver o maior grao de capacidade funcional e independencia posible ao/á paciente, co fin de reintegralo no seu medio habitual” e recoñece que debe levarse a cabo a través de varias terapias, entre elas a logopedia.

O Decreto 183/2013 polo que se crea a Rede Galega de Atención Temperá establece os principios de universalidade, igualdade e descentralización desta rede. O Protocolo de Coordinación, Intervención e Derivación Interinstitucional en Atención Temperá recolle os obxectivos e o funcionamento das Unidades de Atención Temperá Hospitalaria, así como a súa composición, quedando recollida a participación do/a logopeda nelas.

## **2. Funcións do/a logopeda en rehabilitación**

Como xa se mencionou anteriormente, o/a logopeda intervén na prevención, avaliación e recuperación nas áreas da linguaxe, fala, voz, audición e deglutición. Xa que logo, os seus ámbitos de actuación esténdense á poboación de calquera idade, aínda que con especial dedicación ás persoas de menor e maior idade.

Dentro dos ámbitos de actuación do/a logopeda en rehabilitación podemos destacar:

- **Pacientes neurolóxicos:** Rehabilitación da linguaxe, fala, voz e deglutición en pacientes con secuelas neurolóxicas tras un proceso agudo (ictus, TCE, encefalopatía...) ou en pacientes con enfermidades neurodexenerativas (esclerose múltiple, enfermidade de Párkinson, ELA, demencia).
- **Pacientes oncolóxicos:** Rehabilitación da fala, voz e deglutición nestes pacientes, con especial atención aos casos de cancro de cabeza e pescozo.

- Pacientes con problemas de voz, xa sexan de tipo funcional ou orgánico, de forma illada ou dentro do proceso cirúrxico.
- Pacientes con trastorno da fluencia da fala.
- Pacientes adultos con problemas de audición, tanto no proceso de valoración do tipo de axuda requirida (prótese auditiva, implante coclear) como no adestramento no uso desta axuda.
- Nenos/as con problemas de audición, estimulando de forma temperá os restos auditivos e a comunicación, participado na toma de decisión sobre a posibilidade de realizar un implante coclear e na programación e rehabilitación posterior.
- Nenos/as con trastornos no desenvolvemento: Rehabilitación da linguaxe, fala, voz e deglución en nenos con desenvolvemento alterado por distintas causas (TEA, problemas motores, discapacidade intelectual, TDAH...), tanto de forma temperá como posteriormente.
- Nenos/as con trastornos específicos na linguaxe, tanto de forma temperá como ao longo de todo o desenvolvemento.
- Nenos/as en situación de risco biopsicosocial, acompañando o desenvolvemento das funcións comunicativas e de alimentación.

### **3. Situación da logopedia na área sanitaria de Santiago**

A logopedia encóntrase implantada dentro do SERGAS desde o mesmo momento da súa creación, aínda que de forma moi desigual en función da área sanitaria. A maior parte dos/as logopedas forman parte do cadro de persoal do SERGAS, aínda que existe un pequeno número de prazas no ámbito da atención temperá que, malia dependeren de Servizos Sociais, forman parte das Unidades Hospitalarias de Atención Temperá, e, xa que logo, poden ser tamén contabilizadas.

Se atendemos ás prazas exclusivamente do SERGAS, na actualidade Galicia conta con 0,52 logopedas por cada 100.000 habitantes. Esta ratio ascende a 0,63 logopedas por 100.000 habitantes se temos en conta os/as logopedas que traballan en atención temperá cedidos por Servizos Sociais. Como xa se sinalaba antes, existen diferenzas territoriais importantes, de xeito que áreas limítrofes a Santiago, como a da Coruña, contan con 0,83 logopedas por 100.000 habitantes. En cambio, a área de Santiago conta unicamente con 0,44 logopedas por cada 100.000 habitantes, cifra que sobe a 0,59 se se suma tamén a logopeda de Atención Temperá. Ambas as cifras encóntranse por debaixo da media galega, xa de por si moi deficiente, e supón que na área de Santiago só existe 1 logopeda por cada 150.000 habitantes.

Ademais, noutras áreas limítrofes con cifras similares, como é o caso da Área de Pontevedra, optouse por complementar a asistencia mediante a concertación. Non

obstante, na área de Santiago non existen centros concertados que poidan absorber a demanda de pacientes.

A situación tan extraordinariamente precaria leva a que os/as pacientes non cheguen nin tan sequera a entrar na lista de espera. Non son derivados a logopedia e, ao mesmo tempo, comínanos desde a propia sanidade pública a buscar asistencia privada.

Os/as logopedas que atenden pacientes adultos dependen do departamento de ORL, polo que con frecuencia os/as pacientes que dependen de rehabilitación non lles son derivados. Noutros casos, os propios pacientes rexeitan a asistencia se viven en poboacións moi lonxe de Santiago, onde se encontra centralizada a atención, xa que non poden soportar eses longos desprazamentos.

A limitación de recursos impide que oa/as logopedas da área poidan asumir a atención do/a paciente hospitalizado, especialmente do/a paciente neurolóxico/a, coas consecuencias que iso ten, por exemplo no manexo da disfasia hospitalaria.

O resultado desta situación é que moitos pacientes quedan directamente EXCLUÍDOS de calquera posibilidade de atención a pesar de teren dereito a ela.

#### **4. Principais demandas**

- Asegurar a UNIVERSALIDADE da atención, de xeito que todas as persoas que requiran logopedia poidan ter acceso a ela nun prazo de tempo adecuado.

- Para conseguilo, cómpre un incremento do cadro de persoal de logopedas que implica a contratación de:
  - Dous/dúas logopedas dentro do Servizo de Rehabilitación, de maneira que os pacientes poidan recibir unha rehabilitación integral.
  - Polo menos un/unha logopeda máis en atención temperá, xa que é imposible cubrir as necesidades de TODA a área cun único profesional.
- Ao mesmo tempo deberíase tender a unha DESCENTRALIZACIÓN E FÁCIL ACCESO á atención que evite que nenos e nenas de curta idade ou anciáns con enfermidades neurolóxicas teñan que realizar longos desprazamentos para acudir á súa terapia. Isto poderíase conseguir mediante a contratación de logopedas no Hospital comarcal da área, polo que vemos necesaria a contratación de:
  - Dous logopedas para o Hospital do Barbanza.

En definitiva, a logopedia na área de Santiago de Compostela está nun estado tan DEFICIENTE que os pacientes, de forma xeneralizada, buscan unha asistencia privada, a pesar de que teñen dereito a recibir atención logopédica no ámbito público.

# **X. A necesidade de atención psicolóxica nos equipos de rehabilitación na EOXI de Compostela**

(Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia)

## **1. Marco legal e funcións de Psicología Clínica**

Segundo se menciona na Lei 5/2011 de Economía social (BOE 30/3/2011), os psicólogos e psicólogas que desenvolvan a súa actividade en centros, establecementos e Servizos do Sistema Nacional de Saúde, ou concertados con el, para facer efectivas as prestacións sanitarias derivadas da carteira de servizos comúns do mesmo que correspondan aos devanditos profesionais, tanto no ámbito da atención primaria como no da especializada, deberán estar en posesión do título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica ao que se refire o apartado 3 do anexo I do Real Decreto 183/2008, de 8 de febreiro, polo que se determinan e clasifican as especialidades en Ciencias da Saúde e se desenvolven determinados aspectos do sistema de formación sanitaria especializada.

Entre as funcións da Psicoloxía Clínica (*Orde SAS/1620/2009, de 2 de xuño, pola que se aproba e publica o programa formativo da especialidade de Psicoloxía Clínica*) cómpre destacar as súas achegas e instrumentos para a avaliación, o diagnóstico, o tratamento e a prevención dos trastornos mentais, así como para mellorar a comprensión e a abordaxe das repercusións psicolóxicas que as enfermidades físicas e os seus tratamentos teñen nos/nas enfermos/as.

A Psicoloxía dispón dun marco conceptual de referencia propio, empiricamente contrastable, desde o cal o ser humano é considerado como un sistema vivo, altamente complexo, sometido a cambios constantes dada a súa necesaria interdeterminación co medio social no que vive, e produto non só da súa historia biolóxica senón tamén da súa historia persoal de experiencias, aprendizaxes e interaccións, todo o cal introduce á súa vez cambios estruturais.

Desde esta perspectiva, a saúde e a enfermidade do ser humano non se conceptúan como situacións inevitables e prefixadas, senón como procesos complexos nos que interveñen, a distintos niveis causais, factores psicolóxicos, sociais e biolóxicos. A persoa é así considerada como un axente activo tanto nos procesos de saúde como nos de enfermidade.

A Psicoloxía puxo de manifesto a conexión entre os factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais. Investigou a influencia do comportamento, os procesos de coñecemento, as emocións e os afectos no funcionamento do organismo, no nivel de adaptación dos individuos ao seu



medio, nos estilos de vida, e no estado de saúde. Esta influencia fora máis comunmente aceptada no sentido de considerar que tanto o comportamento como os modos de ser e relacionarse das persoas emanaban exclusivamente da súa organización biolóxica.

## **2. Psicoloxía clínica e Rehabilitación**

Dentro dos procesos sanitarios, os procesos de Rehabilitación teñen como natureza propia carácter multi e interdisciplinario. Calquera proceso de rehabilitación debe ter como meta o mellor nivel posible de equilibrio e axuste biopsicosocial de cada individuo. A Psicoloxía demostrou que é útil e cientificamente factible establecer un modo de interpretar a vida humana, baseado no recoñecemento da existencia dunha interacción dialéctica entre os factores biolóxicos, psicolóxicos e sociais. É por iso que consideramos fundamental garantir a presenza da Psicoloxía Clínica nestes procesos e no ámbito sanitario onde se atendan, como parte integral dos equipos de rehabilitación. Estes equipos multidisciplinares de Rehabilitación deben colaborar no deseño nun plan individualizado das intervencións e secuenciación da mesmas desde o primeiro momento posible, designando un membro do equipo como responsable do caso.

De forma xeral en todo proceso de Rehabilitación, a participación da Psicoloxía Clínica tería como obxecto o de contemplar a presenza ou non de disfunción ou alteración nos axustes emocionais do/da paciente, así como da súa contorna familiar e social que dificultase a evolución

favorable ou que puidese alterar as diferentes intervencións do resto do equipo.

Especificamente naqueles pacientes con Dano Cerebral Adquirido, ademais do dito no parágrafo anterior, a Psicoloxía Clínica (coa súa formación específica en Neuropsicoloxía) debería articular a intervención neuropsicolóxica coa dos/das diferentes profesionais que nos diversos niveis asistenciais integrados no proceso rehabilitador, con énfase nos seguintes aspectos:

- Encargarse da avaliación neuropsicolóxica para determinar a posible existencia dun déficit cognitivo dos/as pacientes con expresión de xuízo clínico sobre afectación e capacidade funcional xeneral, así como dos diferentes procesos e funcións cognitivas e do curso evolutivo previsible.
- Coordinar e implementar, xunto ao resto do equipo, os programas de rehabilitación neuropsicolóxica pertinentes en cada caso.
- Valorar e atender as necesidades psicolóxicas da familia e da rede social de apoio do/da paciente con afectación cerebral nas diferentes fases da enfermidade.

## **XI. Conclusións**

A radiografía que debuxan as páxinas que anteceden mostra unha realidade dos servizos de rehabilitación da área sanitaria que se caracteriza polas seguintes notas esenciais:

1. Existencia dun modelo de atención fraccionado e descoordinado sustentado en “reinos de taifas”, que está a provocar que os/as pacientes busquen unha maior e máis intensa atención en servizos externos de carácter privado, rompendo así o principio de equidade no acceso, de universalidade da asistencia e de servizo público.

2. Resposta tardía e insuficiente da asistencia rehabilitadora que nas fases iniciais da atención pode resultar fatal para as expectativas rehabilitadoras dos/as pacientes.

3. Cadros de persoal infradimensionados e ausencia dun modelo baseado na atención multiprofesional e interdisciplinaria que implique unha comprensión integral da atención rehabilitadora.

4. Os familiares e persoas achegadas ao/á paciente constitúe un dos piares esenciais do actual modelo de atención, converténdose nun recurso asistencial gratuío que cobre as deficiencias estruturais do sistema.

5. Consideración da atención rehabilitadora como unha actividade esencialmente médica, desvinculada das necesidades emocionais e psicolóxicas do/da paciente e da importancia da reconstrución da súa autonomía persoal e da súa integración social e laboral.

6. Infrautilización dos medios materiais dispoñibles por falta de coordinación a través dos profesionais cualificados integrados nos equipos interdisciplinarios.

7. O modelo asistencial existente, descoordinado, carente de medios e conceptualmente obsoleto, non só produce un dano físico e psicolóxico irreparable aos/ás pacientes, senón que tamén xera un dano social e económico de valor incalculable.

## XII. As nosas demandas

1. Recoñecemento con nivel de rango de lei do carácter multiprofesional, integral e interdisciplinario da rehabilitación, coa inclusión dunha memoria económica que estableza os recursos orzamentarios necesarios para a implantación deste modelo no Servizo Galego de Saúde no ano 2019.
2. Integración universal da asistencia psicolóxica nos procesos de rehabilitación física e neural, con especial incidencia nos pacientes de **epilepsia** refractaria e de **dano cerebral adquirido**.
3. Aumento do cadro de **psicólogos clínicos**, actualmente dimensionado nunha proporción de 4 profesionais por cada 100.000 habitantes, ata acadar a media europea de 18 profesionais por cada 100.000 habitantes.
4. Incrementos dos postos de traballo para **rehabilitación do paciente adulto** do CHUS, pasando dos 4 fisioterapeutas existentes a 6, dotación de 3 postos de traballo de terapeutas ocupacionais e de 2 logopedas.
5. Integración nos cadros de persoal de atención primaria para a creación de postos de traballo de **terapia ocupacional** para facilitar a atención dos enfermos discapacitados e os seus coidadores, desnvolvendo

- unha rede de Servizos de Rehabilitación en Atención Primaria que mellore a accesibilidade dos/as pacientes e as familias a este tipo de atención, ofertando tratamentos e coidados no domicilio.
6. Garantir mediante disposición regulamentaria que os tratamentos mínimos obrigatorios de rehabilitación das **persoas amputadas** sexan de 6 semanas antes da colocación da prótese e de 8 despois da súa colocación.
  7. Creación de 2 postos de traballo de **neurorrehabilitadores para pacientes de epilepsia** e dano cerebral adquirido e especialización por colectivos de doentes: infancia, terceira idade e diversidade funcional.
  8. Mantemento dos servizos de rehabilitación sen cortes ou interrupcións nos servizos por baixas ou licenzas por vacacións, dimensionado os cadros de persoal adecuadamente para a cobertura destas vacantes temporais.
  9. Establecer protocolos de coordinación entre **psicología clínica e psiquiatría**, tanto en atención especializada como en atención primaria e dentro destas con un responsable de cada área (enfermería, fisioterapia, traballo social e terapeuta ocupacional).
  10. Crear regulamentariamente a figura do **responsable do caso**, e sancionar como contrario á ética profesional calquera práctica discriminatoria por razón de idade, doenza ou residencia.

11. Facer públicas a totalidades das listas de espera en rehabilitación (primeiras e sucesivas citas) e do número de pacientes derivados a centros privados ou privados concertados.
12. Integrar a **asistencia fisioterapéutica** en atención primaria e asistencia domiciliario, dimensionando adecuadamente os cadros de persoal e cumprindo, nesta área sanitaria, o rateo da OMS de 1 fisioterapeuta por cada 1.200 habitantes.
13. Tendo en conta a poboación demandante de asistencia, habilitar unha **planta hospitalaria completa para o servizo de rehabilitación** integral, deseñando áreas diferenciadas en función do tipo de paciente, con especial atención a área específica de rehabilitación infantil, e habilitando **3 unidades delinfedema**, incorporando o terapeuta ocupacional nesta área de tratamento.
14. Crear catro postos na área de Saúde Mental para terapeutas ocupacionais:
  - 2 postos a tempo completo para a unidade de infante-xuvenil (vai abrir a de Vigo, polo que deixaría de ser referente en Galicia).
  - 1 posto para hospitalización breve do Gil Casares.
  - 1 posto para longa estancia (para reducir as ratios de persoas/terapeuta).
15. Na unidade de **atención temperá**:
  - a) Dotación de **2 especialistas en traballo social**, para velar do cumprimento efectivo dos dereitos dos

nenos e nenas recollidos na Convención sobre os dereitos do neno da Nacións Unidas de 1989.

- b) Aumento dos recursos locais para garantir a conciliación entre a vida laboral e familiar dos pais e nais con nenos/as que requiran este tipo de atención (centros de día, asistencia domiciliaria...).
- c) Facer efectivo o dereito de servizo gratuíto, poñendo fin á utilización de servizos externos privados como soporte das carencias estruturais da atención pública.
- d) Aumento de 1 a 3 horas semanais en atención fisioterapéutica e ocupacional, aumentando o cadro de persoal para cumprir este obxectivo e con horarios de tarde compatibles co horario escolar.
- e) Incremento de 1 posto de traballo de **logopeda** e de 2 para **especialistas en terapia ocupacional**.
- f) Plan de investimento para modernizar os equipos de rehabilitación e construír unha piscina terapéutica.
- g) Dotación, como mínimo, dun posto de traballo para un especialista en **psicomotricidade**.
- h) Dotación de **2 postos de traballo de especialistas en psicoloxía clínica**, un deles cun perfil profesional orientado á intervención en psicoterapia e outro orientado á avaliación e rehabilitación neuropsicolóxica.
- i) Coordinación cos centros educativos para pacientes escolarizados e garantir a adaptación de espazos e mobiliario e a atención adecuada.



- j) Continuación da atención despois do 6 anos, fixando o circuíto de atención dotado de medios materiais e humanos específicos.
  - k) Establecer programas individuais de atención con temporalización de obxectivos e avaliación dos propostos.
  - l) Desenvolver programas de formación e orientación a familias, colectivos e profesionais nos centros de atención primaria, escolas infantís, centros sociais e garderías.
16. **Descentralización e doado acceso á atención logopeda** mediante a contratación de 2 logopedas no Hospital comarcal do Barbanza que evite que nenos e nenas de curta idade ou anciáns con enfermidades neurolóxicas teñan que realizar longos desprazamentos para acudir á súa terapia.

Santiago de Compostela, 6 de xaneiro de 2019

