

Equinoterapia

Autor Administrator

{tab=Introducción}Equinoterapia. Proyecto "La Redota". Dr. Néstor R. Nieves Figueroa. Uruguay La rehabilitación no es una técnica, sino una etapa del proceso de reacondicionamiento de la salud¹. -Introducción

La Rehabilitación es, según Ferrari y de Castelet, ese conjunto de procedimientos aplicados al inválido y también al medio en que se debe desenvolver, para compensar la reducción de sus aptitudes operativas, reintegrándolo al más alto nivel de eficiencia física y psicológica compatible con su condición actual, para asegurarle finalmente una ocupación productiva y remunerada, con máximo rendimiento y satisfacción. Todo ello, dentro de las limitaciones impuestas por los déficit, pero siempre procurando la más completa integración con los no deficitarios. (1)

...3.-La rehabilitación no es una técnica, sino una etapa del proceso de reacondicionamiento de la salud, en su significado moderno de equilibrio, satisfacción y felicidad, somática, psicológica y social. En ese sentido, ella utiliza en forma armónica numerosos procedimientos de naturaleza médica, psicológica, educativa y social, reuniéndolos en un programa coherente, el programa de rehabilitación... La rehabilitación es siempre un programa de trabajo y un objetivo, cuidadosamente proyectado, sobre una base estrictamente individual, y que se desarrolla mediante la coordinación de diferentes procedimientos y técnicas tomadas de distintas áreas de la actividad humana. (1)

Dicen por su lado Nowinski, Ripa y Villar: La rehabilitación, a su vez, incorpora el sentido de la actitud humanística y la aproximación técnica multidisciplinaria al problema médico, social y económico planteado por la incapacidad como secuela, buscando la reinserción del individuo inválido en su medio, en las mejores condiciones de eficacia funcional, de rendimiento laboral y de bienestar compatibles con su nueva condición somática y con la reducción de sus aptitudes funcionales. Así entendida, la rehabilitación no aparece como una especialidad propiamente dicha sino más bien como una actitud, plasmada en el trabajo coherente de un equipo técnico que reúne variadas disciplinas médicas y también profesionales y especialistas de otros campos de la actividad humana como las ciencias sociales, la educación y la administración. (3)

Otras definiciones de Rehabilitación a ser tomadas en cuenta rezan como sigue:

Rehabilitación: restauración de los individuos impedidos hacia un estadio físico, social, mental y económico útil; es un proceso creativo, en donde se emplean técnicas especiales para desarrollar la capacidad residual al último grado de efectividad. (4)

La Rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. (1)

De todos modos, cualquiera sea la definición, hay acuerdos en los que se describen básicamente los componentes y actividades de un Programa de Rehabilitación:

Los programas de Rehabilitación deben ser integrales y abarcar, como componentes fundamentales, los sectores de salud, educación, trabajo, dentro de un marco legal apropiado, y además comprometer los subsistemas público, privado, voluntario e informal; adicionalmente es necesario insertarlos en los tres niveles de atención de salud.

En el primero deben realizarse actividades de detección de discapacidades, localización de casos, educación para la salud, RBC, canalización de casos a niveles superiores y control posterior, e investigación, fundamentalmente operativa.

En el segundo nivel deben realizarse actividades de detección de personas discapacitadas, diagnóstico precoz de deficiencias, prevención y limitación de secuelas, educación para la salud, recuperación de personas discapacitadas, referencia y contrarreferencia, capacitación de personal, supervisión e investigación, fundamentalmente clínica, epidemiológica y operativa.

El tercer nivel será responsable del diagnóstico de discapacidades complejas mediante procedimientos especiales; de la rehabilitación médica utilizando in-situ tecnología específica, rehabilitación psicológica y canalización de casos; cirugía rehabilitadora; formación y capacitación de recursos humanos; supervisión e investigación, fundamentalmente básica, clínica y epidemiológica. (3)

En 1991 en Uruguay, la Comisión Técnica Permanente de Rehabilitación, creada por Resolución Ministerial del MSP N° 1338/90, elabora un informe titulado Lineamientos para un Plan nacional de Rehabilitación en el Sector Salud, cuyo resumen es el siguiente:

En suma el análisis de estos antecedentes y el panorama actual permiten concluir que en el país a lo largo de casi 80 años se han realizado numerosos esfuerzos, invertido fondos económicos importantes, y desarrollado tecnología apropiada cuali y cuantitativamente para la prevención de la discapacidad y la atención de las personas discapacitadas.

Se reconoce sin embargo que la respuesta y el desarrollo de actividades aún no satisfacen las necesidades. Las mismas son insuficientemente conocidas. Las actividades siguen siendo dispersas y no existe un Registro Nacional de

Instituciones ni de Discapacitados. Su desarrollo es irregular, heterogéneo y no existe a la fecha ni coordinación ni control estatal.

Resulta en definitiva claro que no obstante los esfuerzos realizados, los recursos invertidos y la tecnología disponible, el país carece de un conocimiento completo de esta realidad nacional en cuanto a sus necesidades y las respuestas adecuadas, ni ha adoptado tampoco una política nacional al respecto.

...Es pues oportuno que el país disponga a la brevedad de un conjunto de disposiciones y procedimientos que se articulen en los distintos sectores implicados con la utilización adecuada de los recursos y la tecnología. La población de personas discapacitadas podrá así tener la oportunidad de integrarse a la sociedad, con la mayor independencia y autonomía posible, y, en la medida de sus posibilidades, alcanzar la equiparación de oportunidades, finalidad esencial de todo proceso de rehabilitación. (12)

A fines de 1994, la Comisión Honoraria Nacional de Discapacitados (C.H.N.D.), presentó ante el MSP un Proyecto de Reglamentación de la Ley N° 16095 del 26-10-89 que aún no se ha aprobado por el Parlamento.

1.1.- Que es la Equinoterapia.

Es la técnica que basada en el aprovechamiento de las cualidades naturales del caballo y empleada en una perspectiva de habilitación o rehabilitación integral del individuo esto es, concibiéndolo como un ser biopsicosocial, portador de una o múltiples discapacidades- integra de manera armónica elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación, en un abordaje necesariamente multidisciplinario y procurando su máxima eficacia terapéutica. Carlos Barboza Pereira.

La siguiente es nuestra visión del tema, señalando algunos pasos desarrollados por nosotros en los últimos años y nuestra propuesta, con el objetivo estatutario de:

Artículo 2. C1: Promover el desarrollo de la equinoterapia en el País desde una perspectiva genuina de habilitación y rehabilitación integrales enmarcada en una atención multidisciplinaria...

C2: Propender a la creación de centros de equinoterapia...

C4: Tener como objetivo estratégico (...) la creación de una Escuela Universitaria de Equinoterapia estrechamente vinculada a la UDELAR y los servicios más relacionados con esta disciplina...

1.2.- Nuestra versión de la historia de la Equinoterapia: a. En el mundo: Históricamente, hay referencias a los beneficios sanitarios del ejercicio ecuestre ya en El libro de las Dietas de Hipócrates de Loo (458-370 a.C.); y se conocen recomendaciones al respecto de Asclepiades de Prusia (124-40 a.C.). Abandonada por muchos años fue retomada en 1569 por el médico Mercuriales; y de ahí en adelante por diferentes autores hasta nuestros días. El neurólogo francés Chassagnac (1875) descubrió que el trote del caballo mejora el equilibrio, el movimiento articular y el control muscular y restablece el estado de ánimo. Liz Hartel (1952) a pesar de haber padecido poliomielitis, continuó la práctica de la equitación y obtuvo medalla de plata en las olimpiadas del 52 en Dinamarca.

En la Era Moderna, hay ya una vasta experiencia -científicamente procesada- de setenta años, en diferentes países. Los primeros en realizar ensayos -según la bibliografía revisada por nosotros-, son los países del norte europeo: Holanda, Suecia, Noruega y Dinamarca. Luego se extendió al resto de Europa. En América, las experiencias datan del año 69 en EEUU, y de los años 70 en adelante en otros países como Venezuela, Argentina y Brasil. En 1985 se crea a nivel internacional la Riding for the Disabled Association, con sede en Inglaterra. b. En Uruguay: La equinoterapia es una actividad relativamente nueva en Uruguay. Los antecedentes institucionales no van más allá de los diez años.

Nuestra organización la Asociación Nacional de Rehabilitación Ecuestre (ANRE)- fue formada recién hace 6 años (2000), a impulsos de nuestro querido compañero hoy desaparecido infaustamente- Carlos Barboza Pereira, y resume la experiencia técnico-científica del grupo multidisciplinario que la integra que data de 1996. 1.3.- ANRE: Nuestra breve historia

En el año 96, comenzamos la Revisión Bibliográfica y nuestra vinculación con centros ecuestres y la actividad hípica. En el año 99, se realiza la Primera Monografía en la licenciatura de Fisioterapia. En el año 00 elaboramos el Estatuto, En el 02 se presenta al MEC, Expediente 199/02. En el 05 se aprueba y obtenemos la Personería Jurídica.

Nuestra trayectoria académica: Una conferencia; un encuentro, dos cursos internacionales, otros cursos y talleres en el País y en el exterior; varios proyectos. Primer curso en la UDELAR en el 2006 a través de la Facultad de Enfermería.

1.4.- Nuestro vínculo con la UDELAR

Procuramos siempre el respaldo de la Academia.

En nuestro primer curso internacional, contamos con el auspicio de tres Facultades Trabajo Social, Veterinaria y Psicología-, dos Cátedras de la Facultad de Medicina Fisiatría y Neuropediatría-, y tres Ministerios Interior, Educación y Cultura y Salud Pública- la CNHD, la IMM, la JDM, ARU, Sociedad de Criadores de Caballos Criollos. El curso fue impartido según el Programa de la Universidad de Bobigny, París Norte, y contó con la presencia del Responsable académico de la misma, el Dr. René Garrigue.

En el segundo, contamos con los auspicios de la Facultad de Psicología, las Cátedras de Fisiatría y Neuropediatría de la Facultad de Medicina y la Dirección General de Relaciones y Cooperación de la UDELAR, el Congreso Nacional de

Intendentes, la IMM, la JDM, la MINCAD, la CHND, ARU, Sociedad de Criadores de Caballos Criollos, los Ministerios de Interior, Deporte y Juventud, Salud Pública, Educación y Cultura. Fue dictado según el Programa de la Universidad de Bobigny, y contó con la presencia del Dr. René Garrigue y de la Prof. de Equitación María Jiménez de la Universidad Complutense de Madrid.

En el Primer Curso de Introducción a la Equinoterapia en la UDELAR a través de la Facultad de Enfermería-, contaremos con la presencia del Dr. René Garrigue de Francia y la Dra. Danièle Citterio de Italia.

1.5.- El Decreto del P.E 268/003 del 1° de julio del 2003.

Se enseña por Decreto en la Escuela de Equitación del Ejército.

Art. 1ro.- Creación. Créase el Centro Nacional de Fomento y Rehabilitación Ecuestre (CENAFRE) en el ámbito del Ministerio de Defensa Nacional, el que tendrá su sede principal en la Escuela de Equitación del Ejército.

Financiamiento. Los gastos e inversiones del Centro serán atendidos con cargo a la Unidad Ejecutora 004 Comando General del Ejército . Programa 002 Ejército Nacional , del inciso 03 Ministerio de Defensa Nacional .

Dado que el Consejo Honorario del CENAFRE órgano máximo de la institución- está integrado por miembros permanentes y transitorios, siendo los permanentes los Subsecretarios de los Ministerios firmantes, es fácil establecer convenios con CODICEN, BPS e INAME, y contarlos como co-financiadores de las actividades asignadas. La infraestructura ofrecida son 15 unidades militares, donde se practica.

También se practica en la Guardia de Coraceros del Ministerio del Interior, y en otras instituciones privadas.

1.6.- Nuestra Personería Jurídica y nuestro Estatuto

Pasó por el MSP porque en el MEC, se lo consideró de interés sanitario. En el MSP nos aconsejaron plantear una instancia parlamentaria, cosa que hicimos en la última sesión de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del año 2004. Fue aprobada el 26 de julio del 2005 e inscripta en el Registro de Personas Jurídicas con el Número 9980, Folio 164 del Libro 18.

1.7.- Nuestra propuesta mayor

1.7.1.- Habilitar la técnica, trámite que estamos realizando en el MSP con el número 12/001/1/1675/2005/0/0.

1.7.2.- Democratizar el acceso a los dineros públicos -a quien demuestre ser competente- Creando reglas de juego claras, porque eso democratizará el acceso a la técnica de aquellos que lo necesiten: ¿quién forma el recurso humano? (rol de las instituciones educativas y de rehabilitación); perfiles del recurso humano (quienes pueden ser aspirantes a equinoterapeutas); lugares donde aplicar la equinoterapia (normativas para la habilitación de centros de equinoterapia) y equipamientos básicos (en relación con los objetivos de la técnica).

1.7.3.- Crear un Postgrado de nivel académico terciario, en el ámbito de la UDELAR, Dirigido a profesionales de la Salud (en su triple enfoque bio-psico-social), La Educación y la Equitación (está en vías de realizarse el Primer Curso de Introducción a la Equinoterapia a través de la Facultad de Enfermería).

1.7.4.- Crear Centros de Equinoterapia en todo el país. {tab=Desarrollo Noticia}

2.-Antecedentes

2.1.-Marco conceptual

La Atención Primaria en Salud es, según se definió en la Conferencia de Alma-Atá en 1978, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (2)

Dice también más adelante la declaración:

4. - entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos combinados de todos esos sectores;

5. - exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

Para eso se exige la voluntad política de los gobiernos:

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles. (2)

De ese modo -dice la declaración- Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para los fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo. (2)

En 1988, 10 años después, la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, aprobó la Resolución XV y el Documento CD 33 del 14 y 15 de agosto, Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud . (9)

Se analiza en dicho documento los avances logrados para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el año 2000 . Se considera que, en función de los problemas estructurales y de funcionamiento de los sistemas de salud, sumados a la crisis económica y la deuda externa de los países, amplios sectores de población de la Región de América Latina no tienen acceso real a los servicios de salud y saneamiento.

De acuerdo con las estimaciones de cobertura alcanzada, del total de 423 millones de habitantes, unos 130 millones no tienen actualmente acceso permanente a servicios básicos de salud; si a esta cifra se agregan 160 millones de personas más que constituyen las estimaciones de crecimiento de la población para el período 1986-2000, resulta un total de 290 millones de personas más para las cuales es necesario asegurar atención adecuada de salud. (9)

Se dice además que se considera que el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud es una táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de atención primaria. (9)

Dentro de este enfoque se ha definido a la descentralización y al desarrollo local como instrumentos idóneos de los procesos de democratización y de mayor participación y justicia social, así como para lograr equidad, eficacia y eficiencia en la gestión administrativa.

Hay cinco cuestiones específicas que se deben tratar como pasos iniciales: 1. Fortalecimiento del sistema local de planificación e información. 2. Desarrollo de la capacidad de gestión. 3. Participación social. 4. Liderazgo general de salud. 5. Desarrollo adecuado de los recursos de salud. Según la OPS, la situación de la discapacidad a nivel mundial es desigualmente conocida según sean países desarrollados o no. Hay distintos trabajos con resultados muy dispares según el país, la región o la técnica empleada para realizar el estudio. La prevalencia varía desde un 14,0% en EEUU a un 4,9% en Buenos Aires o 1,7% en Sao Pablo, habiendo variaciones muy importantes dentro del mismo país.

Promedialmente se acepta que alrededor de un 10% de la población mundial es discapacitada, siendo menores esos números estimados para los países subdesarrollados (entre un 7 y un 10%), con una salvedad: sólo el 2-3% de esa población accede a los servicios de rehabilitación por múltiples razones tales como alto costo, excesiva centralización, escasos servicios. En términos absolutos, se estima que de los 100 a 120 millones de personas que se beneficiarían de la rehabilitación en los países subdesarrollados (entre un 2,5 a 3%), sólo reciben dichos servicios 2-3,6 millones.

En 1982, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. En el mismo se define el Decenio de las N.U. para las Personas con Discapacidad entre 1983 y 1992, en el cual, en base a la meta de SPT en el año 2000 y usando como Estrategias la APS y los SILOS, se establecen una serie de definiciones y directivas de trabajo con un objetivo común: promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación, y lograr la igualdad de oportunidades y la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo (4), para los 500 millones de personas con discapacidad del mundo.

También se acuerdan en la oportunidad, una serie de definiciones operacionales con el fin de aunar criterios para la unificación de la información. Entre otras, se definen la Deficiencia, la Discapacidad y la Minusvalía, en base a las cuales se elabora más tarde la Clasificación de D., D. y M. (CIDDM). à Se entiende por Deficiencia, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica. à Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. à Minusvalía es toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

Más adelante, se elaboró la estrategia de la Rehabilitación con Base en la Comunidad, que son técnicas más o menos específicas para cada discapacidad (en sentido genérico), reproducibles por la familia o la comunidad a través de diferentes agentes, con la idea de llegar al 100% de los discapacitados o al menos a un porcentaje muy alto de ellos.

Pero, según dice una publicación de la OIT, la RBC no ha dado los resultados esperados, entre otras razones, porque toda esperanza de que la RBC constituya una solución factible y económica carece de fundamento. Sólo cuando se puedan movilizar recursos en grandes cantidades y asegurar el seguimiento de los programas habrá probabilidades realistas de que los mismos adquieran verosimilitud y obtengan el respaldo de las comunidades locales así como del colectivo

interesado, los propios incapacitados.

Puede argumentarse que los voluntarios suelen constituir un recurso valioso para la RBC, si bien no debe considerárselos como suplentes idóneos de los asistentes profesionales y, por consiguiente, este tipo de programas, totalmente basado en el concepto de voluntariado, corren el riesgo de surtir un efecto insignificante, y pueden también resultar absolutamente impracticables... (7)

Según destaca la publicación mencionada, el enfoque de rehabilitación debe complementarse con una política de igualdad de oportunidades o sea con programas de otro tipo que los de rehabilitación que tengan probabilidades de cumplir una función en el proceso de integración... puesto que -si bien es exacto afirmar que la meta de toda rehabilitación consiste en la integración- no sería cierto sostener que la reinserción sólo puede lograrse por medio de la readaptación. En realidad, el elemento fundamental del esfuerzo integrador queda en gran medida fuera del dominio de los programas de rehabilitación especializados, ya que su éxito depende ante todo de la actitud de la comunidad y sus instituciones y de la aceptación de la idea de que las personas incapacitadas deben poder disfrutar de la igualdad de oportunidades y no ser segregadas ni marginadas. (7)

Proponen en consecuencia, como sustituto del término RBC, el de Proyectos de Integración Comunitaria (PIC). Dichos proyectos se basan en tres pilares fundamentales: a. Organización de servicios de diferente tipo, tanto asistenciales como educativos; b. Formación del personal, tanto de desarrollo comunitario como de apoyo técnico; c. Promoción de la integración.

Para llegar a ello hay que planificar. «El plan es una propuesta de acción integrada con tres niveles jerárquicos de decisiones: la función política expresada en un plan normativo (lo que debe hacerse), la función estratégica expresada en la fijación de metas (lo que puede hacerse), la función administrativa expresada en el plan operativo (la solución de problemas). (8)

Algunas definiciones de planificación estratégica se expresan como sigue: es el proceso por el cual se determinan los objetivos básicos a largo plazo de una empresa y la adopción de cursos de acción y asignación de recursos necesarios para lograr esas metas o el programa de objetivos de una organización y sus cambios, los recursos usados para lograr esos objetivos y las políticas que gobiernan la adquisición, uso y disposición de esos recursos. Es el proceso de determinación de los programas generales de acción y despliegue de recursos para obtener objetivos generales. (12)

Según De Roux la planificación participativa es un prototipo de la planificación estratégica (ver Metodología). Pero a pesar de los esfuerzos, algunos autores admiten resultados inexistentes o muy pobres, -según la óptica que se considere- en materia de participación (los subrayados son nuestros): à No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en la salud. La participación se mantiene como un hecho coyuntural y si bien la gente participa algo más en las acciones (en dinero, mano de obra, o a través de la incorporación de trabajadores de salud como voluntarios), su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y los servicios de atención. à Los servicios de salud a nivel local como parte de estructuras burocráticas excesivamente centralizadas, se constituyen en estructuras antiparticipativas por el carácter autoritario con el que intentan implantar un conjunto de actividades propias y por las relaciones asimétricas que se establecen entre los profesionales y la comunidad. (8) à Las relaciones entre el contexto sociopolítico, las estructuras socioeconómicas y los sistemas culturales son determinantes de las distintas formas de participación social. No obstante, esas relaciones son todavía mal entendidas y se requiere de un esfuerzo significativo en la investigación social y epidemiológica de las condiciones determinantes (limitantes o facilitadoras) de la participación y de los procesos sociales vinculados; así como, de sus efectos sobre la salud y el bienestar de la comunidad. (8) En tanto estratégica, la política de SILOS debería ser concebida independientemente de los gobiernos de turno, a través de un Acuerdo Nacional Programático.

En ese sentido, en materia de Rehabilitación, Uruguay cuenta con numerosa cantidad de acuerdos internos transformados en norma, una serie de Leyes Nacionales, Decretos del Poder Ejecutivo, Disposiciones Municipales y Reglamentaciones que dieron origen a otros tantos institutos asistenciales o educativos en los últimos 80 años, tal el caso de la Ley Nº. 11139 de creación del Patronato del Psicópata o de la Ley 16095, hoy en vías de reglamentación, de creación de un Sistema de Protección integral de la Personas con Discapacidad.

Será sin duda, necesario, profundizar la democratización, sobre la base de políticas expresas que posibiliten una participación real y sostenida, sin recortes, para poder dar continuidad al proceso de la planificación participativa. Como dice el educador Mario González en el informe de SILOS del año 90, se trata de romper con los métodos tradicionales: à La educación para la salud es por su significación y alcance una acción básica de Salud Pública que implica un proceso activo y planeado tendiente a elevar el nivel de salud del individuo, la familia y la comunidad, mediante el logro de conductas adecuadas y fundamentalmente, a través de la participación comunitaria organizada, consciente, activa y responsable. à Para ello se deben incorporar nuevos métodos y técnicas de educación participativa que permitan un diálogo fluido con las comunidades y facilite el desarrollo de sus capacidades autogestionarias. à Al apelar a un colectivo, la educación para la salud, se constituye en un proceso básicamente interdisciplinario y multisectorial. à Ante el modelo clásico de educación caracterizado por la transferencia de conocimientos en forma autoritaria y vertical surge y se antepone una concepción ecológico-participativa como un modo de inserción del proceso pedagógico en la realidad comunitaria. (7) Pero no alcanza con eso: pensar en la RBC, o en los PIC, presupone un

proceso de transferencia de conocimientos técnicos hacia la comunidad, a la vez que se traspasa también poder político y por tanto responsabilidades en la gestión, que tienen que ser necesariamente asumidas en forma consciente por la comunidad y sus representantes; lo que no debe confundirse con mano de obra barata para sustituir el personal técnico o auxiliar que no se quiere pagar. Es sí, una metodología que posibilita el acceso a la rehabilitación -al menos se lo plantea- del 100% de quienes la necesiten; aunque no a expensas de excluir la conformación de un equipo multidisciplinario.

En suma: la rehabilitación es una actividad de la APS que, a pesar de estar bien conceptualizada y en algunos aspectos hasta casi correctamente normatizada, ha sido incorrecta e insuficientemente desarrollada. Las razones son muchas pero una de las fundamentales es el desconocimiento que sobre la realidad existe: por un lado no se conocen suficientemente las necesidades, y por otro las actividades siguen siendo dispersas y no existe un registro Nacional de Instituciones ni de Discapacitados, a la vez que no hay sobre el tema control estatal.

2.2. - La equinoterapia es la técnica que, basada en el aprovechamiento de las cualidades naturales del caballo y empleada en una perspectiva de habilitación (o rehabilitación) integral del individuo esto es concibiéndolo como un ser biopsicosocial, portador de una o múltiples discapacidades- integra de manera armónica elementos vinculados a las áreas de salud, educación y equitación, en un abordaje necesariamente multidisciplinario y procurando su máxima eficacia terapéutica. Carlos Barboza Pereira. «Es un método terapéutico y educacional que utiliza el caballo dentro de un abordaje interdisciplinario, en las áreas de salud, educación y equitación, buscando el desenvolvimiento biopsicosocial de personas portadoras de deficiencias o de necesidades especiales». (13)

Emplea las técnicas de equitación y actividades ecuestres para proporcionar al practicante, beneficios físicos, psicológicos, educacionales y sociales. El caballo es utilizado como instrumento cinesiterapéutico, pedagógico y de inserción social.

El efecto terapéutico en cuanto a lo motor, se explica por la teoría de la neuroplasticidad; el movimiento cadencioso y repetitivo del caballo, -tridimensional-, genera una variada gama de estímulos propioceptivos y exteroceptivos, que actúan en algunos casos, neutralizando patrones de postura y movimiento anormales, posibilitando aprendizajes nuevos y nuevos engramas; en el caso de la espasticidad, el mecanismo neurofisiológico tendría que ver con la inhibición de los canales del Ca^{++} en las terminaciones presinápticas de los circuitos a (vía final común de Sherrington) y; responsables del aumento del tono al suprimirse los estímulos inhibitorios suprasegmentarios (sobre todo de la vía retículo-córtico-espinal).

En cuanto a lo psicológico, genera sensaciones placenteras, aumento de la concentración, crecimiento de la autoestima y estímulo significativo a la afectividad, a través del relacionamiento con el entorno físico y social, intermediado por el animal, por lo que es un valioso auxiliar en trastornos del aprendizaje. En cuanto a lo social, es otro el sitio que ocupa una persona que monta a caballo, incluyendo la apertura que puede establecerse hacia lo laboral, hacia lo lúdico o hacia lo relacional colectivo, en medio rural y/o urbano.

La lista de potenciales beneficiarios es muy larga y existen programas específicos para muchas de las deficiencias o discapacidades determinadas por diversas patologías. Es necesario hacer una evaluación fisiátrica previa y determinar el plan más adecuado para cada paciente, cuyos resultados se medirán con escalas de valoración funcional. La lista incluye: amputados, autistas, traumatismos craneo-encefálicos, accidentes vasculares cerebrales, parálisis cerebral, síndrome de Down, trastornos emocionales, deterioros auditivos, trastornos del conocimiento, retardo mental, esclerosis múltiple, distrofias musculares, síndromes post-polio, espina bífida, lesionados medulares, escoliosis, trastornos visuales, ancianos, cardiopatas, respiratorios.

También existen algunas contraindicaciones; absolutas: condición inestable de salud, resultados negativos, agravación de la enfermedad, dolor, miedo patológico, alergia severa al caballo o a su entorno, hipertensión incontrolable, catéter vesical en la mujer, escoliosis de más de 35 grados, inestabilidad de columna, escaras, otras; y relativas: diabetes, terapia anticoagulante, trastornos de la sensibilidad, prótesis de cadera o artrosis de cadera, pobre control de la cabeza en niños, espina bífida, endoprótesis tipo Harrington, hidrocefalia con derivación abdominal, poco tono o espasticidad muy severa, otras.

Es de destacar, que tanto en Brasil como en otros países del mundo desarrollado -Francia, Italia, EEUU-, los programas de equinoterapia están integrados a los currículos universitarios, donde se interactúan las disciplinas antes mencionadas, entre las cuales juega un rol relevante la fisiatría y la fisioterapia, la terapia ocupacional, la psicología, el servicio social, la psicomotricidad, la psicopedagogía, la veterinaria.

En tanto disciplina multidisciplinaria e intersectorial, compone el saber popular con el técnico-científico: la del domador, el criador de caballos, el psicopedagogo, el terapeuta ocupacional, el neurofisiólogo, el familiar, el fisiatra, el deficiente, el psicólogo, el veterinario, el asistente social, y otros. En la práctica, también ha sido nuestra experiencia, pues hemos aprendido de caballos tanto del veterinario como del criador; de deficiencias, tanto de los libros como de la práctica; de servicios, tanto de los administradores como de la imaginación, la creatividad y la necesidad de los propios involucrados.

Nos manejamos con esquemas extraídos de los programas que se desarrollan en Brasil, Argentina, Francia, Italia y EEUU, así como con escalas de valoración funcional usadas en Francia, Italia y Brasil. Según la escuela brasileña,

habrían tres niveles o etapas en el aprendizaje: à hipoterapia, à educación/ reeducación y à predeportivo, siendo la primera parte de programas de equinoterapia en sentido estricto. 2.3.- El Equipo Multidisciplinario y nuestra visión de la interdisciplina. Hablar de rehabilitación integral es, en alguna medida redundante, porque la rehabilitación es esencialmente un proceso bio-psico-social y por definición entonces integral; y amerita necesariamente un equipo multidisciplinario. A su vez, la equinoterapia no es LA técnica, sino que es una técnica más que se debe integrar al conjunto de técnicas de rehabilitación que se aplicarán al discapacitado en su Plan de Rehabilitación Integral. No obstante, por su característica, admite dentro de su seno enfoques polivalentes tanto encarado desde las diferentes disciplinas como desde la intervención del equipo.

El equipo multidisciplinario: sus roles y funciones.

El rol de cada integrante del equipo es el correspondiente a su especialidad: à El terapeuta del área de salud mental para los practicantes con patología del área de salud mental; à El terapeuta del área física para los practicantes con patología del área de salud física; à El educador especializado para los practicantes con trastornos del aprendizaje y/ o problemas cognitivos; à El equitador con sus técnicas integrado al equipo para todos los practicantes. A la vez, todos tienen una función colectiva que deviene del carácter biopsicosocial del encare, interactuándose interdisciplinariamente, pensando en un individuo integral y un objetivo común: la rehabilitación.

No se debe olvidar que el equipo también está integrado por no técnicos, en especial el guía de caballo, el cual tiene un rol muy importante a cumplir: asegurar la seguridad. El practicante también participa activamente de su propia rehabilitación, en tanto puede tomar decisiones al respecto de lo que quiere o lo que no quiere hacer según sus gustos y criterio.

Como decimos en la definición de nuestra Asociación, la rehabilitación dirigida a un ser bio-psico-social es por definición integral y el concepto de integralidad nos lleva de la mano al concepto de multi e interdisciplina. La intervención integral puede hacerse desde dos puntos de vista pero siempre con el supuesto de que el objetivo es insertar social y/ o laboralmente al individuo: a. desde la disciplina interviniente, que es la del área de predominio de la discapacidad. Por ejemplo, si hablamos de un hemipléjico el trabajo fundamental estará vehiculizado por el fisioterapeuta o el psicomotricista, pero deberá ser complementada por el psicólogo, el terapeuta ocupacional y el asistente social, en el centro de equinoterapia o en un ámbito que se vincule con aquel, un consultorio por ejemplo. Nuestra idea es que el centro de equinoterapia es un ámbito adecuado para la consulta e intervención múltiple. La consigna es: se recupera una función; se rehabilita una persona, y con esa idea como centro, si bien la equinoterapia es una técnica más a integrar en el pool de técnicas de rehabilitación, es posible apuntar a un centro de equinoterapia polivalente en el sentido de actuar como eje vertebrador de diversas técnicas que se complementen, básicamente, pedagogía especializada, psicoterapia, farmacoterapia, terapias físicas y terapia ocupacional. b. desde la intervención del equipo: el equipo discute un plan en el que intervienen todos.

La idea es pensar el plan de intervención desde lo particular a lo general y/ o viceversa. Ambos enfoques son válidos y se interactúan complementándose, pero ambos deben tener al individuo como centro, entendiendo que la equinoterapia es la puerta de entrada al mundo de lo laboral rural. 3. - Fundamentación

En ese contexto ideológico se inscribe el proyecto.

3.1. - Justificación: Algunos datos previos

Según la OMS, se considera que del 7 al 10 % de la población general padece algún tipo de discapacidad.

Otros estándares de la OMS indican que del 3 al 5 % de la población general necesita al menos una vez en el año los servicios de rehabilitación.

El 1,5 0/00 de la población general necesita diariamente seguir tratamiento en un servicio de rehabilitación.

Las necesidades de camas para pacientes sometidos a tratamiento de rehabilitación en la fase activa de la discapacidad son -según la OMS- de 0,22 por cada 1000 habitantes. (11) Se trata de ubicar este proyecto en la perspectiva de los Derechos Humanos, razón por la cual mucho falta por hacer. Los postergados, los desvalidos, los excluidos, los discapacitados, deben luchar por sus derechos.

3.2. - El Centro de Equinoterapia: Sus funciones

Hay al respecto diferentes versiones, según la escuela, pero todas coinciden en que la progresividad y la continuidad en la terapia son condiciones fundamentales, en el marco de un proceso en etapas; y que la multidisciplinariedad es la esencia de la técnica terapéutica así como la formación de equipos para definir planes concretos adaptados a cada persona. La versión americana habla de cuatro áreas: terapia, educación, deporte y recreación.

La versión brasileña habla de tres etapas: hipoterapia, educación/ reeducación y predeportiva. Esta es coincidente con la línea europea. De todos modos ambas coinciden en la integración de las áreas educación, equitación y salud (con sus tres componentes biológico, psicológico y social). El centro de equinoterapia es el lugar donde se concentra la actividad antes mencionada, y entre otras, tiene como funciones las de continental animales y personas, permitir la organización y desarrollo de la actividad en términos técnico-científicos adecuados, y posibilitar el acceso a la equinoterapia de todos.

3.3. - Marco referencial

La República Oriental del Uruguay, está ubicada en el Cono Sur de Sudamérica, limita al norte y noreste con Brasil, al

sureste con el océano Atlántico, al sur con el estuario del Río de la Plata y al oeste con Argentina. Es el segundo país de menor superficie del continente. El río Uruguay marca íntegramente su frontera con la República Argentina. La superficie del país es de 176.215 km². Su capital, Montevideo, es la ciudad más poblada y el principal puerto y centro económico.

La zona a la que nos referiremos Montevideo-, comparte características con el resto del país, por su historia y por su actual situación de marginalidad; tiene al caballo como un protagonista cotidiano de las vivencias de los habitantes que allí residen. Forma parte de su trabajo, de su diversión y también de sus conflictos; en suma de su cultura. En base a la metodología de la Planificación Participativa se pretende, sobre la base de un proceso de democratización de la información, del conocimiento y en consecuencia, del poder y a través de un acercamiento en etapas, proponer el desarrollo de metodologías y técnicas adecuadas que posibiliten un diagnóstico de la situación de la discapacidad del área, elemento imprescindible para la planificación del Sistema de Rehabilitación que se propone.

3.3.1. -Descripción del área

La población uruguaya es mayoritariamente de origen europeo. Los uruguayos descienden de inmigrantes españoles e italianos, aunque también de brasileños, argentinos y franceses. Sólo entre un 5 y un 10% son de origen mestizo. No quedan componentes de la población indígena original. Uruguay tiene una población (según el censo de 1996) de 3.173.566 habitantes, con una densidad aproximada de 18 hab/ km², que se concentra en su mayoría en la costa atlántica. Sólo un 14% de la población es rural.

Montevideo limita al norte y este con el Departamento de Canelones, al este con el de San José y con el Río de la Plata, y al sur, con este mismo. Es un espacio de topografía llana, cuyo río más importante es el Santa Lucía, que discurre hacia el sur, formando su límite occidental con San José. Es frecuente encontrar áreas de difícil drenaje que dan lugar a los típicos bañados, de los cuales los más extensos son los que aparecen en el límite oriental con el departamento de Canelones.

Por su latitud y su carácter litoral, el clima es más fresco y menos lluvioso que en el norte del país; Montevideo tiene una temperatura de 16,5 °C de promedio y 1.030 mm de precipitación anual. A pesar de ello, la vegetación es adecuada para el mantenimiento de la ganadería tradicional estanciera, aunque la presencia de la aglomeración urbana de la capital no permite ese derroche de suelo. Así, la ganadería es estabulada e intensiva, en la forma de tambo, y lo mismo le ocurre con la agricultura, que, en lugar de dedicarse a cultivos extensivos, como cereales o piensos, se dedica a las hortalizas, floricultura en general y a cultivos intensivos y de primicias. La razón de la existencia de este pequeño departamento es la de albergar la capital política y administrativa del país, de forma que la singularidad del departamento es la existencia de Montevideo.

La aglomeración urbana supera los propios límites del departamento, invadiendo espacios limítrofes de sus vecinos San José y Canelones. La ciudad, capital desde la independencia en 1825, surgió en la península que cierra su bahía, y pronto se extendió por toda su ribera. Es, además del principal centro político y administrativo, el puerto más importante en el comercio de ultramar y el centro económico, financiero, industrial y comercial del país. Superficie, 530 km²; población (1996), 1.344.839 habitantes.

De una manera general podemos describir la zona en los siguientes términos: una concentración de núcleos urbanos en el área comercial y de servicios, lo cual contrasta con una zona suburbana donde encontramos casas con diferente calidad estructural, barrios nuevos y asentamientos precarios. Por otro lado, y algo alejada existe un área en la que predominan pequeños productores dedicados a la chacra, el viñedo, la lactería y otros rubros. (17)

4. - Problema de Investigación

Para transformar la realidad, hay que conocerla. Para conocerla se propone: a. un diagnóstico participativo de la situación de la discapacidad en el área; b. conocer las acciones de rehabilitación que se realizan; c. conocer los niveles reales de la participación comunitaria en salud y factores facilitadores e inhibitorios de la misma. ¿Cómo unificar las acciones de rehabilitación que hoy son dispersas, por un lado, y cómo conocer la realidad, por el otro, en el entendido de que a la Comunidad le cabe un rol protagónico en la solución de un problema que amerita la democratización más amplia pero que aún no alcanza los niveles de participación suficientes como para liderar la unificación aludida o al menos reivindicar con suficiente fuerza la satisfacción de sus necesidades sentidas, previa identificación? Sin duda son necesarias transformaciones de base para permitir una participación real y efectiva, además de un cambio comportamental en la población y en los técnicos. Pero, ¿será posible sin transformaciones estructurales a nivel de la sociedad en su conjunto?

Para generar cambios se promueve la organización de un Sistema Local de Rehabilitación Integral. Este Sistema de Servicios de Rehabilitación, deberá organizarse en etapas (coordinando previamente lo existente), las que podrán acelerarse con la conjunción de factores varios, tales como alcanzar niveles óptimos de promoción, demandas elevadas, participación comunitaria muy activa y disposición institucional, y es en esa dirección que hemos actuado.

5. -Hipótesis

La Planificación Local Participativa es una estrategia válida para lograr la Rehabilitación Integral de discapacitados. Promover la participación comunitaria con vistas a su permanencia y consolidación, implicará desarrollar a nivel local, la

Planificación Participativa como variante de la Planificación Estratégica.

Se trata de transformar a la salud en general, y a la rehabilitación en particular, en reivindicación sentida por la comunidad. Para eso es necesario promover a la comunidad a instancias superiores de participación a través de su movilización organizada para conquistar el derecho a la salud, lo que podrá impulsarse desde el nivel local, desarrollando, entre otras, actividades de educación para la salud y de investigación, como instrumentos multiplicadores y de transferencia de conocimientos. Eso requerirá, no obstante, la voluntad política de los niveles central y local de gobierno, sin cuyo concurso será muy difícil lograr avances significativos en la atención a la salud, sin que peligren de ser revertidos por intereses particulares o sectoriales opuestos al interés general.

Se trata de poner a prueba a la Planificación Participativa como herramienta capaz de solucionar conflictos, en tanto eleva las miras por encima de los intereses particulares de sectores privilegiados respecto al acceso a los servicios de salud, dado su mayor poder adquisitivo y su mejor conocimiento de la existencia de los mismos; a la vez que movilizadora y concientizadora de grandes sectores populares. En este caso, la participación de los discapacitados y sus familias en todas y cada una de las etapas de la Administración de la Salud en el plano local, sería un instrumento insustituible de la rehabilitación.

6.-Objetivos

6.1. -Objetivo General

Contribuir a la Planificación de un Sistema Local de Rehabilitación Integral de Primer y Segundo Nivel de Atención, en Montevideo a través de la Planificación Local Participativa.

6.2. -Objetivos Específicos 1. Aproximarse a un diagnóstico de la situación de salud de la población discapacitada y de los servicios de rehabilitación del área correspondiente a Montevideo a través de un Diagnóstico Participativo. 2. Proponer la instalación de Servicios de Primer y Segundo Nivel de Atención en Rehabilitación, para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes captados con patologías discapacitantes, -previo al diagnóstico de situación-, junto con un espacio deportivo como instrumento promocional y recreativo, en la perspectiva del mencionado Sistema Local de Rehabilitación. 3. Instalar un Servicio de Orientación para Personas discapacitadas, a efectos de referir los discapacitados a las instituciones más adecuadas para su discapacidad y que no puedan ser atendidos en el nivel local, previa realización de un relevamiento de las diferentes organizaciones que prestan servicios de rehabilitación en el área. Se referirá mientras no esté instalado, al Servicio del mismo tipo de la IMM, el cual se puede consultar telefónicamente. 4. Contribuir a la participación comunitaria a través de la instrumentación de proyectos productivos y educativos, en la perspectiva de la Rehabilitación Integral. 6.3. -Actividades por Objetivo Especifico

Para el Objetivo 1:

- 1.1. - un diagnóstico de la Discapacidad en el área de Montevideo mediante la aplicación de una encuesta que sigue la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y de un formulario de preguntas abiertas que valora groseramente los servicios y la participación;
- 1.2. - un relevamiento de los Servicios de Salud y Educación, buscando aquellos que tengan acciones de Rehabilitación;
- 1.3. - un diagnóstico de la participación en salud.

Para el Objetivo 2:

- 2.1. - incorporación de actividades de Rehabilitación de Primer Nivel de Atención en las Policlínicas Municipales complementándolas con las de segundo nivel;
- 2.2. - instalación de Centros de Rehabilitación de Segundo Nivel de Atención en lugares a determinar.

Para el Objetivo 3:

- 3.1. - instalación de un Servicio de Orientación anexo a los Centros de Rehabilitación.

Para el Objetivo 4:

- 4.1. - habilitación y rehabilitación profesional: desarrollo de hábitos y costumbres; talleres productivos; formación profesional con salida al mercado laboral;
- 4.2. - inserción curricular;
- 4.3. - rehabilitación física, psicológica y social, tanto a nivel individual y familiar como grupal;
- 4.4. - promoción de salud: educación ambiental; rehabilitación integral; discriminación; igualdad de oportunidades; prevención de accidentes; otros;
- 4.5. - detección y tratamiento precoz de enfermedades discapacitantes.
- 4.6. - creación de centros de equinoterapia.

7. - Metodología

Nuestra metodología se basa de forma general en la definición de estrategias de intervención que se adecuen a cada situación en particular y que se modifiquen de acuerdo a la dinámica de la realidad. De forma general, implica pensar al hombre como una totalidad, con capacidad de transformarse y transformar el medio que lo rodea, a partir de la interrelación humana y de los procesos de apropiación de su realidad concreta.

Una metodología que parte de esta concepción de sujeto desde nuestro punto de vista es la Planificación Participativa, que

según De Roux en un trabajo de la OPS, la define como un prototipo de la planificación estratégica. Tiene en cuenta factores de poder, asume el conflicto como un elemento presente en el proceso y aborda diversidad de soluciones concertadas para resolverlo. A diferencia de la planificación normativa que pone el énfasis en objetivos y compartimentaliza los procesos en etapas o segmentos que siguen una linealidad progresiva, la planificación participativa... es un proceso continuo, difícil de desagregar en etapas de temporalidad precisa, que incorpora flujos y reflujos de información, ininterrumpidamente. (10)

En el mismo trabajo de la O.P.S. del año 90 se plantea que la estrategia de planificación local participativa (PLP)- que también incluye la ejecución, monitoría y evaluación- es un medio para construir sobre los cimientos desarrollados mediante la investigación-acción participativa(IAP) y crear e institucionalizar los mecanismos y procesos participativos en todo el SILOS. ... Esa estrategia debe incluir mecanismos permanentes para la discusión de problemas, coordinación de las actividades y la responsabilidad en el desempeño. (10)

La IAP es una metodología clave para llevar a cabo la promoción de la salud y la participación social dentro de la estrategia de atención primaria de salud... La participación le permite a la comunidad adquirir más capacidad para resolver sus propios problemas, asumir mayores responsabilidades sobre su salud y ejercitar sus derechos de autodeterminación, en breve para controlar su propio desarrollo. (10)

La IAP se basa en el principio de que las condiciones de salud dependen no solo de la presencia o ausencia de los servicios, sino también de la manera de vivir de la gente y de como las personas perciben la salud y las enfermedades. Trata de integrar el conocimiento popular válido con el conocimiento científico-tecnológico para desarrollar la capacidad de la comunidad y transformar la manera en que el sistema de servicios de salud profesionales interactúa con la comunidad. (10)