



TÍTULO

**EVALUABILIDAD DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL
HOSPITAL EVA PERÓN, TUCUMÁN, ARGENTINA**

AUTORA

María Cecilia Tejeda

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2018

Director	Dr. Carlos Bueno
Tutor	Juan Casero
Curso	<i>Máster Iberoamericano en Evaluación de Políticas Públicas</i>
ISBN	978-84-7993-553-5
©	María Cecilia Tejeda
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2017



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA
SEDE SANTA MARÍA DE LA RÁBIDA

**Evaluabilidad del Servicio de Rehabilitación del Hospital Eva
Perón Tucumán Argentina.**

Trabajo Final de Tesis de Maestría

María Cecilia Tejeda
30/09/2017

Director: **Prof. Dr. Carlos Bueno**
Tutor: **Prof. Juan Casero**

Deseo expresar un profundo agradecimiento al plantel docente del máster y a mis compañeros por todas las enseñanzas impartidas.

Al equipo profesional de Rehabilitación del Hospital Eva Perón quienes colaboraron y participaron activamente en esta investigación.

Dedico el presente, a los dueños de mi amor: al hombre que con su ejemplo me enseñó a luchar por un mundo con equidad y justicia, mi padre: Don Julio Tejeda y a mi hija María Eva, a quien trasmito todas esas enseñanzas.

Abreviaturas

APN	Administración Pública Nacional
AOE	Área Operativa Este
Arq.	Arquitecto
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CIC	Centro Integrador Comunitario
CIDPD	Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIF	Clasificación Internacional de Funcionalidad
CPN	Contador Público Nacional
CUD	Certificado Único de Discapacidad
EPP	Evaluación de Políticas Públicas
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
Fga	Fonoaudióloga
HC	Historia Clínica
HEP	Hospital Eva Perón
IPV y DU	Instituto Provincial de Vivienda y Desarrollo Urbano
JGM	Jefatura del Gabinete de Ministros Nacionales
Kgo	Kinesiólogo
OCDE	Organización para Cooperación y Desarrollo
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONAT	Observatorio Sobre la Situación de Niñez y Adolescencia de Tucumán
ONG	Organización no gubernamental
PCCC	Programa Carta Compromiso con el Ciudadano.
PF	Plan Funcional
PNCD	Pensión No Contributiva por Discapacidad
Ps	Psicólogo
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad

SIPROSA	Sistema Provincial del Salud
SISEG	Sistema Integrado de Seguimiento y Evaluación de Gestión.
SR	Servicio de Rehabilitación
TS	Trabajador Social
UTPR	Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación

ÍNDICE

Capítulo Primero: Introducción

Presentación	8
Modelo y Matriz de Evaluación.	10

Capítulo Segundo: Evaluación de Políticas Públicas

Algunas definiciones de EPP	17
Cuadro sintético de la historia de la evaluación, autores clásicos.	18
Aproximación a la Situación de Evaluación en América Latina.	21
Marco normativo y Situación de Evaluación en Argentina	22
Situación de Evaluación en Tucumán.	26

Capítulo Tercero: Discapacidad, Rehabilitación, Habilitación

Modelos de Discapacidad	34
Plano Internacional	36
Plano Nacional	37
Plano Provincial y normativa vigente	38

Capítulo Cuarto: Sistema Provincial de Salud, Hospital Eva Perón, Servicio de Rehabilitación.

Ministerio de Salud Pública - SIPROSA	42
Hospital Eva Perón	44
Programa Funcional Servicio de Rehabilitación	47
Proceso Asistencial Intervención y Estimulación Temprana	60

Capítulo Quinto: Trabajo de Campo, Informe de Evaluabilidad

Lectura y análisis del Programa Funcional del Servicio de Rehabilitación del Hospital Eva Perón	74
Análisis del Proceso Asistencial de Intervención y Estimulación Temprana	81

Entrevista y Talleres con Equipos Técnicos

Entrevista a Jefa de Rehabilitación	82
Entrevistas con Equipo Interdisciplinario	85
Taller con Grupo de Apoyo Externo	89
Entrevistas con Profesionales Varios de Apoyo Interno	92
Entrevistas a Pacientes y Padres de Pacientes	93
Informe de Evaluabilidad	95
Recomendaciones	96

Capítulo Sexto: Cierre

Conclusiones	98
Bibliografía	100
Anexos	101

Capítulo Primero

INTRODUCCIÓN

*Más Dios ha de permitir
Que esto llegue a mejorar
Pero ha de recordar
Para hacer bien el trabajo
Que el fuego pa calentar
Debe ir siempre desde abajo.*
Poema del Martín Fierro por José Hernández

Presentación

La salud conforme el sentido atribuido por la OMS, comprende el completo bienestar físico, mental y social, superando la mera ausencia de enfermedades. Se trata de un derecho fundamental, es decir, una norma constitutiva y organizativa de los Estados.

Las condiciones de salud se encuentran atravesadas por múltiples indicadores y modelos políticos, ideológicos, económicos, que posibilitan o limitan el acceso a un sistema de protección y niveles de existencia adecuados. Definir una política de salud es decir que rol le asignamos al Estado.

Los Estados con los diversos regímenes de gobierno que pueden adoptar, se encuentran inmersos en un contexto globalizado y complejo, atravesado por un imperativo capitalista, donde predomina el mercado y el poder financiero sobre el político público.

Por ello, se adhiere a las premisas del Dr. Osuna José L. quien expone:

Es necesario un Estado, que a través de Políticas de ordenación (bienestar, libertad, justicia y equidad) cumpla con sus funciones primordiales:

a) Funciones Económico-sociales (Ordenar, orientar, equilibrar, arbitrar el proceso económico)

b) Funciones Socio-económicas (Garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de la población) vivienda, sanidad, políticas de igualdad, provisión de equidad, entre otros.

Y con su Misión: crear capital físico, humano y social. Producir y distribuir con carácter subsidiario.

Se precisan nuevos mecanismos democráticos de participación para la concertación de un nuevo contrato social¹.

Contrato donde la salud y las políticas sanitarias en particular, sean verdaderamente valoradas como una respuesta social organizada, tendiente

¹ Material correspondiente al Módulo 2 Clase 1. "Estado y Evaluación de las Políticas Públicas en Iberoamérica". Campus Virtual UNIA. Prof. Dr. José L Osuna.

a defender y garantizar el derecho humano a la vida, a condiciones dignas de vida, a una vida sin pobreza y sin enfermedad, sustentando la equidad y justicia social.

Los Estados mediante el diseño e implementación de políticas públicas, contribuye a un a determinado tipo de sociedad, entonces aprehendo por políticas públicas, la definición plasmada por OCDE: conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva acabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado que los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.²

Las políticas de salud diseñan estrategias de gestión definiendo que prestaciones cubrir, a que población, como y donde brindar dichas prestaciones, pero al igual que toda política pública deben servir al fortalecimiento del Estado, estar revestidas de eficiencia, eficacia, transparencia, participación ciudadana, lo cual confluye en bienestar social y una revalorización de la acción pública estatal.

Esta situación ideal puede concretarse, si entre otros aspectos, se incorpora la evaluación en los programas, planes y políticas públicas, definiéndolas a continuación:

Evaluación:... es [debe ser] un proceso participativo de reflexión sistemática, análisis y valoración de un procedimiento, política o proyecto, en el que debieran integrarse los distintos agentes involucrados, así sea de cooperación en el Sur, como en el Norte, integrando otros enfoques evaluativos al marco lógico o las corrientes de cooperación que permitan complementarlo, integrando diversas metodologías, enfoques multidisciplinares, y combinando herramientas cuantitativas con cualitativas en aras a encontrar aprendizajes que sirvan para orientar las acciones en el futuro cercano³.

Evaluación de Política Pública: es un área de investigación aplicada cuya finalidad es valorar la utilidad y bondad de la intervención pública

² OCDE 2012, La formulación de políticas públicas para América Latina. Material correspondiente al Módulo 1 Asignatura .Prof. L. Porrini.

³ Kalidadea. Material correspondiente al Módulo 6 Clase 1. Campus Virtual UNIA. Prof. A. Cano.

mediante la aplicación de un conjunto de técnicas que se emplean en otros campos de las ciencias sociales.

“Es la aplicación sistemática de los procedimientos de la investigación social para valorar la conceptualización y el diseño, la ejecución y la utilidad de los programas de intervención social”⁴.

Con la finalidad de iniciar este camino, me propongo realizar un análisis de evaluabilidad en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Eva Perón, sito en la ciudad Banda del Río Salí Dto. Cruz Alta Tucumán Argentina, con el siguiente modelo de evaluación:

Modelo y Matriz de Evaluación

Evaluabilidad del Servicio de Rehabilitación (SR) HEP

Elección de la política pública a evaluar

-Se trata de una institución pública, cuya particularidad se transcribe en haber sido pensada y creada en pos de brindar un acceso equitativo a servicios de calidad. La misma fue inaugurada en el año 2013, con aperturas de servicios de manera evolutiva, en el marco de un proceso nacional de promoción de derechos y protagonismo de políticas públicas inclusivas. El servicio de rehabilitación inicia su ejecución como prueba piloto el primer semestre del año 2017.

-Hablar de rehabilitación implica pensar en brindar asistencia personalizada a una población doblemente vulnerada, estamos en presencia de personas que de manera adquirida o innata, parcial o total, temporal o permanente, se encuentran con limitaciones físicas, mentales, sensoriales, viscerales o múltiples, lo cual condiciona su vida cotidiana, llegando en ocasiones al empleo de soportes técnicos, en pos de compensar su funcionalidad.

-Las situaciones de discapacidad o diversidad funcional y los mecanismos de rehabilitación y habilitación, presentan proclamaciones internacionales y nacionales de protección especial, las cuales se plasman en legislaciones y políticas públicas.

⁴ (Rossi y Freeman, 1993) Guía para la evaluación de políticas públicas (Osuna-Márquez). Material correspondiente al Módulo 1 Asignatura1. Campus Virtual UNIA. Prof. L. Porrini.

Elección del tipo de evaluación, conceptualización.

1-¿Evaluabilidad?

-La evaluabilidad es una tipología de estudio que refuerza y complementa las evaluaciones de carácter temporal (ex-ante, intermedia y ex-post) ya que pone a disposición de los responsables del diseño y ejecución del programa un conjunto de orientaciones que les permite introducir cambios que mejoran, cualitativa y cuantitativamente, el diseño del Programa y los mecanismos de gestión y ejecución, en cualquier momento o etapa del ciclo de vida de un proyecto/programa.⁵

-Análisis de las posibilidades previas que tiene una política, un plan o una determinada intervención pública de ser evaluada, con el fin principal de evitar gastos y esfuerzos innecesarios así como posibles incertidumbres; y determinar la utilidad de la evaluación.

-Permite valorar si una intervención pública está en condiciones de ser evaluada y de no ser así que se necesita para hacerlo, reflejando las condiciones que favorecen o limitan la evaluación posterior.

-Garantiza evaluaciones posteriores más eficaces y útiles así como legitimadas.

-Evaluabilidad para optimizar la evaluación, evaluación para optimizar la intervención.⁶

2- ¿Por qué evaluabilidad?

La apertura del servicio de rehabilitación está pensada para el primer semestre del año en curso. Se trata de un programa nuevo, planificado, circunscripto localmente y con una población objetivo delimitada. Donde no solo se ponen en marcha equipos, gabinetes, gimnasios, entre otros, sino también todo un modelo de gestión, el cual es diseñado siguiendo los lineamientos del hospital.

Entonces la finalidad es conocer si el programa a ejecutar es evaluable, cuál sería el tipo de evaluación a implementar a futuro, que factores favorecen o

⁵ Osuna J.L y Márquez C. Guía para la Evaluación de Políticas Públicas. Material correspondiente al Módulo 1 Asignatura 1. Prof. L. Porrini.

⁶ Recopilación del material de estudio del Módulo 3 Asignatura Prof. J. Casero.

entorpecen dicha evaluación, que modificaciones se requieren para lograrlo, recursos disponibles, actitud del personal ejecutor a ser evaluados, entre otros aspectos relevantes que pudieran surgir.

Objetivos de la evaluación

-General: Apoyar la instauración de una cultura evaluativa de políticas públicas, como herramienta de transparencia y democratización de la gestión gubernamental.

-Específico: Aportar al Servicio de Rehabilitación del Hospital Eva Perón, un conocimiento crítico, que posibilite una valorización integral y posibles revisiones superadoras de su programa funcional.

Aspectos metodológicos

-El nivel de estudio es:

-Descriptivo: de la política pública sanitaria destinada a personas en situación de discapacidad, implementada a través de la apertura del Servicio de Rehabilitación (SR) del Hospital Eva Perón (HEP).

-Evaluativo: evaluación libre de objetivos, sumativa que permita determinar y criticar, la necesidad de mejoras para implementar una evaluación futura.

-Enfoque participativo

-El diseño es cualitativo, estudio de caso, centrado en conocer la calidad de planificación e implementación, como posibilidades de evaluación del SR.

-No experimental (sin manipulación, observación directa en un contexto de implementación piloto) transaccional (recolección de datos en un solo periodo de tiempo: octubre de 2016 a mayo de 2017).

-Universo: Red Provincial de Rehabilitación integrada por los Hospitales de Monteros, Tafi del Valle, Nicolás Avellaneda del Departamento Capital de Tucumán y HEP del Dto. Cruz Alta.

-Unidad de análisis: SR del HEP.

-Tipo de Muestra: no probabilística por conveniencia, ello a los stakeholders involucrados SR y considerados como fuentes de información.

VARIABLES Y DIMENSIONES DE ESTUDIO

1-Calidad de Planificación

1.a-valoración diagnóstica: existencia de diagnóstico/calidad de los problemas/

población objetivo/ problemas en base a unas causas

1. b-valoración de estrategia: existencia de estrategia/ calidad de los objetivos/ modelo teórico de planificación.

2- Disponibilidad de la información: existencia de información posibilidades de recopilarla/disponibilidad de información unificada, agregada y estructurada.

3- Propósitos, contexto, actores y recursos: propósitos e intereses/ contexto sociopolítico: ¿cómo condiciona la evaluación?/ papel de los principales actores: compromiso, actitud, implicación, formación y experiencia previa/ disponibilidad de recursos: humanos, financieros y de tiempo.

Técnicas de recolección de información y líneas de acción

-Obtención y lectura crítica del programa funcional del servicio de rehabilitación.

-Trabajo de campo, con entrevistas individuales abiertas pero orientadas, a los responsables de cada área de trabajo, respecto a la evaluación, planificación y experiencia piloto en la ejecución del programa.

-Entrevistas grupales, entre todas las disciplinas intervinientes y el personal de apoyo externo, respecto a su apreciación sobre el programa funcional y las necesidades de alguna modificación.

-Entrevistas a los padres y pacientes respecto a su participación e implicancia en el proceso de apertura del servicio de rehabilitación.

Actores involucrados

-Equipo profesional técnico y administrativo, designado al servicio de rehabilitación.

-Equipo profesional contable destinado al equipamiento y presupuesto del servicio de rehabilitación.

-Equipo de expertos de apoyo y acompañamiento externo, para la apertura del servicio de rehabilitación.

-Pacientes y sus familiares de apoyo.

<p>Indicadores asociados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nivel de adecuación del servicio de rehabilitación a la problemáticas de la zona de influencia del hospital. -Grado de adecuación del servicio de rehabilitación a las normativas vigentes. -Porcentaje de profesionales capacitados en planificación. -Porcentaje del presupuesto del hospital destinado al servicio de rehabilitación. -Número de pacientes incluidos en la etapa piloto. -Grado de satisfacción de los pacientes con las prestaciones recibidas.
<p>Fuentes de verificación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planes estratégicos de salud de la Provincia de Tucumán. -Informes de la junta de evaluadora del programa de calidad de prestaciones en rehabilitación. -Presupuesto del Hospital Eva Perón publicado en Boletín oficial. -Balance contable del Hospital Eva Perón con detalle de partidas destinado al servicio de rehabilitación. -Acta y resoluciones de recursos humanos y oficina de personal, avalando permisos de capacitación. -Estadísticas del sistema de gestión hospitalaria. -Evoluciones en historia clínica del sistema de gestión hospitalaria. -Libro de quejas y/o sugerencias respecto al servicio de rehabilitación.
<p>Cronograma de aplicación</p> <p>La organización teórica del trabajo se realiza en los meses de octubre y noviembre de 2016, el trabajo de campo de diciembre de 2016 a mayo del 2017. De mayo a agosto trabajo de gabinete interno para la presentación final.</p>
<p>Informe de con valoración de condiciones y propuestas de mejora.</p>

Fuente del Modelo de Evaluación, conjunción de Material de Estudio propuesto en Módulo 2 Asignatura Prof. P Amaya y del Módulo 5 Asignatura Prof. J. Murciano.

Este trabajo final de máster, se organiza y estructura, en los siguientes capítulos:

- Evaluación, donde se describe el marco internacional, nacional y local de EPP.
- Discapacidad, rehabilitación y habilitación, donde se plasman los modelos de discapacidad y la normativa vigente a nivel internacional, nacional y provincial y ciertas experiencias de evaluación provincial.
- HEP descripción y funcionamiento, subcapítulo -plan funcional del servicio de rehabilitación y proceso asistencial de ingreso y tratamiento a estimulación temprana.
- Trabajo de campo. Análisis e informe de Evaluabilidad.
- Cierre con conclusiones y recomendaciones. Bibliografía.

Capítulo Segundo

EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No cambias las cosas combatiendo la realidad existente. Cambias algo, construyendo un nuevo modelo que hace el modelo existente obsoleto.

Buckminster Fuller.

Algunas Definiciones de EPP

Para introducirnos en este capítulo, considero válido iniciar con la definición de evaluación de políticas públicas vigente en Argentina, reflejar la apropiación y usos que le otorga el Poder Ejecutivo Nacional, a través del Programa de Evaluación de Políticas Públicas. Por ser esta definición un hilo conductor de decisiones y gestiones estratégicas institucionales, que indudablemente repercuten la sociedad y, por ser mi contexto situacional.

La evaluación es una actividad programada que emite juicios valorativos, fundamentados y comunicables, sobre la planificación, la implementación y/o los resultados de las intervenciones públicas (políticas, programas y/o proyectos), sustentados en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información y en comparaciones respecto de parámetros establecidos, para contribuir a la mejora de los procesos de gestión y legitimar social y técnicamente las políticas, con el fin de impactar en la calidad de vida de la población a través del fortalecimiento de las capacidades de intervención del Estado.⁷

Profundizando en el manual de bases para la evaluación de políticas públicas, disponible para su descarga web en la página del Ministerio de Modernización de la República Argentina, podemos encontrar las siguientes valoraciones:

“Las políticas públicas de un gobierno permiten transformar la realidad de una sociedad.”

“La evaluación permite conocer los resultados de las intervenciones realizadas y promover procesos de aprendizaje para la mejora permanente de la gestión y de las políticas desarrolladas”

“La evaluación no es sólo un proceso técnico porque también tiene una significación política, institucional y de gestión de una extraordinaria relevancia permitiendo alentar el debate público y mejorar la fundamentación de las estrategias políticas de todos los

⁷ Jefatura de Gabinete de Ministros 2016, Manual de Base para la Evaluación de Políticas Públicas.

sectores. Es una apuesta a mejorar la política democrática a partir de un diálogo más informado que involucre las herramientas, los aprendizajes y la evidencia de las ciencias sociales en un diálogo abierto".

“La evaluación es un proceso institucional programado, no eventual que tiende a la mejora, no al control, que debe estar presente en todo el ciclo de la planificación e intervención pública, con un carácter pluralista y participativo, transparente y confiable.

Consideraciones a las cuales presento plena adherencia, debiendo agregar la necesidad de emplazarla en nuestra cultura institucional, porque la ciudadanía tiene el derecho de conocer los usos y manejos de los fondos públicos y como se plasman las prestaciones básicas y complementarias, tendientes a garantizar una vida digna.

Cuadro sintético de la historia de la evaluación, con autores clásicos.

Enfoque	Año	Autor	Principales Aportes
Evaluación por Objetivos.	1942	Tyler, Ralph	Evaluación es el proceso que establece correspondencia entre objetivos (claros, precisos, medibles) y resultados. Asimismo es la fase final que rotula el éxito o fracaso de un programa o política. Su origen refiere al ámbito educativo.
Experimentales de Evaluación.	1963	Campbell y Stanley.	Metodología de las ciencias sociales. Diseño cuasi experimental. Control de variables.
	1967	Suchman, Eduard.	Distingue evaluación (juzgar merito o valor) de investigación evaluativa (uso método científico experimental). El evaluador es un investigador. Suma importancia, la validez y fiabilidad.
	1963	Cronbach, Lee J.	Inicia en la educación, en pos de mejorar la currícula.

Orientados a la toma de decisiones.			<p>Incluye intereses comunitarios.</p> <p>Evaluación planificada incrementa el beneficio social. Presenta una bifase: divergente (apertura) convergente (prioridades).</p> <p>Es predictiva y establece UTOS (unidades, tratamiento, observación, contexto).</p>
	1969	Stufflebeam Daniel E.	<p>Proceso de delinear, obtener y ofrecer información descriptiva y valorativa sobre objetivos, diseño, ejecución, para la toma de decisiones.</p> <p>Modelo CIPP, con cuatro tipos de evaluación: contexto, Input, proceso, producto.</p> <p>Perspectiva sistémica, feedback para mejorar función e impacto del programa.</p>
	1997	Weiss, Carol	<p>Entiende a la evaluación como una parte de la investigación y análisis de políticas.</p> <p>Identifica y describe las dificultades políticas y organizativas que rodean la evaluación y enfatiza el inevitable carácter político de la misma.</p> <p>Introduce la “teoría de programas” o “evaluación centrada en la teoría”.</p>
Centrado en el Cliente.	1975	Stake, Robert	<p>Modelo de Figura, evaluación integral: descripción, juicio, recopilación de datos, elaboración de normas.</p> <p>Modelo Sensible: se basa en la observación, el contexto, las necesidades, situado en un contexto, desde allí emite informe.</p>
Centrado en el consumidor.		Scriven, Michel	<p>La evaluación determina mérito o valor, su fin último es la satisfacción de las necesidades de los usuarios.</p>

			<p>Distingue evaluación formativa (durante ejecución) y sumativa (posterior).</p> <p>Propone evaluar sin objetivos, para evitar sesgos. Asimismo dos conceptos claves:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metaevaluación (evaluación del proceso evaluativo) y Listado de puntos claves para evaluar, multidimensionalmente.
Orientado a la utilización.	1978 - 1997	Patton, Michel Q.	<p>Considera como dificultad el uso de los resultados de evaluaciones, información.</p> <p>Lema: uso pretendido por quienes lo pretenden, con catorce premisas (análisis crítico, centrado en un aspecto, diseñada y adaptada, participativa, entre otras).</p> <p>Evaluación debe ser útil, para ello expone cinco variables (creativa, con sensibilidad política, de calidad, situada, entre otras).</p>
Participativos.	1986 - 1989	Guba, Egon Lincol, Yovana	<p><u>Cuarta Generación</u>: basada en un `paradigma naturista y constructivista.</p> <p>Cinco axiomas: pluralidad de valores, construcción agente crítico, justicia, mérito, entre otros, de ellos resulta que la evaluación implica procesos: sociopolíticos, enseñanza-aprendizaje, continuo, emergente, colaboración, entre otros.</p> <p>Modelo sin legitimación.</p>
	1996	Fetterman, David	<p><u>Para el empoderamiento</u>: promueve mejoras y autodeterminación.</p> <p>Autoevaluación y reflexión.</p> <p>Metodología cualitativa y cuantitativa.</p> <p>Actividad grupal y de cooperación.</p> <p>Fases: formación, facilitación, apoyo-defensa, iluminación.</p> <p>Pasos: FODA, establecer objetivos,</p>

			desarrollo estrategias, documentación del programa.
	1990 1991 1995	Monnier	<u>Pluralista</u> : evaluación en terreno, con una visión política con diversos centros de poder. Además se deben generar espacios de negociación. Incorpora comité de pilotaje: evaluado, evaluadores, seguimiento. La evaluación debe plasmar: observación, de la realidad, medición fenómenos sociales, espejo reflectante de las expectativas, ajustadas a la realidad.

Fuente: Bustelo, M.⁸

Aproximación a la situación de evaluación en América Latina

En el aquí y ahora de América Latina confluyen fuerzas y convicciones internas y externas a la región, que abogan en pos de una gobernabilidad, democracia y transparencia de la administración pública, promover una modernización del Estado fortaleciendo el diseño de las políticas públicas, lo que implica capacidad de planificación, formulación y evaluación de los planes programas y proyectos que se implementan.

En esa línea de acción organismos internacionales de crédito y/o de cooperación para el desarrollo (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, OCDE) apelan a la evaluación como un proceso de aprendizaje correctivo de superación, que debe institucionalizarse en la región.

De manera endógena, organizaciones de la sociedad civil, universidades públicas y privadas, así como la ciudadanía en general presenta un mayor interés en conocer el destino y uso de los fondos públicos, en pos de erradicar el clientelismo y corrupción.

⁸ Bustelo, M. Capítulo 2. La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica. Páginas 71 a 109. En "La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los Gobiernos Central y Autonómicos en España: 1995-1999". España, 2001 Material de estudio del Módulo 1 Asignatura 1 Prof. Porrini.

Los organismos internacionales supra mencionados advierten algunas debilidades a modificar en cuanto a la formulación de políticas públicas, entre ellas y a modo de ejemplo mencionar cinco variables descritas por OCDE, en el año 2012.

Capacidad técnica insuficiente en el centro del gobierno para formular políticas o evaluarlas ex-ante o ex-post.

Poca coordinación entre políticas sectoriales, lo que conlleva a políticas inconsistentes e incoherentes.

Bajos niveles de impugnabilidad durante la formulación de políticas, ya sea dentro del ejecutivo, desde el legislativo o desde fuera del sector público

Desconexión entre la formulación y la implementación de las políticas.

Distancia entre las pro-puestas de diferentes partidos políticos en países de América Latina en comparación con la OCDE.

Fuente: La formulación de políticas públicas para América Latina.⁹

Estas variables fueron abordándose y en el año 2015 la Asamblea General de Naciones Unidas declaró el año internacional de la evaluación, reconociendo la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales de evaluación para apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Marco normativo y situación de evaluación en Argentina.

A continuación se expone una reseña evolutiva de la normativa vigente en Argentina, la cual refleja la manera en que se fueron introduciendo mejoras en la gestión de las organizaciones públicas, con una planificación estratégica y evaluaciones.

Ley o decreto	Principales aportes.
Ley 24.156	Administración Financiera y los Sistemas de Control del Sector Público.

⁹ Banco Mundial/Ministerio de Economía y Hacienda del Gobierno de España. en La formulación de políticas en la OCDE: ideas para América Latina, 2011. Material correspondiente al Módulo 1 Asignatura 1 Prof. Porrini.

Ley 24.629	Ejecución del presupuesto de la administración pública nacional y objetivos para mejorar el funcionamiento y la calidad de los servicios prestados por el Estado.
Ley 25.152	Solvencia fiscal y Calidad del Gasto Público, centrado entre otros en eficiencia y calidad de la gestión pública y programa de evaluación de calidad de gastos.
Decreto 558/96	La introducción del planeamiento estratégico como metodología para la modernización del aparato público.
Decreto 928/96	Obligatoriedad del diseño de planeamiento estratégico para organismos descentralizados nacionales. Postula un nuevo rol del estado, teniendo como eje principal la orientación al ciudadano, la medición de resultados y la jerarquización y participación de los recursos humanos.
Decreto 229/2000	Creación del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano (PCCC). Con la finalidad mejorar la relación de la Administración Pública con los ciudadanos, especialmente a través de la calidad de los servicios públicos.
Decreto 103/01	Centrada en la elaboración de indicadores de gestión para evaluación de resultados, establece un sistema de incentivos otorgado en función del cumplimiento de objetivos prefijados y periodicidad de evaluaciones.
Decreto 992/01	Crea unidades ejecutoras en vinculación directa a la obtención de resultados del presupuesto nacional.
Decreto N° 22/11	Modifica la estructura orgánica de la JGM y se facultó a la Subsecretaría de Gabinete y Coordinación Administrativa para entender en el proceso de monitoreo y evaluación de la ejecución de las políticas públicas; coordinar con los distintos organismos de la APN la articulación de los sistemas de evaluación sectoriales; desarrollar un sistema de seguimiento de

	los programas de gobierno, estableciendo indicadores claves de las políticas prioritarias
Resolución 416/2013	Crea en la órbita de la Secretaría de Gabinete y Coordinación Administrativa de la JGM, el Programa de Evaluación de Políticas Públicas, destinado a contribuir al proceso de institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración Pública y potenciar las capacidades para su desarrollo con miras a mejorar la gobernabilidad, la calidad de las políticas y los resultados en la gestión de los asuntos públicos.

Fuente: elaboración propia.¹⁰

En Argentina encontramos aportes realizados por organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales. En la primera acepción la Red de Evaluación en su mapa diagnóstico detalla que en el año 2013 nace a través de la Jefatura de Gabinete de Ministros, el programa evaluación de políticas públicas, con la finalidad de incrementar la capacidad técnica de evaluación, contribuir a su institucionalización y adecuación de políticas públicas para que presenten coherencia interna, en síntesis mejorar la gobernabilidad, la calidad de las políticas y los resultados de la gestión, ello en plena concordancia con los objetivos y organismos internacionales.

Menciona en su estudio la necesidad de fortalecer e incluir en la planificación la evaluación, como esta última es una variable y acción poco conocida, asimismo las evaluaciones son tardías, presentan avances escasamente formalizados, un reconocimiento de la evaluación como supervisión y no un aprendizaje, además de detallar los diversos marcos normativos vigentes en el país.

Si bien centra sus estudios a cinco provincias: Salta, Corrientes, Mendoza, Córdoba y Capital Federal, menciona que la provincia de

¹⁰ Consulta web de páginas oficiales. [www.argentina.gob.ar/jefatura de ministros/ modernización/ políticas públicas](http://www.argentina.gob.ar/jefatura%20de%20ministros/modernizaci%C3%B3n/pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas). Asimismo www.casa.rosada.gob.ar

Tucumán, presenta planes estratégicos a largo plazo y gestión por resultado, con el apoyo de organismos internacionales.

A nivel gubernamental, podemos exponer que el actual gobierno nacional crea en diciembre del 2015, el Ministerio de Modernización cuyas competencias, se enmarcan en todo lo inherente al empleo público, a la innovación de gestión, implementación de nuevas tecnologías para la función pública, la transparencia de la gestión, al régimen de compras. Concibe al monitoreo y la evaluación como herramientas de gestión que permiten conocer los resultados de las intervenciones que realizan los organismos públicos con sus procesos, productos y programas. Además, fomentan los procesos de aprendizaje para la mejora permanente de la gestión y fortalecen el momento de la toma de decisiones en la planificación y la implementación de políticas públicas.

Otras funciones y competencias del Ministerio, son las que a continuación se detallan:

- Definir e implementar el Plan de Modernización de la Administración Pública Nacional, su administración central y descentralizada y ejercer funciones como autoridad de aplicación del mismo.

- Colaborar con las provincias y municipios en sus procesos de reforma y modernización del Estado, coordinando las acciones específicas de las entidades del Poder Ejecutivo Nacional.

- Entender en el perfeccionamiento de la organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional Central y Descentralizada, procurando optimizar y coordinar los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros con que cuenta.

- Entender en la definición de las políticas de recursos humanos y en el seguimiento y evaluación de su aplicación, que aseguren el desarrollo y funcionamiento de un sistema eficiente de carrera administrativa. Entre otros.

En síntesis, el Ministerio se ocupa de la implementación de nuevas tecnologías para la función pública, la transparencia de la gestión y de procesos de formación de empleados públicos.

Presenta en su plataforma virtual el Sistema Integral de Seguimiento y Evaluación de la Gestión (SISEG), herramienta de monitoreo de planes, programas y proyectos sustantivos de los organismos de la administración pública.

Este sistema de tableros de comando permite procesar información y disponer de datos clave para evaluar la eficacia y eficiencia de las políticas públicas y, por esa vía, consolidar una gestión por resultados en la Administración Pública Nacional.

Continúa vigente el Programa de Evaluación de Políticas Públicas, creado por la Resolución 416/2013, desarrolla acciones para contribuir a la mejora de la calidad de las políticas y los resultados en la gestión de los asuntos públicos.

Afirmando que conocer los resultados promueve procesos de aprendizaje de mejora permanente de la gestión y fortalece los procesos de toma de decisiones al momento de planificar e implementar políticas públicas

El portal del Ministerio pone a disposición de la sociedad, la biblioteca de evaluaciones de políticas públicas en el marco de gestión por resultados, detallando experiencias y casos de evaluaciones realizadas por instituciones nacionales e internacionales. Las mismas se reflejan en cuadros con los siguientes ítems:

País o región	Política, programa, proyecto	Organismo
Área	Tipo de contenido	Tema de evaluación

El banco de evaluación de políticas públicas detalla programa, organismo, tema de evaluación, año de evaluación, ficha técnica con un resumen ejecutivo y evaluación completa disponible en formato PDF, para su respectiva descarga.

Situación de evaluación en Tucumán y marco normativo

La provincia de Tucumán, desde el año 2007, viene trabajando en la implementación de planes estratégicos o planes quinquenales, con una

articulación y asistencia de diversos organismos a nivel internacional, nacional e intraprovincial.

De este modo, adhiriendo y trabajando en base a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, recibe de Naciones Unidas, apoyo para realizar los diagnósticos pertinentes y en base a una situación actual alcanzar a una situación deseada y posible de alcanzar, con los esfuerzos que una gestión pública transparente y capacitada puedan brindar.

En esta línea de acción se incluyen los aportes de universidades estatales y privadas sitas en la provincia, arribando a los Lineamientos Estratégicos para el Desarrollo Social y Económico de Tucumán, que constituyen un conjunto de logros materiales y sociales a ser alcanzados conjuntamente por la provincia y la sociedad civil. Es decir, los lineamientos señalan la dirección para la concreción de lo que algunos llaman el Bien Común de una sociedad; esto es, aquellas condiciones materiales y humanas que permiten que todos y cada uno de los habitantes de la provincia puedan desarrollarse plenamente como personas, como seres humanos,

El Gobierno Nacional contribuye con fondos no reintegrables para algunas obras y acciones a implementar.

El Poder Legislativo provincial, adecúa las normas vigentes para ejecutar o accionar los nuevos lineamientos, que significan una modernización y jerarquización de la administración pública provincial.

Por último ingresa el BID, con un equipo técnico que además de aportar manuales de procedimiento y metodológicos de planificación estratégica y evaluación de las políticas, planes y programas con ejecución en este territorio; capacita a funcionarios y los acompaña en la institucionalización de una nueva forma de trabajar, implementar y administrar la cosa pública.

Administrativamente el Poder Ejecutivo provincial modifica las funciones de la Secretaria de Estado de Gestión Pública y Planeamiento, incluyendo, entre otras:

- Promover la elaboración de instrumentos de planificación, monitoreo y evaluación de la gestión y políticas públicas, en el ámbito de la Administración Pública Provincial, y la formulación y seguimiento de planes y programas, enmarcados en los objetivos y prioridades de mediano y largo plazo.
- Coordinar entre los organismos gubernamentales, instituciones y asociaciones de la sociedad civil, la formulación de planes, programas y proyectos conforme a los lineamientos estratégicos para el desarrollo.
- Elevar al titular del Poder Ejecutivo Provincial las normas, instrumentos, y recursos necesarios, para la implementación de los lineamientos estratégicos, para el desarrollo provincial a mediano y largo plazo.

En este contexto se pueden mencionar algunas experiencias de evaluación en esta provincia, siendo elegidos los ministerios de atención directa a las poblaciones más vulnerables, ellos son: Desarrollo Social, Educación y Salud.

-Ministerio de Desarrollo social: concreta una evaluación de impacto a cargo del Observatorio Sobre la Situación Social de la Niñez y Adolescencia en Tucumán (ONAT), implementada al programa “De comedores Infantiles a Cocinas Comunitarias”.

El ONAT nace por una iniciativa de UNICEF Argentina en convenio y colaboración con la Secretaria de Estado de Gestión Pública y Planeamiento del Gobierno de Tucumán para reunir, analizar y publicar información relacionada a la situación de las niñas, niños y adolescentes de la Provincia. A su vez, el ONAT se crea para estudiar y difundir la inversión social realizada en beneficio de ellos.

El resultado de la evaluación, entre otros datos de relevancia de la provincia se plasman en el documento: "La Niñez y la Adolescencia de

Tucumán: Herramientas para la Planificación, Monitoreo y Evaluación de las Políticas Pública", disponible en virtualmente en página de ONAT.¹¹

Se pudo entrevistar a la Lic. Ana Fontdevila Mirkin, investigadora integrante del equipo técnico del ONAT; quien explica que se trata de un equipo interdisciplinario, conformado por: politólogos, economistas, estadistas y trabajadores sociales. Los cuales llevan a cabo diversas investigaciones en la provincia, articulación entre el sector público y privado, brindando apoyo, asesoramiento y colaboración, en lo pertinente al diseño de políticas públicas sobre niñez.

Este equipo planifica anualmente sus actividades, las mismas se elevan a Unicef, quien aprueba cuales se concretaran. Solamente algunos documentos son publicados. Actualmente investigan y abordan la temática: Niños en Situación de Calle.

-Ministerio de Educación: concreto en el año 2016 una evaluación diagnóstica interna, determinando la necesidad de la creación de la Dirección de Calidad Educativa, a fin de integrar y articular los distintos niveles y modalidades del Ministerio y ser una fuente que aporte información, para saber desde donde se debe avanzar en la construcción de políticas públicas educativas.

La Dirección tiene dos departamentos: el de Evaluación de la Calidad Educativa y el de Estadística Educativa. El primero está orientado a diseñar e implementar un sistema integral que permita una evaluación permanente y continúa de la calidad educativa y permitirá planificar el trabajo sobre los resultados obtenidos. El segundo elabora los diseños metodológicos para el trabajo con datos y abordajes cuantitativos, construyendo indicadores propios que permiten la contextualización de propuestas y proyectos educativos

Se realiza consulta a Dra. Viviana Pérez, quien solo pudo aportar que desde dicha entidad se está trabajando en un censo anual al plantel

¹¹ www.onat.gob.ar

docente, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, remarcando que dicha Dirección entro en vigencia, durante el año en curso.

-Ministerio de Salud: realiza periódicamente dos tipos de evaluaciones.

a- Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), conjunto de acciones y competencias destinadas a proteger y mejorar la salud de la población. El procedimiento se realiza de acuerdo con un instrumento de medición impulsado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Tendiente a conocer las capacidades para ejercer la salud pública. De allí, surgen las fortalezas a consolidar y las debilidades a atender, que aportarán en la confección de las políticas sanitarias de la provincia.

La metodología, considera el grado de avance de diferentes áreas en salud, como el monitoreo, el análisis de la situación de salud; la investigación y control de riesgos; la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos; el desarrollo de políticas y planificación institucional; la regulación y fiscalización; el acceso equitativo a los servicios de salud; los recursos humanos y capacitación; el mejoramiento de la calidad de servicios de salud; la investigación; y la reducción del impacto en emergencias y desastres.

En general, las FESP reflejan la función rectora de los ministerios de Salud, aunque para su logro pueden participar otros organismos gubernamentales.

b- Evaluación de desempeño gestión por competencias: medición del desempeño laboral de los trabajadores: cuyo marco normativo es la Ley N°: 5908 Carrera Sanitaria Provincial, expresa sintéticamente que todos los empleados permanentes y transitorios del SIPROSA tienen el derecho y la obligación de ser calificados una vez al año.

La medición del desempeño laboral de los trabajadores y su potencial desarrollo, es a través de un juicio objetivo sobre su conducta laboral y sus aportes al cumplimiento de las metas de los distintos servicios y áreas, con el fin de alcanzar la excelencia de los mismos.

Entendiendo que competencia al conjunto de conocimientos habilidades y actitudes que llevan al individuo a un desempeño exitoso a través de comportamientos observables.

La gestión por competencias se centra en el desarrollo de la persona en su totalidad:

- Saber (tener conocimientos necesarios)
- Saber hacer (la aplicación de estos conocimientos)
- Saber ser (relacionado con las habilidades, capacidades, valores de las personas)
- Querer hacer (motivación) y por último, poder hacer (posibilidades)

Objetivos de la evaluación:

- Detectar necesidades de capacitación y formación que permitan mejorar el rendimiento del empleado en su puesto actual.
- Mejorar la comunicación entre jefe y colaborador, propiciando el intercambio para el crecimiento y desarrollo.

Beneficios de la evaluación de desempeño	
Para el evaluado	Para el evaluador
<p>Conocer aspectos conductuales que la institución valoriza.</p> <p>Construir planes de acción con su jefe para mejorar su desempeño.</p> <p>Ser estimulado para trabajar en equipo e identificarse con los objetivos del mismo.</p> <p>Optimizar las relaciones laborales entre pares.</p> <p>Conocer expectativas de su jefe, individuales y colectivas.</p> <p>Ejercer su derecho de conocer cuál es la opinión que su jefe tiene sobre él.</p>	<p>Evaluar mejor el desempeño contando con un sistema que intenta minimizar la subjetividad.</p> <p>Planificar y organizar mejor su unidad de trabajo.</p> <p>Establecer un canal formal de comunicación con sus colaboradores.</p>

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

Asimismo representa un incremento salarial mediante un escalafón horizontal, como una promoción de los agentes que reúnan los requisitos de escolaridad y dos últimas evaluaciones satisfactorias, a un nivel superior, según corresponda.

Para conocer las apreciaciones sobre esta tipo de evaluación, se realiza entrevista semi-dirigida al Lic. Esteban Getar de la Sala de Neurología del Hospital Padilla, quien manifiesta: *-“Se trata de una prueba piloto porque hace dos o tres años se empezó a implementar, pero es un buen paso para mejorar la calidad prestacional. Tiene parámetros objetivos y susceptibles de medición, pero otros aspectos son utópicos –predisposición al trabajo, flexibilidad-. Se puede alcanzar un total de 100 puntos y hay personas que obtienen un promedio muy alto, pero por ejemplo no realizan capacitaciones de forma permanente y las personas que si se capacitan, no pueden adjuntar los certificados correspondientes.*

Observo que en caso de una buena relación entre evaluador y evaluado se puede favorecer en la calificación obtenida.

Hay difusión y una buena comunicación del reglamento de la evaluación, como por ejemplo la posibilidad de firmar en disconformidad.

En cuanto a los beneficios económicos que presupone en su marco normativo, se concretan de modo tardío y solamente en cuanto a la remuneración mediante escalafón horizontal”-.

Capítulo Tercero

DISCAPACIDAD REHABILITACIÓN HABILITACIÓN

No se nace con un impedimento; es el medio circundante que lo determina.
Leo Buscaglia.

Modelos de discapacidad

La valoración social de discapacidad y de las personas con algún tipo de limitación o condicionamiento, se fue modificando evolutiva y globalmente.

Estas consideraciones se concretan en diversos modelos de discapacidad vigentes.

Modelo	Principales Aportes
Médico	Localiza el problema dentro del individuo y analiza sus causas como consecuencias. Recuperación de la enfermedad exclusivamente. Modelo Lineal y causal: Enfermedad-Deficiencia-Discapacidad-Minusvalía.
Social	Redefinición de discapacidad, entendida esta como una opresión social, de sometimiento social, situación impuesta. Es la sociedad quien discapacita a las personas con alguna deficiencia-limitación-. Enfatiza en que las personas obtengan el control de sus vidas, se rechaza la segregación, institucionalización, promover el ejercicio de derechos
Bio-psico-social	Es el modelo Oficial, propuesto en 2.001 por la OMS, como una integración de los modelos anteriores, con una visión integral y cambios conceptuales. Surge la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento) que brinda un lenguaje unificado y estandarizado, codificación, un punto de referencia para descripción de la salud y los estados relacionados con ella. El funcionamiento humano es entendido como una interacción entre la condición de salud y factores ambientales, que

	influyen positiva (facilitadores) o negativamente (barreras).
Rehabilitación Basada en la Comunidad.(RBC)	<p>Conjunción OMS, OIT y la UNESCO.</p> <p>Es una estrategia para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad que tiene en cuenta los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD)</p> <p>Promueve la colaboración entre los dirigentes comunitarios, las personas con discapacidad, sus familias y otros ciudadanos involucrados para ofrecer igualdad de oportunidades a todas las personas con discapacidad en la comunidad.</p> <p>Elementos Básicos: apoyo a nivel nacional mediante políticas, coordinación y asignación de recursos.</p>
Diversidad funcional	<p>Se expone un nuevo concepto “Diversidad Funcional”, para sustituir a otros de semántica peyorativa como “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc.</p> <p>Partiendo del reconocimiento de que la diversidad, la diferencia, es un atributo inherente al ser humano. Se refiere a personas con cuerpos u órganos que funcionan de modo diferente al de la mayoría, y por motivo de esa diferencia, realizan tareas habituales de manera distinta a la convencional.</p>

Elaboración propia en base a múltiples fuentes.¹²

La coexistencia teórica y práctica de los modelos de discapacidad supra descriptos, influye en el diseño e implementación de políticas públicas

¹² Céspedes, Gloria M (2.005), OMS publicaciones varias detalladas en bibliografía.

destinadas a revertir los condicionamientos o ciertos padecimientos de las personas con algún tipo de discapacidad y de su entorno más próximo.

Políticas, lineamientos y adhesiones presentes a nivel internacional, nacional y provincial respecto a esta temática, describo a continuación:

Plano Internacional

La Asamblea General de las Naciones Unidas, reconociendo entre otras variables: *que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás; y la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo.*

El 13 de diciembre del año 2006 proclamada la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD), estableciendo entre otros, el artículo 26, titulado rehabilitación y habilitación, que expresa:

1- Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:

a- Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;

b- Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación (crear una función) y rehabilitación (devolver una función dañada/ deteriorada/ perdida).

Plano nacional y marco normativo vigente

En Argentina se evidencia una coexistencia de normativas basadas en la cultura de la normalidad, que dista de un enfoque de derechos; incapaz de concebir igualdad en diversidad y una visión humanista y progresista tendiente a una plena integración. Lo cual se detalla sintéticamente en el siguiente cuadro normativo.

Leyes	Derechos
24.901	Derecho a las prestaciones básicas en Rehabilitación Integral. Es decir una cobertura total por parte de las obras sociales y/o del Estado. De manera complementaria se menciona atención domiciliaria y ayuda económica a la familia, mediante el pago de un cuidador domiciliario, que se encuentre capacitado y acreditado, que se encuentre inscripto en monotributo social y en las obras sociales.
22.431	Derecho al cupo del 4% del plantel de empleados de entidades estatales. Las vacantes deben informarse al Ministerio de Trabajo y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad actuara de veedor, por la idoneidad que se reúna para el cargo
24.514	Accesibilidad de personas con movilidad reducida. Edificios públicos y privados con rampas, escaleras y pisos con antideslizantes, pasillos anchos, estacionamiento zona reservada. Asimismo posibilidad de acceso a parques, plazas y espacios de

	recreación.
25.504	Se designa al Ministerio de Salud, para la emisión del CUD, certificado de discapacidad, como único documento que acredita tal situación, se basa en una certificación de grado y naturaleza de la misma con posibilidades de rehabilitación, cuyo marco teórico CIF, de la OMS.
26.378	aprueba la CIDPD
27.044	Otorgar jerarquía constitucional a la CIDPD

Elaboración propia, fuente Ministerio Nacional de Justicia y Derechos Humanos.¹³

Plano provincial y marco normativo vigente

En la provincia de Tucumán se pueden mencionar organismos oficiales y de la sociedad civil, que brindan asistencia a personas en situación de discapacidad, entre otras se puede mencionar bajo la órbita del Ministerio de Desarrollo Social:

- la Dirección de Discapacidad, que se encuentra provista de un registro de todos los recursos disponibles para personas con discapacidad.

- el Hogar San Benito que alberga a niños/as con discapacidad en situación de riesgo y/o desamparo hasta su mayoría de edad. Pueden egresar con familias solidarias, o ser derivados a Hogares Privados.

- Talleres Protegidos COTAPRO: que brinda capacitación informal en oficios varios -artesanías, pintura, panadería, otros: a jóvenes con discapacidad mental a partir de los 18 años.

Dentro del Ministerio de Salud Pública, existe una red de servicios de rehabilitación que brinda asistencia integral de modo gratuito. También funciona la Junta Provincial de Discapacidad, que emite el CUD, único documento que acredita dicha condición de persona con discapacidad y, hace posible el acceso a todos los beneficios explicitados en las leyes que a continuación se detalla, sumadas a las de rango nacional.

¹³ www.servicios.infoleg.gob.ar. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Leyes	Aportes
5.806	Describe el derecho a licencia (90 a 180 días) por tratamiento de hijo o cónyuge con discapacidad y de una asignación especial (50 o 100 % del sueldo).
8.276	Prioridad en la atención a personas con discapacidad, enfermos oncológicos, mayores de 70 años y mujeres embarazadas.
7.857	Derecho a la inclusión escolar. Promoción y protección integral de niños/as y adolescentes con necesidades educativas especiales. Para ello deberán presentar informe de integración por equipo evaluador pertinente donde se detalle capacidad para integrarse y nivel de desarrollo psicosocial. De acuerdo a la Ley Nacional 24.901 las obras sociales deben cubrir maestra integradora.
7.811	Accesibilidad a transporte público (terrestre, aéreo, acuático, corta y larga distancia) Asimismo derecho a viajar gratuitamente en líneas de transporte terrestre, con acompañante en caso que figure dicha prescripción en certificado de discapacidad.
6.830	Régimen de protección integral, promueve entre otras variables: Atención de la discapacidad, rehabilitación integral a cargo del SIPROSA, prestaciones asistenciales, formación laboral y profesional, subsidios y préstamos a actividades laborales o educativas, pase gratuito en transportes público de pasajeros, regímenes diferenciales de seguridad social, derecho al 5% de cupo para acceder a vivienda construidas por el IPV y DU, La condición de discapacidad no exime de abonar las cuotas.
8.646	Acceso gratuitos a espectáculos públicos y su acompañante con un descuento del 50%
8.123	Crea el consejo provincial para personas con discapacidad.

Elaboración Propia. Fuente página oficial de la provincia de Tucumán, sección leyes y decretos.¹⁴

¹⁴ www.tucuman.gob.ar

Como cierre de este capítulo mencionar a modo de ensayo personal: Si bien en esta última década, hubo un destacable avance inclusivo, con un pensamiento humanista y con una doctrina en derechos humanos, la CIDPD goza de rango constitucional en nuestro país y en vigencia el modelo social; queda pendiente profundizar una cultura instituyente que legitime un trato igualitario y de respeto a todas y todos los ciudadanos, dejando en el pasado eufemismos, consideraciones de trato infantil, la sustitución de autodeterminación, en el ejercicio de una plena ciudadanía, respetando las diversas maneras de habitar este mundo

Lo cual considero se logra con acciones cotidianas, desde el lugar que cada uno ocupe en la sociedad, incorporando primeramente en nuestro pensar y hacer la perspectiva de derechos y reproduciéndolo en nuestro medio más próximo, instalando así no solo un nuevo lenguaje sino doctrina, aportando con nuestras acciones, con ejemplos concretos, que nuestro decir convalide nuestro hacer.

Capítulo Cuarto
SIPROSA
HOSPITAL EVA PERÓN
SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Donde existe una necesidad nace un derecho.
Eva Perón.

Ministerio de Salud Pública- SIPROSA

El artículo 146 de la Constitución de la provincia de Tucumán manifiesta: en referencia a la salud:

El Estado reconoce la salud como derecho fundamental de la persona.

Le compete el cuidado de la salud física, mental y social de las personas.

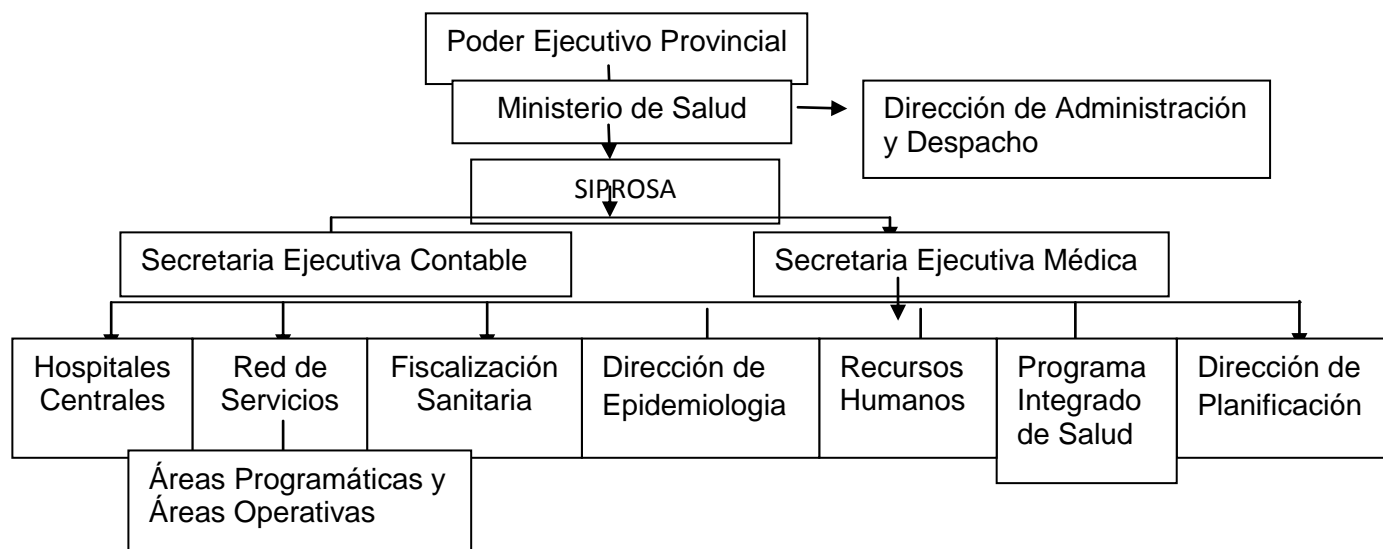
Es su obligación ineludible garantizar el derecho a la salud integral pública y gratuita a todos sus habitantes, sin distinción alguna, mediante la adopción de medidas preventivas, sanitarias y sociales adecuadas. La Provincia reserva para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración de salud.

Todas las personas tienen derecho a recibir atención médica en los hospitales y establecimientos públicos de salud.

Si al momento de requerir el servicio, el ciudadano careciera de medios y no existiera capacidad asistencial por parte del Estado, éste deberá derivarlo a otros efectores sanitarios a costa del Estado provincial.

Se dará especial protección a las personas con discapacidad y se asegurará la prestación de atención médica, de servicios de rehabilitación y de apoyo. Se deberán diseñar programas de protección integral de los discapacitados, para que el entorno físico sea accesible y para asegurar su plena integración e igualdad de oportunidades.

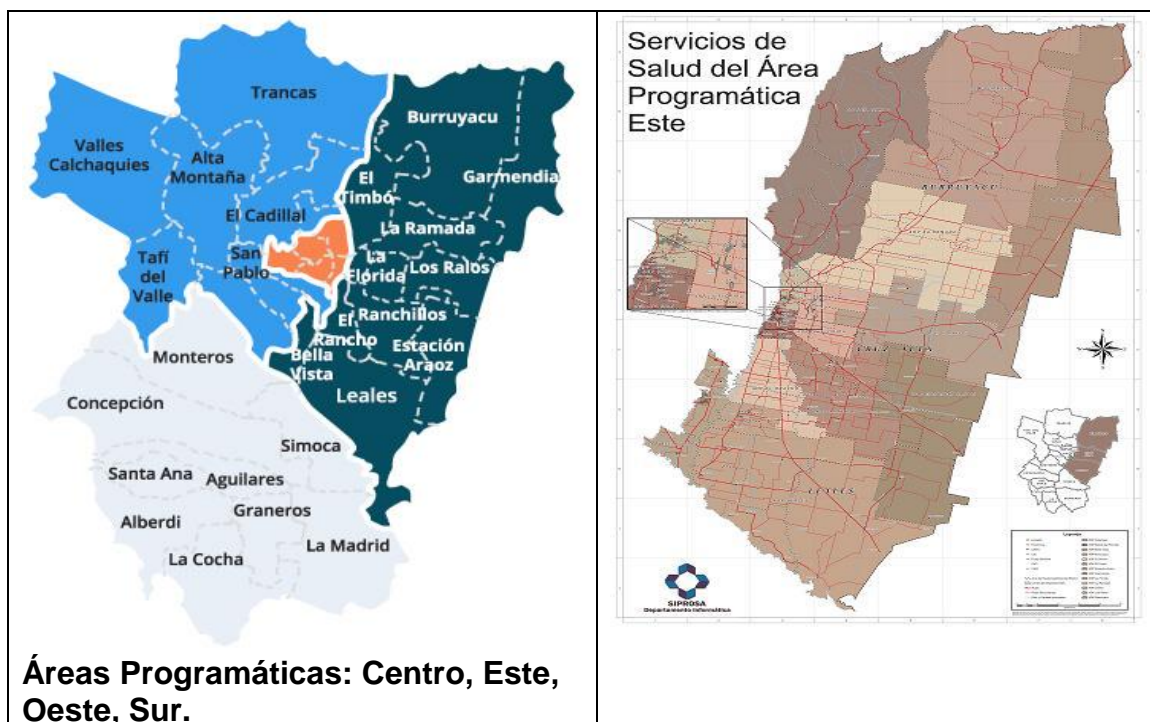
Con este fundamento constitucional y de manera explícita mediante la Ley N° 5652, se concreta el Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), como un organismo autárquico, con una normatividad centrada y descentralización operativa. Administrativamente se estructura de la siguiente manera:



El Sistema Provincial de Salud, se encuentra dividido geográficamente en áreas programáticas, estas a su vez en áreas operativas. De acuerdo a la complejidad y prestación que brindan, se clasifica a las instituciones de salud en tres niveles, atención primaria ambulatoria básica y general, atención de mediano y alto riesgo con internaciones, tal como se ilustra en la siguiente tabla y se gráfica en los mapas:

Áreas Programáticas.	Población	Hospitales (II y III nivel atención)	Centros de Atención Primaria (I nivel)
Centro	49%	7	77
Oeste	12%	6	60
Este	18%	10	78
Sur	21%	11	74
Total	100%	34	289

Elaboración propia. Fuente www.msptucuman.gob.ar



Fuente www.msptucuman.gov.ar

Hospital Eva Perón

El Hospital Eva Perón, se sitúa en el Área Operativa Este, la cual se encuentra conformada por los departamentos Burruyacu, Cruz Alta y Leales; de acuerdo al censo poblacional 2010 cuenta con 238.197 habitantes, de ellos 95.000 niños de 0 a 16 años y se registran 5.726 nacimientos por año.

En esta área confluyen: indicadores de morbilidad superiores a la media provincial, carencia de servicios maternos-infantiles, con el agravante de una crisis financiera, político e institucional acaecida en Argentina durante el año 2001; por la cual trasciende internacionalmente, penosas situaciones de desnutrición grave en niños y niñas tucumanos, siendo el área este una de las más afectadas. Esta situación motivo por un lado la afluencia de aportes públicos y privados, nacionales y extranjeros y la necesidad de ampliar la red de atención obstétrica y de neonatología en la provincia.

El día 14 de noviembre de 2003 mediante una línea de crédito para países empobrecidos, el Fondo de Ayuda al Desarrollo Español (FAD),

otorga 15,9 millones de euros para un proyecto de asistencia en Tucumán, del cual solo el 25% es una donación, con cuatro años de gracia y diez de amortización, implica como condicionamiento ejecución mediante licitación pública internacional.

Dicho endeudamiento nacional fue aprobado el 14 de abril de 2008, mediante el Decreto 623/2008, aportando el gobierno nacional 20 millones de pesos para obras complementarias. Sumado a ello se debe mencionar que la provincia de Tucumán contribuye con el terreno y más un millón y medio de euros como desajuste inflacionario.

Estos fondos significaron, no solo a la puesta en marcha del Hospital Eva Perón sino obras neonatologías y obstétricas en otros nosocomios de la provincia como ser Hospital Avellaneda en la capital provincial y en localidades del interior Hospital de Monteros y Regional de Concepción.

Por ello, siendo el día 06 de junio de 2013 se inaugura oficialmente el Hospital Eva Perón, pero abre sus puertas a la atención comunitaria al día próximo siguiente, no obstante comenzó a gestarse en 2002 como producto del flagelo de la desnutrición en la provincia. y la necesidad de ampliar los servicios a los sectores más vulnerables en dicha época: mujeres embarazadas y niños.

Estructura Organizacional HEP

Presentación Hospital general de agudo con orientación materno-infantil que brinda atención sanitaria a la población del Área Este de la Provincia de Tucumán, a pacientes derivados de otras áreas de la provincia, como también de los pueblos rurales limítrofes de la provincia de Santiago del Estero.

Misión Brindar calidad en el cuidado de la salud, trabajando con vocación de servicio para el bienestar de la comunidad.

Visión Constituirse en un hospital de excelencia, referente en su modelo de gestión por procesos.
 Participar activamente en docencia e investigación.

	Formar agentes de cambio en el sistema de salud.
Valores	Respeto. Compromiso y Pertenencia. Trabajo en Equipo. Vocación de Servicio. Practica Responsable.
Organización Funcional	Implementa un modelo de gestión por procesos y servicio de referencia contra referencia, en red con los Caps, policlínicas y hospitales locales del área este, recibe aquellos pacientes que por su patología no pueden resolverse en el primer y segundo nivel de atención. A su vez, los profesionales de los hospitales realizaran contra referencia, a estos centros para garantizar la atención integral del paciente.
Organización Edilicia	El predio posee 9 hectáreas, con una construcción de 12.800 metros cuadrados, en dos plantas. Posee 108 camas de internación entre terapia intensiva e intermedia de adultos, clínica de adultos, pediatría, terapia intensiva de neonatología, UTPR, guardia, otros, permitiendo una apropiada interrelación entre los servicios. Rehabilitación, consultorios externos y laboratorios se encuentran en la planta baja, formando parte del espacio central.
Recursos Humanos	Presenta un plantel de 560 empleados designados por el Ministerio de Salud de la provincia, de los cuales el 80 % es personal asistencial, es decir vinculado directamente con la asistencia del paciente: médicos enfermeros, bioquímicos, psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, odontólogos, obstétricas, etc. El 20 % restante realiza tareas administrativas y contables, denominado personal no asistencial.
Plan de apertura	Se habilita de manera paulatina y progresiva, de acuerdo a plan estratégico, en una primera etapa brinda atención

materno infantil, en una segunda polivalente y finalmente el servicio de rehabilitación.

Elaboración propia. Fuente www.msptucuman.gob.ar. Dossier HEP.

PROGRAMA FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE REHABILITACION DEL HOSPITAL EVA PERÓN

Nombre del servicio/unidad	UNIDAD DE GESTIÓN DE REHABILITACION
Domicilio	RUTA 9 Y CALLE DEL CARMEN
	BANDA DEL RÍO SALÌ – CRUZ ALTA – TUCUMÁN
Equipo de la Unidad de Gestión	DRA INGRID SHVARTZ MEDICA FISIATRA, KINESIOLOGA 4 FONOAUDIOLOGA1 PSICOLOGA1 T.O1 T.S.1PSICOMOTRICISTA 1

INTRODUCCION

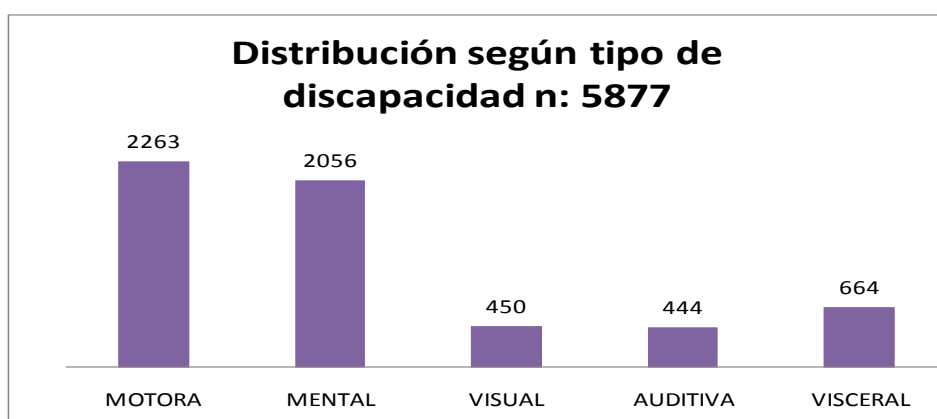
El Hospital Eva Perón es un Hospital General de agudos con orientación Materno Infantil, que brinda atención sanitaria a la población del Área Este de la Provincia de Tucumán.

La unidad de gestión de Rehabilitación, se incorporará a la Red de Atención de Rehabilitación de la Provincia de Tucumán actualmente compuesta por el Hospital Avellaneda, Hospital de Niños, Centro de Rehabilitación Los Menhires de Tafi del Valle, de segundo nivel, a su vez forma parte de esta red el CAPS Islas Malvinas de Villa Carmela, representando al primer nivel de atención.

El objetivo de este servicio, es dar una respuesta integral en lo que respecta a la promoción, prevención y asistencia; en cuanto a Rehabilitación e Intervención Temprana a la población infanto juvenil, de 0 a 16 años y adultos, solo en la modalidad Rehabilitación Domiciliaria, que presenten alguna discapacidad o que representen grupo de riesgo, es de decir probabilidad de desarrollar alguna discapacidad, en el Área Programática Este, a su vez implementar la modalidad de Rehabilitación domiciliaria, para lograr una mayor accesibilidad al Servicio, a las personas que por razones de distancia no puedan llegar hasta el hospital.

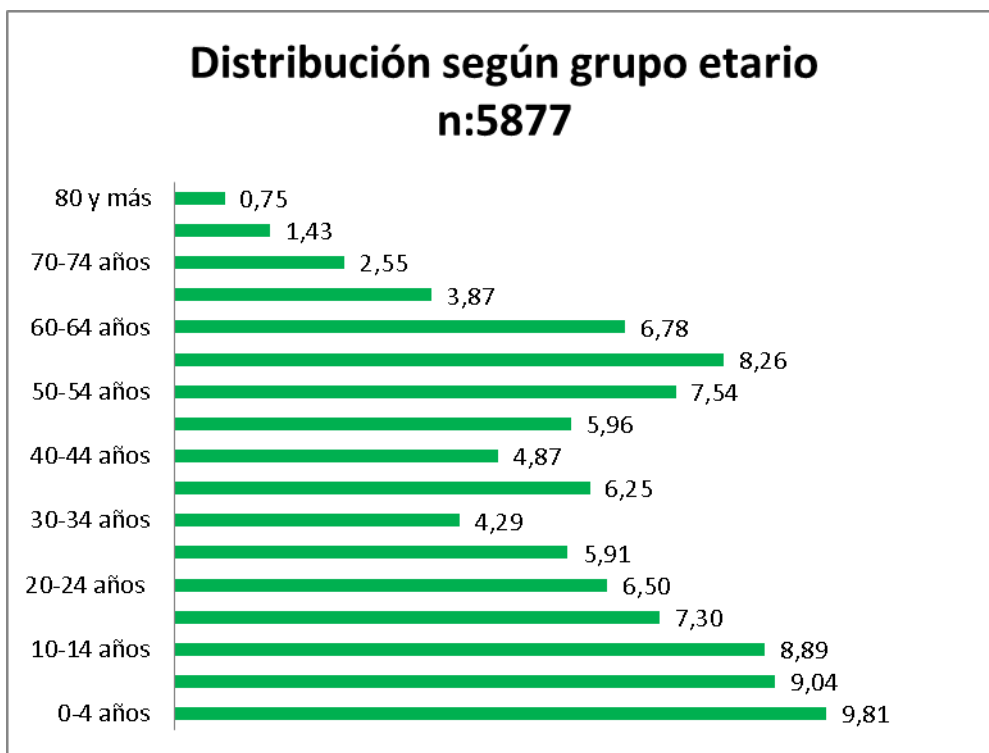
JUSTIFICACION

De acuerdo a los datos suministrados por la Junta De Discapacidad en lo que respecta a la cantidad de personas con discapacidad que poseen Certificado Único de Discapacidad en el APE, podemos decir que según el tipo de discapacidad en nuestra Área contamos con una mayoría de Discapacidad Motora con aproximadamente 2263 pacientes, mientras que la Discapacidad Mental presenta 2056 pacientes, la Discapacidad Visceral 664 pacientes, la Discapacidad visual 450 pacientes y la Discapacidad Auditiva 444 pacientes.



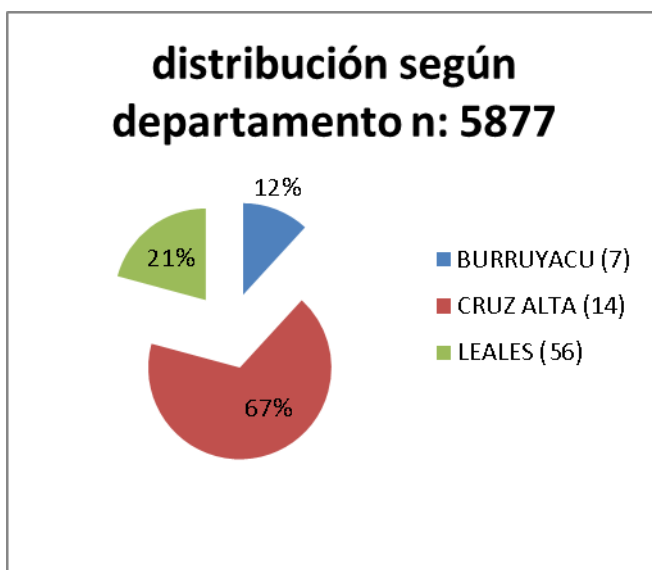
JUNTA DE DISCAPACIDAD 2012

En cuanto a la distribución según grupo Etario podemos decir que los niños de 0 a 4 años representan un porcentaje de 9.81%, mientras que los de 10 a 14 un 9.04%, porcentaje que disminuye acorde aumenta a edad.



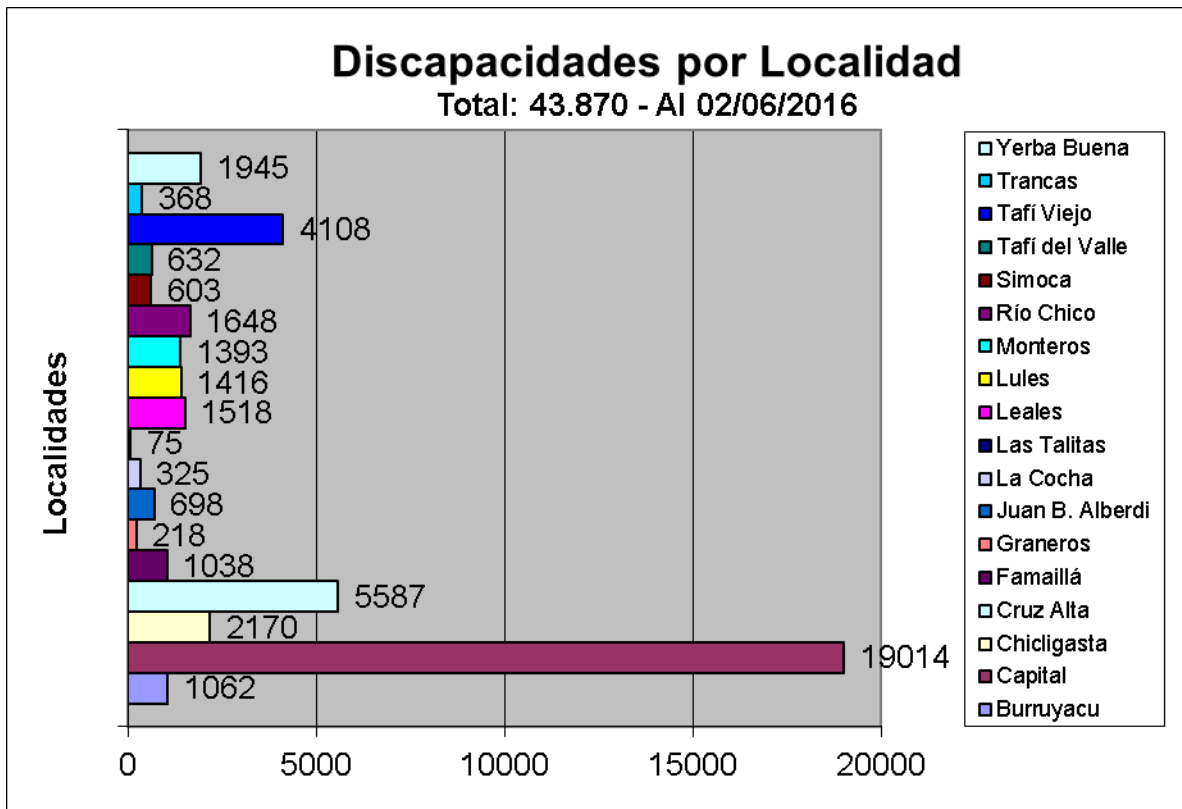
JUNTA DE DISCAPACIDAD 2012

En cuanto a la distribución según departamento el mayor porcentaje de pacientes con discapacidad que tienen CUD se encuentra en Cruz Alta con un 67%, seguida por Leales, con un 21% finalizando con Burruyacu con un 7%.



JUNTA DE DISCAPACIDAD 2012

De acuerdo a la distribución geográfica provincial actualizada al mes de junio 2016, podemos observar que el Área Programática Este ocupa el segundo lugar.



JUNTA DE DISCAPACIDAD 2016

Es por esto que esta unidad de gestión, a través del trabajo en red con los demás efectores del sistema de salud provincial, brindará atención integral programada a la población del Área Programática Este para el abordaje de las problemáticas prevalentes, ofreciendo estrategias acordes a la solución de las mismas.

DEFINICIÓN

La Unidad de Gestión de Rehabilitación es un servicio destinado a la admisión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención y derivación asistida de los niños con Discapacidad o de Alto Riesgo de padecerla que consulten al Hospital Eva Perón. En el marco de un abordaje en red

brindando una asistencia fundamentada en la Ley Nacional de Discapacidad 24.901.

MISIÓN

Promover una atención integral, con orientación comunitaria y en red, humanizada, de calidad, sostenida por los derechos de niños/as y adultos con necesidades especiales (dentro del marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad); que les permita alcanzar su máximo potencial de crecimiento y desarrollo, para una adecuada integración escolar y social en general.

VISIÓN

Ser un servicio modelo que trabaje de manera articulada, interdisciplinaria, orientado a contener a la población infanto juvenil y adultos en la Modalidad Rehabilitación Domiciliaria con discapacidad y en riesgo de padecerla del Área Programática Este, con plena capacidad de gestión, planificación, capacitación y evaluación continua, aspirando a transformarse en un centro de referencia de Rehabilitación e Intervención Temprana del Área Programática Este y de la provincia.

VALORES

- Respeto y compromiso con los usuarios del sistema de salud
- Ética
- Colaboración y reciprocidad en el trabajo de equipo
- Excelencia profesional
- Solidaridad
- Calidez humana

POLÍTICAS OPERACIONALES

La Unidad de Gestión de Rehabilitación:

- Trabaja en articulación con la red de Rehabilitación de la provincia.

- Trabajaré en forma articulada con las demás unidades de gestión del hospital, en interconsultas con las diferentes especialidades que se brindan; participación activa en ateneos intrahospitalarios y derivaciones mediante el sistema de Referencia- Contra referencia, desempeñándose acorde a las necesidades de cada sector.
- Realizaré tratamientos ambulatorios en consultorio externo en horarios matutinos y vespertinos en sus distintas modalidades: Medicina Física y Rehabilitación, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social, Psicomotricidad, tanto en Estimulación Temprana como en Rehabilitación.
- Implementaré la Modalidad de Rehabilitación Domiciliaria, acercando a si al hogar del paciente, que por razones de accesibilidad no puede llegar al Hospital, las terapias en las que deba ser abordado.
- La consulta de Rehabilitación diferenciará atención:
 - individual de niños que requieran tratamiento interdisciplinario continuo (Parálisis Cerebral Infantil, Mielomeningocele, Síndrome de Down, a modo de ejemplo.)
 - de niños que deban ser controlados periódicamente, ya que representarían a un grupo de alto riesgo (prematuros, secuelas neurológicas leves, ciertos síndromes genéticos, etc.), para acompañamiento, indicación de pautas de trabajo y pesquisa precoz de alteraciones que requieran de un mayor abordaje.Asimismo es preciso mencionar que los diferentes grupos no son estáticos, pudiendo pasar de continuo a solo control y viceversa, dependiendo de su evolución.
- se llevara a cabo la evaluación y planificación de pacientes adultos que requieran Rehabilitación Domiciliaria.
- Recibiré derivaciones de los Centros de Atención Primaria y Policlínicas del Área Programática Este y de la Unidad de Gestión de Pediatría, Neonatología, Consultorio de Seguimiento del Niño Prematuro, de este hospital, los que serán evaluados por el equipo y

programados según disponibilidad existente para realizar intervenciones pertinentes.

- Programará sus actividades de acuerdo a los objetivos generales del establecimiento.
- La evaluación inicial la hará el Medico Fisiatra quien estará a cargo de indicar el tratamiento de rehabilitación y derivara para su concreción al resto de los profesionales del equipo a cargo de las diferentes aéreas: Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología, Trabajo Social y Psicomotricidad.
- Estará sectorizada y a la vez integrada según función operativa: área administrativa, consultorios, docencia e investigación.
- Suministrará resultados precisos acerca de las evaluaciones que los profesionales derivantes requieran, aplicando las técnicas propias de la especialidad para realizar dichos estudios e informes correspondientes.
- Se llevará un registro de las prestaciones efectuadas, lo que permitirá, un adecuado aporte estadístico de las actividades de la unidad, elevándose la información obtenida a la Dirección de este Hospital, al Departamento de Estadística, y/o institución que lo requiera.
- Establecerá una comunicación fluida con los profesionales de las unidades de salud que solicitan las interconsultas, participando activamente de los espacios implementados en cada unidad, según la disponibilidad de la Unidad de Gestión de Rehabilitación.
- Desarrollará ateneos clínicos y proyectos de investigación internos o en colaboración con otras unidades de gestión, de aspectos clínicos y epidemiológicos que sean de interés para el Sistema Provincial de Salud y hayan sido aprobados por un comité de ética.
- Sostendrá reuniones de equipo semanales de carácter obligatorio, en horario a ser convenido.
- Propiciará la formación continua del personal a través de capacitación en servicio, cursos, control de casos, ateneos clínicos (internos y

hospitalarios), condiciones imprescindibles para evaluar la eficacia de la Unidad de gestión Rehabilitación.

- La elección de las estrategias farmacológicas estará basada en la evidencia, sin dejar de lado el costo/efectividad (indicación de Toxina Botulínica, Baclofeno, para pacientes con espasticidad a modo de ejemplo).
- Se realizará control de las medicaciones y tratamientos previos.
- Se hará hincapié en el conocimiento por parte del familiar del paciente del tipo de diagnóstico, tratamiento, uso de prótesis, ortesis, equipamiento en general y como colaborar activamente en la terapia del niño
- Se realizará prescripción de equipamiento ortésico, protésico y ayuda marcha (bastones y/o andadores etc.), sillas de ruedas con las características que cada paciente necesite y demás adaptaciones para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.
- Se abordará al paciente desde las diferentes áreas de trabajo de esta unidad para lograr una exitosa inserción socio familiar comunitaria, haciendo énfasis dado el grupo etario, en la inclusión escolar.
- Se pondrán en marcha evaluaciones y tratamientos kinesiológicos, Fonoaudiológicos, Psicológico, de Terapia Ocupacional, Psicomotricidad y asesoramiento en el área de Trabajo Social, como parte del tratamiento integral.
- Se llevarán a cabo programas de control de calidad internos y externos.
- Las problemáticas sociales serán abordadas a nivel familiar, fortaleciendo las redes de pertenencias, y con articulación intersectorial, de acuerdo a cada necesidad.
- Su accionar se basará en los siguientes fundamentos:
 - Promover políticas sociales que busquen mejorar la calidad de vida de los individuos, las familias y la comunidad en general y reforzar la interacción entre la salud y el desarrollo humano (OMS)

- Priorizar los tratamientos que favorezcan la participación familiar comprometida.
- Fomentar conductas de trabajo conjuntas con la comunidad escolar para una correcta inserción de nuestros pacientes.
- Realizar el proceso de atención en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.
- Promover la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar la efectividad de las intervenciones.

RELACION CON OTROS SERVICIOS

La Unidad de Gestión Rehabilitación, participará de forma activa en ateneos intrahospitalarios.

Mantendrá contacto fluido con otras Unidades de Gestión mediante interconsultas y derivaciones asistidas, como por ejemplo Pediatría, Neonatología y el Consultorio de Seguimiento de Niños Prematuros, Diagnóstico por Imágenes asimismo con las además unidades de Farmacia, Mantenimiento, Gestión Pacientes, para garantizar el correcto funcionamiento del Servicio.

Mediante la oficina de Referencia y Contra-referencia se relacionará con los demás efectores del Sistema Provincial De Salud.

MENU PRESTACIONAL

En la etapa de apertura la unidad de Gestión estará destinada a los niños de 0 a 16 años que requieran ser abordados en las diferentes modalidades que se brinden, se realizara evaluación y tratamiento de pacientes adultos que requieran Rehabilitación Domiciliaria, ya sean derivados de las diferentes Unidades de Gestión del hospital, de los diferentes CAPS o Policlínicas del Área Operativa Este.

Contará con un equipo de profesionales en capacitación continua, garantizando la mejor atención concretada en cada demanda.

CANASTA BASICA DE PRESTACIONES DE REHABILITACION
MEDICO FISIATRA
Evaluación inicial
Diagnostico
Tratamiento
Evaluación y evolución periódica
Actividades de Gestión del Servicio
Interconsultas con Unidades de Gestión del Hospital
Derivaciones Referencia y Contra-referencia
Prescripción de prótesis, ortesis y demás ayudas técnicas
Tratamiento farmacológico
Coordinación y Supervisión del equipo de trabajo
Asesoramiento a familiares
Actividades de capacitación del personal de la unidad de gestión
Actividades de Prevención
Actividades de Promoción
KINESIOLOGIA
Evaluación Kinésica
Kinesioterapia motora
Pautas de alarma y manejo en el hogar
Capacitación continua
Intervención temprana
Trabajo en equipo
Kinesioterapia respiratoria
Seguimiento de desarrollo y pautas madurativas
Registro de actividades brindadas
Prevención de deformidades articulares
Equipamiento protésico, ortésico y de demás ayudas técnicas
FONOAUDIOLOGIA
Evaluación foniátrica
Consejería a padres y familiar
Evaluación del Complejo Oro Facial
Consulta y orientación de la demanda
Intervención temprana
Intervención en comunicación y lenguaje
Intervención en alimentación y deglución
Capacitación continua
Trabajo en equipo
Registro de actividades brindadas
TERAPIA OCUPACIONAL

Evaluación
Consejería individual y familiar
Capacitación continua
Entrenamiento en Actividades de Vida Diaria
Confección de ortesis, prótesis y ayudas técnicas
Actividades de adaptación del entorno del paciente
Registro de actividades brindadas
Capacitar al paciente para una mejor integración social y escolar
Actividades de prevención y promoción
Trabajo en red
Visita Domiciliaria
TRABAJO SOCIAL
Confección de Informe Social
Evaluación de grupo familiar
Consulta y orientación de la demanda
Asesoramiento para gestión de certificado único de discapacidad
Asesoramiento para gestión de pensión no contributiva
Cogestión de Prótesis, Ortesis y demás Ayudas Técnicas
Cogestión de Medicamentos
Consulta de Trabajo Social
Articulación con otras instituciones estatales, obras sociales y trabajo en red.
Visita domiciliaria
Asesoramiento Social, derivación asistida, cogestión de recursos varios.
Registro de actividades brindadas
PSICOLOGIA
Actividades promocionales
Consejería individual y familiar
Consulta y orientación de la demanda
Evaluación Psicodiagnóstica
Capacitación continua
Psicoterapia individual
Interconsulta médico-psicológica
Intervención psicosocial
Asesoramiento e indicaciones terapéuticas varios
Registro de actividades brindadas

PRODUCCIÓN PROPUESTA

Consultas Ambulatorias: contando con 220 días hábiles.

Unidad de Gestión Rehabilitación	Nº Consult.	Hs. Día x consult.	Total Hs. Atención día	Total minutos atención día	Minuto paciente	Consulta día	Consulta mes	Consulta año
Medico Fisiatra	1	8	8	480	40	15	300	3600
Kinesiología	1	6	6	360	30	12	240	2880
Fonoaudiología	1	8	8	480	30	15	300	3600
Terapia Ocupacional	1	8	8	480	40	10	240	2880
Psicología	1	8	8	480	40	10	240	2880
Trabajo Social	1	8	8	480	40	10	240	2880

RECURSOS HUMANOS

1 Jefe médico: 42 horas semanales a ser cumplidas con funciones administrativa, docencia, investigación y asistencial

3 Kinesiólogos: 30 horas semanales cumplidas en funciones asistenciales, de docencia e investigación.

1 Fonoaudióloga: 42 hs. Semanales cumplidas en funciones asistenciales, de docencia e investigación.

1 Terapeuta Ocupacional: 42 hs. Semanales cumplidas en funciones asistenciales, de docencia e investigación

1 Psicóloga: 42 hs. Semanales cumplidas en funciones asistenciales, de docencia e investigación.

1 Trabajador Social: 42 hs. Semanales cumplidas en funciones asistenciales, de docencia e investigación.

Personal administrativo, de mantenimiento, etc.

RECURSOS FÍSICOS

1. Descripción de unidades funcionales propuestas (consultorio; sala; oficina)

- GIMNASIO 1
- GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL 1
- GABINETE DE ESTIMULACION TEMPRANA 1
- GABINETE DE FONOAUDIOLOGIA 1
- GABINETE DE PSICOLOGIA 1
- GABINETE DE MEDICO FISIATRA 1
- SALA DE REUNION 1
- BAÑOS 3

Todo el recurso físico contara con las medidas y requerimientos contemplados en las Guías de Habilitación Categorizante, del Programa Nacional de Garantiza de la Calidad de la Atención Medica, así como también el equipamiento.

INDICADORES DE RENDIMIENTO

$$\frac{\text{Nº DE CONSULTAS AL MES}}{\text{TOTAL DE CONSULTAS PROGRAMADAS}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES CON PC EN 1 AÑO}}{\text{TOTAL DE NIÑOS ATENDIDOS EN 1 AÑO}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº TOTAL DE INTERCONSULTAS A PEDIATRÍA EN 1 MES}}{\text{TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN 1 MES}} \times 100$$

Nº TOTAL INTERCONSULTAS A NEONATOLOGÍA EN 1 MES
_____ X 100

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN 1 MES

Nº TOTAL DE INTERCONSULTAS A CONTROL DE PREMATURO
_____ X100

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN 1 MES

Nº DE HORAS DESTINADAS A LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
EN 1 MES
_____ X100

TOTAL DE HORAS TRABAJADAS EN 1 MES

Proceso Asistencial: Intervención y Estimulación Temprana.

Introducción:

El Hospital Eva Perón nace con la finalidad de complementar y jerarquizar las prestaciones de salud, de todos los ciudadanos pertenecientes o concurrentes al Área Programática Este de la Provincia de Tucumán, constituida por los Departamentos: Burruyacu, Cruz Alta y Leales.

Presento en una primera etapa, un perfil sanitario orientado a la atención materno-infantil, con la convicción de implementar enfoques integrales, interdisciplinarios, en red, de calidad, a fin de arribar a resultados eficientes y eficaces, que signifiquen efectivización de los derechos de salud y aporten al bienestar y equidad general de la comunidad, respetando su idiosincrasia sociocultural. Ello, en la medida de los recursos disponibles y la optimización de los mismos. Asimismo avanzando en una atención polivalente y con especificidad.

Justificación:

En el marco de la organización Mundial de la Salud y de convenios internacionales de derechos, con rango constitucional en nuestro país, surge la necesidad de promover, reforzar y ampliar servicios de rehabilitación, en

casos de alguna situación de discapacidad transitoria o permanente, como asimismo la atención en la primera infancia cuando existan condicionantes en el desarrollo integral de niños/as a fin de garantizar el “buen comienzo en la vida”, alcanzando el máximo desarrollo de sus potencialidades, promoviendo su constitución como sujeto para que pueda incluirse en la sociedad.

De acuerdo a datos oficiales hasta el año 2012, en el AOE se registran 5877 personas que poseen certificado único de discapacidad, de este total prevalecen un 38% de discapacidad motora y un 34% de discapacidad mental. Respecto al grupo etario un 35% corresponde a niños de 0 años a jóvenes de 19 años.

Asimismo existe un importante el número de niños/as asistidos en este hospital, los cuales presentan situaciones de vulnerabilidad: prematuridad, bajo peso, diversas patologías, eventos pre y perinatales adversos, antecedentes maternos, trastornos genéticos y factores socio-culturales desfavorables las cuales condicionan su óptimo crecimiento y desarrollo.

Por todo lo expuesto resulta imprescindible la puesta en marcha de un centro de intervención y estimulación temprana como una primera etapa en un servicio de rehabilitación, a cargo de un equipo interdisciplinario, que brinde una abordaje integral, valorando las condiciones socioculturales particulares de cada niño/a asistido/a y de sus familias.

Misión y Visión del proceso

- Misión: Promover una atención integral, humanizada, de calidad, sostenida por los derechos de niños/as con necesidades especiales; que les permita alcanzar de su máximo potencial de crecimiento y desarrollo, para una adecuada integración escolar y social en general.
- Visión: Ser un centro de referencia en desarrollo infantil e intervención temprana, en el AOE.

Primera selección de procesos clave de la unidad

Derivación del consultorio de seguimiento de niño/a nacido/a prematuro/a y de los consultorios de pediatría de este hospital, como también derivados de CAPS, Policlínicas y CIC del AOE.

- Evaluación médica que indique una asistencia multidisciplinar sistemática.
- Ingreso al centro de intervención temprana.

Definición Funcional del Proceso

- Consiste en la detección por parte de profesionales *ut-supra* detallados, de niños/as que requieran asistencia integral, que les posibilite fortalecer su crecimiento y desarrollo logrando el máximo sus potencialidades, promoviendo su constitución como sujeto pleno para que puedan incluirse en la sociedad.

Límite de Entrada

El proceso inicia con una primera entrevista y evaluación integral del médico fisiatra, que confluye en el diseño de un plan de rehabilitación específico para cada paciente en particular, con el detalle de las diversas intervenciones profesionales que sean pertinentes. Brindando información a los padres y con un monitoreo constante.

Límite de Salida

- Niños/as que cumplan seis años de edad.
- Derivación asistida a otra institución.

Límites Marginales

- Niños prematuros sin alteración de crecimiento y desarrollo.
- Rehabilitación en niños con discapacidad sensorial (auditiva y visual)
- Niños/as que no pertenezcan domiciliariamente al AOE
- Niños/as en proceso de rehabilitación en instituciones privadas.

Misión del Responsable del Proceso:

- Garantizar el conocimiento del proceso a todo el equipo implicado.
- Promover un trabajo humanitario y en equipo, el cual sea sincronizado, sistemático, comprometido y responsable.
- Monitorear el proceso a fin de introducir mejoras constantes.
- Procurar una atención integral de calidad y satisfactoria como producto final

Expectativas de los Destinatarios

Destinatarios	Expectativas
<i>Pacientes y su grupo familiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información comprensible acerca del seguimiento de sus hijos. • Participar activamente en el proceso terapéutico. • Recibir atención personalizada, cálida y cordial, respetuosa.
<i>Equipo Profesionales interviniente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Empezar un trabajo articulado, en equipo, en pos de garantizar una atención integral y de calidad, con mecanismo constante y fluido de feedback. • Alcanzar un trabajo en equipo con igual compromiso y apuesta de cada integrante.

Objetivos y Flujos de Salida

Objetivos	Características de calidad
<p>Inclusión y permanencia en el programa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la articulación de los profesionales intervinientes. • Fortalecer paulatinamente los grados de confianza y seguridad en los padres, para un cuidado adecuado y adaptado a las necesidades de sus hijos. • Uso apropiado y equipamiento de los espacios (consultorio médico, gimnasio, consultorio de fonoaudiología, consultorio de terapia ocupacional, consultorio de psicología, consultorio de trabajo social, sanitario, entre otros y mantenimiento del orden e higiene de los mismos).
<p>Diagnóstico Tratamiento Promoción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detección precoz de situaciones de riesgo. • Control clínico general e interconsultas con especialidades inherentes: genética, neurología, traumatología, neuro-ortopedia, psiquiatría, a modo de ejemplo. • Explorar la actitud familiar, interrelación niño/a con su familia, los aspectos emocionales de los padres y del niño y evaluación cognitiva (Psicología) • Detección de trastornos auditivos, comunicación y lenguaje, succión, deglución y respiración. (Fonoaudiología) • Evaluación neuro- kinesica (kinesiológia) • Evaluación del desenvolvimiento en sus actividades de vida diaria (Terapia ocupacional)

	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de problemas socio familiares y ambientales que signifiquen condicionantes en la salud y desarrollo integral del niño/a. Orientar, asesorar y movilizar para el uso y/o obtención de diversos recursos. Articulación comunitaria intra e intersectorial, para promover RBC (Trabajo Social) • Prácticas profesionales efectivas. • Establecer un plan de acción superador de acuerdo a las particularidades de cada realidad. • Ateneo Interdisciplinario, de integración, capacitación y evaluación.
<p>Comunicación y coordinación de intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer las normativas de funcionamiento. Implicar a los padres en la importancia de respetar los turnos. • Llevar una historia clínica interdisciplinar de cada asistente. • Intervenir intersectorialmente, en caso de necesidad.

Descripción de los subprocesos

SPR. 01: “Derivación a servicio de rehabilitación”

- Se produce cuando a un niño/a se le detecta una necesidad de intervención temprana a fin de fortalecer su desarrollo.
- La derivación es a través de profesionales de la salud y se efectiviza por otorgamiento de turno mediante admisión central o por oficina de referencia-contrareferencia.

SPR. 02: “Ingreso al servicio de intervención temprana ”

- Se inicia con evaluación clínica funcional de medico fisiatra y entrevista médica a los padres, se programan turnos internos con cada especialidad interviniente: kinesiología, fonoaudiología,

psicología, terapia ocupacional y confección de informe social.

SPR. 03: “Implementación de plan de intervención”

- Los profesionales elaboraran un plan de intervención de acuerdo a evaluación de las necesidades y particularidades de cada niño/a.
- Las sesiones tendrán una duración de 30 a 45 minutos por especialidad.
- Se registraran informes mensuales de cada intervención.
- Se preverá que cada niño/a reciba en un mismo día, las intervenciones por especialidad descriptas en su plan asistencial.
- Se realizaran talleres para padres.
- Se articulara intersectorialmente y de acuerdo a cada realidad.

SPR. 04: “CIERRE DE LA INTERVENCION”

- Se produce por una derivación a centro de mayor complejidad.
- Por ausentismo a tres sesiones sin previo aviso.
- Al cumplir seis años de vida el niño/a.
- Por alta médica funcional.

Actividades, tareas y criterios de calidad

SPR. 01: “Derivación a servicio de rehabilitación ”		
RESPONSABLES	ACTIVIDADES	TAREAS Y CRITERIOS DE CALIDAD
Plantel de profesionales de la salud.	Atención y consulta medica	• Reseña de historia clínica.

Subproceso 02: “Ingreso al servicio de rehabilitación”		
RESPONSABLES	ACTIVIDADES	TAREAS Y CRITERIOS DE CALIDAD
Médico Fisiatra	Evaluación y valoración de asistencia especial integral	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe al paciente en su consultorio, realiza los controles médicos funcionales, informa a la familia plan de intervención integral. • Realiza plan de rehabilitación detallando especialidades • Coordina el trabajo de equipo

Subproceso 03: “Implementación de plan de intervención”		
RESPONSABLES	ACTIVIDADES	TAREAS Y CRITERIOS DE CALIDAD
Kinesiología	Evaluación y abordaje terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe a los padres y realiza una entrevista para conocer los antecedentes y asentarlos en el informe posteriormente. • Evalúa el desempeño motor del niño. • Observa el manejo de los padres con el niño. • Realiza tratamiento individual de 30 a 45' según el caso. • Explica a los padres el objetivo de la intervención de esta área. • Plantea objetivos de

		<p>intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da recomendaciones a los padres de actividades a realizar en la casa. • Elaboración de informes mensuales.
Fonoaudiología	Evaluación y abordaje terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y realiza una primera entrevista con los padres o tutores • Se evalúa al niño durante la primera o primeras sesiones. • Se elabora plan de tratamiento de acuerdo a lo evaluado • Se inicia terapia de manera personalizada e individual de entre 30 y 45' según sus necesidades • Se trabajara en forma articulada con el resto de los profesionales intervinientes • Se darán pautas a seguir a los padres o tutores para la continuidad de la terapia en el hogar. • Elaboración de informes mensuales.
Psicología	Abordaje psicoterapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe a los padres y realizada una primera entrevista con los padres. • Se evalúa la pertinencia de intervención con los niños y/o

		<p>con los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y orientación. • Trabajo articulado con el resto de profesionales intervinientes. • En caso de necesidad participación en informe multidisciplinar.
Trabajador Social	Identificación de factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe a los padres • Presentación del profesional • Entrevista social orientada a conocer la organización familiar y detectar factores de riesgo • Elaboración de Informe Social • Cogestiones varias • Asesoramiento, orientación. • Acuerda con los padres los objetivos de la intervención, desde el área social. • Articulación comunitaria para RBC.
Secretaria	Actividades administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Otorga turnos. • Lleva un registro de cada paciente. • Elabora historia clínica de cada niño/a.

		<ul style="list-style-type: none"> • Transcribe e imprime informes • Otros.
Subproceso 04: "CIERRE DE I/C"		
RESPONSABLES	ACTIVIDADES	TAREAS Y CRITERIOS DE CALIDAD
Medico Fisiatra	Evaluación final integradora	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de equipo registrada en acta. • Epicrisis. • Devolución a los padres. • Asesoramiento y derivación asistida.
Kinesiólogo	Acción de cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución a los padres o tutores sobre el trabajo realizado y pautas a seguir a futuro para continuar con su evolución. • Informe de derivación o Alta según corresponda.
Fonoaudiólogo	Acción de cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución a los padres o tutores sobre el trabajo realizado y pautas a seguir a futuro para continuar con su evolución. • Informe de derivación o Alta según corresponda
Psicólogo	Acciones de cierre psicoterapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución a los padres sobre observaciones clínicas durante la asistencia psicoterapéuticas. • Derivación para continuidad

		<p>de terapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conclusión del abordaje psicoterapéutico.
Trabajador Social	Acciones de cierre social	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución del trabajo emprendido de acuerdo a los objetivos establecidos
Secretaria	Acciones de cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Envía a archivo central la historia clínica completa del niño/a asistido.

Equipamiento

RECURSOS	NECESIDADES	CARACTERÍSTICAS DE
RECURSOS HUMANOS	Profesionales del Hospital Eva Perón	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales Titulados y con matricula habilitante al día, idóneos o con experiencia en el área de intervención
RECURSOS FISICOS	Mesas y sillas adaptadas, pelotas, barrales, colchoneta, almohadones, juguetes, caja de juegos terapéuticas, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio confortable, con optima iluminación y ventilación. • Materiales no tóxicos y de material lavable (ej ecocuero)

Unidades de apoyo

Unidades de	Entradas
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reparación y/o mantenimiento integral de las instalaciones destinadas a la sala de intervención
Recupero de costo	<ul style="list-style-type: none"> • Control mensual de la carga correcta en sistema de las prestaciones para su facturación

Informática	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la red y asistencia técnica. • Instalación del material informático, actualización y control.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo diario de las instalaciones.
Unidades clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación en caso de necesidad de estudios complementarios y/o interconsulta.
Referencia contra referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de turnos inter-hospitalarios.
Archivo general	<ul style="list-style-type: none"> • Conservación de la documentación del servicio

Capítulo Quinto

TRABAJO DE CAMPO INFORME DE EVALUABILIDAD

*Hay hombres que luchan un día y son muy buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos.
Pero los hay los que luchan toda la vida
Esos son los imprescindibles.*

Bertolt Brecht

El presente capítulo se encuentra organizado en tres etapas:

- la primera de ellas con un análisis y lectura del plan funcional del SR del HEP, al cual complemento con lecturas de otros planes funcionales y entrevistas estructuradas a profesionales del HEP y de la Secretaria de Estado de Gestión Pública y Planeamiento.

- prosigo con entrevistas y talleres con el grupo de apoyo y expertos externos, consignados para acompañar el inicio del SR con especial atención el área destinada al CET para niños de 0 a 4 años, con quienes realizamos un análisis del diseño del SR del HEP, asimismo con el equipo interdisciplinario designado al SR, entrevistas a los padres de los niños con discapacidad incluidos en la prueba piloto, a algunos pacientes adultos que reciben rehabilitación.

- se entrevista a personal del HEP que presentó vinculación con la apertura del SR: arquitectos, contadores, informáticos, administrativos.

Estas acciones tendientes a conocer su valoración respecto al plan funcional del SR y, a las variables descritas en el modelo de evaluación detallado en el capítulo introductorio. Concluyo presentando mi informe de evaluabilidad.

a)-Lectura y análisis del Plan Funcional del SR- HEP.

Documento oficial que consta de diez páginas, realizado en modelo preformado emitido por la Dirección General de Planificación del SIPROSA. Del mismo se pudo observar la siguiente estructura:

Variables	Dimensiones
Título del servicio	Denominación, domicilio y equipo responsable.
Introducción	Somera presentación y/o caracterización del servicio.
Justificación	Datos diagnósticos cuantitativos, que fundamentarían la necesidad de apertura de este servicio.

Definición	Explica que actividad concreta profesional realiza el servicio.
Misión	A modo de objetivo general.
Visión	A modo de objetivo específico.
Valores	Eje vertebral ético moral.
Políticas Operacionales	Detalla la gestión y/o ejecución de las acciones del servicio, el modo de ingreso de los pacientes, la actividad del jefe del servicio es decir del médico fisiatra, en su rol de dirigir un servicio a nivel administrativo como así también de actividades asistenciales y como habilita el ingreso de cada especialidad a la que le de intervención, de acuerdo a la particularidad de cada paciente.
Relación con otros servicios	Articulación interinstitucional, extra institucional e intersectorial.
Menú Prestacional	Describe los profesionales que integran el equipo y sus respectivas actividades.
Producción Propuesta	Se define solo de manera cuantitativa, es decir la cantidad de consultas a realizar y el tiempo estimado de cada una a nivel diario, mensual y anual. Ello por cada profesional que integra el servicio.
Recursos Humanos	Número de profesionales y la cantidad de horas a desempeñar.
Recursos Físicos	Menciona los ambientes necesarios y como se ajustan a la normativa vigente de categorización y autorización de apertura.
Indicadores de Rendimiento.	De productividad. Indicadores cuantitativos.

Respecto al proceso asistencial de intervención y estimulación temprana, cuenta con todas las variables que se estipulan desde la Dirección de Planificación del SIPROSA, es coincidente con el plan funcional, se trata de una elaboración teórica, construida por la jefa del SR y con aportes solidarios de cada disciplina que tenga implicancia en la intervención, situación que obedece a que aun no se encontraban designados al SR.

Lo que se puede señalar de este proceso asistencial, es que la población objetiva se encuentra detallada de modo fragmentado entre los límites de ingreso, de salida y marginales.

El proceso esta descrito con criterios de calidad unificados de acuerdo a otros SR de la provincia.

En las expectativas tampoco hubo participación de los padres de los pacientes.

Carece de una representación grafica y no se detalla en el sistema de evaluación y seguimiento -ninguna clase de indicadores-, lo que no sucede con el PF.

A posterior de que se me ceda el Plan Funcional del SR y de realizar una lectura global pero rigurosa del mismo y expresarla en la tabla precedente, pude tener acceso a la guía normativa y modelos preformados en blanco, aportados por la Dirección General de Planificación del SIPROSA, asimismo a planes funcionales de otros servicios del HEP, como ser de la Unidad de Gestión de Salud Mental, de la Unidad de Gestión Pacientes y del Servicio Social, lo que permite hacer una comparación, en cuanto a coincidencias o faltantes de variables y/o dimensiones que se presentan en estos respecto al del SR, sin una intencionalidad calificativa. Obteniendo lo que a continuación se detalla:

Normativas para el formato del PROGRAMA FUNCIONAL, instrumento de gestión integral para los establecimientos de salud:

-**Cuestiones de formato:** encabezado según lo enviado por la Dirección de Planificación / Subtítulos en negrita/ letra arial 11/ no subrayado no en cursiva/ todo en MAYUSCULA, sobre fondo gris / interlineado en las descripciones o narraciones es sencillo o 1,0/ interlineado entre el subtítulo y su descripción debe ser de 1,5 /Indicadores en recuadro celeste / alineación del párrafo “justificado”/ descripción de procesos y adjuntar el diagrama de flujo (en programa visio).

-**Orden a seguir:** Introducción/ Antecedentes y Justificación/ Definición/ Misión/ Visión / Valores/ Políticas Operacionales / Relaciones con Otros Servicios/ Menú Prestacional/ Producción Propuesta/ Recursos Humanos / Recursos Físicos, (Cuadro de Necesidades, equipamiento, mobiliario) / Procesos, descripción y diagrama / Seguimiento y evaluación, indicadores de estructura, procesos y resultados, de acuerdo a cuadros *infra* detallados.

-**Normativa del proceso asistencial:** Definición funcional del proceso seleccionado / Límite de entrada / Límite de salida / Límites marginales / Misión del responsable del proceso / Expectativas de los destinatarios / Objetivos y flujos de salida / Descripción de los Subprocesos (si los hay) / Actividades, tareas y criterios calidad / Recursos del proceso / Unidades de apoyo / Representación gráfica del proceso / Sistema de evaluación y seguimiento / Manual de Protocolos y Guías Clínicas / Otros documentos / Marco de referencia (especialmente legales) /Listas de distribución de los documentos del proceso.

NOMBRE del Indicador	
Unidad Operativa	
Meta o Stándar	
Periodicidad	
Fuentes	
Responsables	
Forma de Presentación	
Línea de base	

Respecto a los planes funcionales de otros servicios, mencionar que incluyen en su introducción una descripción geográfica del área de cobertura, los valores además de nombrados son significados por lo que se entiende dicho servicio y como se estima concretarlos en la labor diaria, en cuanto a las políticas operacionales se visualizan no solamente las del jefe sino de los profesionales o sub-servicios que lo integran. En referencia a la vinculación con otros servicios además de mencionarlos se detalla específicamente que temática se abordará o articulará y como se estima hacerlo. En los espacios físicos y mobiliario se describen superficies preferentes y las características de calidad que se requieren, a modo de ejemplo una oficina de tres metros por tres metros con teléfono y servicio de fax.

El plan funcional del SR, presenta una justificación provista de gráficos estadísticos aportados por organismo competente en la materia.

Disto el formato y tipo de indicadores propuestos por los diferentes servicios, a modo de ejemplo menciono los faltantes en el SR del HEP, con los siguientes gráficos:

INDICADOR DE ESTRUCTURA	
NOMBRE	RENDIMIENTO HORA MEDICO
Unidad De Medida	Mide el número de Consulta que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo
Unidad Operacional	<u>Nº de Consultas Médicas Reales</u> Total de Horas Médicas Efectivas
Stándar	3 pacientes hora (promedio de consulta es de 20')
Periodicidad	Mensual
Fuentes	Estadísticas
Responsables
Forma de Presentación	Gráfico de barra
Línea de base

INDICADOR DE RESULTADO	
NOMBRE	SATISFACCION DEL USUARIO
Unidad De Medida	% de usuarios satisfechos con el servicio
Unidad Operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos con el servicio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios atendidos}}$
Stándar	70%
Periodicidad	Cuatrimestral
Fuentes	Encuestas regulares
Responsables
Forma De Presentación	Gráfico de torta - Histograma
Línea de base	100%

INDICADOR DE PROCESO	
NOMBRE	TIEMPO DE ESPERA EN GUARDIA
Unidad De Medida	Tiempo transcurrido desde la admisión del paciente hasta la atención médica
Unidad Operacional	$\frac{\text{Total tiempo en minutos de espera según prioridad de atención}}{\text{total pacientes atendidos según prioridad de atención}}$
Stándar	Prioridad I: atención inmediata. Prioridad II: 10 minutos Prioridad III: 20 minutos
Periodicidad	Mensual
Fuentes	Estadistas del hospital
Responsables
Forma De	Grafico de barra /Histograma

Presentación	
Línea de base

Para mayor conocimiento sobre el proceso de formulación de los planes funcionales, consideré pertinente realizar algunas entrevistas estructuradas respecto al recibimiento de capacitación en planificación, en caso de ser afirmativo quién la impartió, cuándo, dónde, período del mismo, si se trato de una capacitación optativa u obligatoria, rentada o becada y si pudo hacer uso del contenido impartido.

Estas preguntas estuvieron dirigidas a:

-Jefa del SR del HEP: ingreso al HEP en el año 2016 y no recibí ningún tipo de capacitación en planificación, no me proveyeron de guías o material que me permita construir el plan funcional de mi servicio. Pero destaco la colaboración indispensable de compañeros de trabajo que me ayudaron en dicha labor, compartiendo un plan funcional de otro servicio. Si me capacite por motus proprio en una diplomatura en dirección de servicios de salud en universidad privada, recibiendo de este hospital media beca.

-Jefa del Dto. Enfermería HEP Lic. C. Arellano: fui convocada a participar del plan estratégico de apertura de este hospital a principios del año 2012. Recibí muchas capacitaciones, primero nos acompañaron profesionales de España que impartieron actividades de “coaching” y consultoría, estaban a cargo del Dr. Omar Díaz y del Lic. Luis Fernández, le siguieron cursos de liderazgo y gestión por procesos, todos gratuitos y de carácter obligatorio, pero participábamos con mucho entusiasmo, estuvieron a cargo de psicólogos que dictan una maestría en la facultad de ciencias económicas y personal de la secretaria de modernización. Culminados estos impartieron por medio de la asociación de clínicas y sanatorios uno de tableros de mando y control, si recuerdo bien, este si era pago, con descuento y no era obligatorio pero nos sugerían que lo realicemos. Estos cursos fueron de mucha utilidad en el proceso previo a la apertura del hospital.

Para culminar esta primera etapa del trabajo de campo, me apersono a la Casa de Gobierno de Tucumán, precisamente a Secretaría de Estado de Gestión Pública y Planeamiento y mantengo dialogo con el Lic. Raúl García, politólogo a cargo del Dto. de Modernización, quien asistiera al HEP previo a su apertura a dictar cursos de capacitación.

Se trató de una entrevista abierta, no direccionada, expresando el Lic. lo que a continuación se transcribe: *todo el personal de esta dependencia, fue capacitado por técnicos del BID, en diversas temáticas a fines de lograr una modernización y mayor eficiencia de la administración pública, potenciar los recursos, unificar base de datos, uso de herramientas como la tecnología, que posibilite una información referenciada, etc., tendiente también a mi modo de ver, una revalorización del empleo público. Al expandir nuestros conocimientos en otras reparticiones del Estado, nos encontramos con algunas dificultades con los jefes por ejemplo con algunas mezquindades, luchas de poder y hasta condicionamientos electorales, no fue una tarea sencilla porque no siempre hay sinergia, y la situación cambia si se trata de plantel laboral full o part time. En el caso del HEP encontramos otras posibilidades, se trataba de una institución nueva, empezaron de cero, con otros criterios de rigurosidad, capacitación, gestión y evaluación, lo cual implico un salto cualitativo en las metas del gobierno de alcanzar un Estado presente, moderno y eficaz.*

Cerró su discurso el Lic., y me deriva a otras reparticiones y profesionales, a fin de conocer sus experiencias.

Es dable mencionar que la jefa del SR del HEP presento cierta desventaja en su labor cuasi solitaria de darle forma, estructurar e iniciar el servicio a cargo. Se trató de otros tiempos, de otras prioridades y de otros recursos disponibles también.

b-Entrevistas y taller con equipo interdisciplinario.

b.1- A la jefa del SR:

	Preguntas
Respuestas	¿Puede relatarme la modalidad de confección del diagnóstico situacional detallado en el PF de su servicio. Fue participativo, recibió colaboración extra institucional, intersectorial, padres de niños con discapacidad, potenciales pacientes?
	Busque información en las páginas oficiales de la provincia (estadísticas de discapacidad) articule a nivel personal con SR de otros hospitales y así lo construí, sin participación de otros profesionales, tampoco de los padres de niños prematuros con discapacidad que asisten a este hospital al consultorio de seguimiento pediátrico en crecimiento y desarrollo, pero pude conocer por la médica responsable de ese consultorio la expectativa de los padres, porque asistir a otro SR o CET, les resulta muy costoso, en tiempo y dinero.
	¿Qué tipo de colaboración recibió por parte de los profesionales de la Junta de Discapacidad, dado que cita esa fuente en los gráficos expuestos en el apartado justificación?
	Esa estadística me la pasaron desde la unidad Gestión pacientes de este hospital. La directora de la Junta y sus colaboradores asistieron mucho a este hospital, pero para asesorar en las reformas edilicias que eran necesarias para lograr la habilitación del servicio, cumpliendo con la normativa vigente.
	¿Específicamente, cual es la población objetivo del SR a su cargo?
	¡Ah!... la población objetivo está a determinarse y es por etapas. Esta primera etapa es dirigida a niños neurológicos de 0 a 6 años, que sean prematuros y se encuentren en control y seguimiento por el consultorio de crecimiento y desarrollo del hospital. Además adultos traumatológicos y reumáticos, no adultos neurológicos por que no cuento con recursos humanos suficientes.
¿Pudo realizar visitas territoriales a los CAPS/ Policlínicas de la zona de	

influencia, que serían potenciales derivantes al SR? Le pregunto apoyándome en la lectura de su PF.

Sin articulación ni conocimiento personal del territorio, las únicas articulaciones fueron a través del Servicio Social del hospital, o que algún profesional se acercara allí. No hay una publicidad ni propaganda del SR, porque no hay suficiente personal para la demanda que se puede llegar a producir.

¿Mantiene contacto con el resto de la red de rehabilitación? ¿De qué tipo. Con que frecuencia?

Sí, pero a nivel persona no laboral, los conozco a todos porque somos muy pocos los médicos fisiatras en la provincia. En eventos profesionales o por las redes, no es asiduo el contacto.

¿Su servicio se encuentra ingresado al SGH? Puede cuantificar las consultas, tipos de diagnósticos, ausentismo, entre otros datos relevantes a su servicio?

Sí, estamos integrados, se hace una estadística, se conoce la productividad, la demanda, etc, pero eso lo hace el departamento de gestión pacientes de modo mensual y me entrega una copia si la solicito.

¿Cuáles considera son los propósitos e intereses de sus superiores, de la red de rehabilitación, del ministerio respecto a la apertura del SR?

Desconozco. A veces siento mucha energía puesta en el servicio y luego baja el acompañamiento. No me puedo quejar del hospital y de los recursos que invirtieron, pero sin mayor número de recurso humano no puedo categorizar y lo que trabajamos se factura como práctica y no como módulo, lo que implica una suma importante de dinero que no se percibe. A veces siento que desconocen la función del médico fisista. Los tiempos políticos partidarios o eleccionarios distan de los tiempos en discapacidad. Se abre un servicio a modo de prueba piloto. ¿Pero con qué recursos, con quién, cómo? el Estado llega después.

¿Cómo define a la evaluación?

Evaluación es poner a prueba mis conocimientos y habilidades.

	<p>¿Presenta predisposición para ser evaluada en su gestión como directora del SR? ¿En su labor como médico fisiatra? ¿Es receptiva a los aportes externos?</p>
	<p>Sí, me parece excelente. Ya me hicieron la evaluación de desempeño, y salí bien puntuada, pero no es productiva, no modifica ni la función ni manejo del servicio, es un mero trámite administrativo, no con el objetivo de mejora.</p>
	<p>¿Tiene pensado o ya definidos los tiempos necesarios para evaluación internos?</p>
	<p>No, por ahora vivimos el día a día, el personal que tengo disponible no da abasto con todas las cosas que debe cubrir. Si haría un ateneo solo podría estar yo y la fonoaudióloga cuanto mucho.</p>
	<p>¿Cuenta con personal humano necesario? ¿Qué profesionales le faltan?</p>
	<p>No. Kinesiólogos, terapeuta ocupacionales, otra fonoaudióloga, Estimuladora Temprana. Psicólogo y Trabajador Social exclusivos para este servicio. Me incorporaron a una médica pediatra especialista en autismo –capacitada en EEUU y Brasil- un salto cualitativo de modernización del Estado, pero no tiene todavía los test ni el equipo de trabajo, si podrá diagnosticar pero no dar tratamiento.</p>
	<p>¿Se capacita? ¿Posibilita que su personal a cargo lo haga?</p>
	<p>Si lo hago y lo permito hacer, porque lo valoro mucho y es una política de mi servicio. Ahora las chicas, las kinesiólogas se van a Mendoza a un congreso, Elena (fonoaudióloga) organiza otro curso, yo viaje al congreso internacional de rehabilitación.</p>
	<p>¿Podría incorporar al PF del SR, otro tipo de indicadores que le posibiliten conocer mayores variables que aporten a su servicio? En fin ¿Modificaciones de perfeccionamiento?</p>
	<p>Si, sé que me falta el diagrama de flujo. Además todo aporte es bien recibido.</p>
	<p>Comentario Libre</p>

En el mes de agosto se hará la presentación oficial del servicio, darlo a conocer.

Quiero remarcar el compromiso, la capacitación y capacidad del personal designado a este servicio, fundamentalmente la solidaridad y predisposición del recurso humano del hospital, son excelentes.

b. 2- Equipo interdisciplinario: Se empleo el mismo cuestionario con cada profesional, en el caso particular de los kinesiólogos se realizó una entrevista grupal al ser cuatro integrantes con la misma disciplina:

Preguntas	
¿Cuál fue la fecha de ingreso al SR?	
Kgo.	A excepción de L. Palomares, todos comenzamos a prestar servicio el día de la apertura de este hospital, aunque nuestra designación oficial se produjo en días posteriores. L. Palomares ingresa en el año 2015 como miembro de la campaña IRA (Infecciones respiratorias agudas).
Fgo.	Ingreso a este hospital en el mes de mayo del año 2014. Paso al SR en el mes de agosto del 2016.
Ps.	Yo fui nombrada un año antes de la inauguración del hospital, y trabaje en todo el plan de apertura.
T.S	Fui llamado a trabajar el día de la inauguración, pero mi designación fue varios meses después de la apertura.
¿Es personal exclusivo del SR o debe realizar otras prestaciones dentro del HEP?	
Kgo.	Prestamos servicios en la sala de internados adultos, en las terapias intensiva e intermedia, en pediatría y neonatología, además de la guardia de pediatría en el periodo de afluencia masiva de enfermedades respiratorias.
Fgo.	Solo en rehabilitación.
Ps.	Soy interconsultora en neonatología y rehabilitación, además del consultorio externo ambulatorio.

T.S	Soy interconsultor de pediatría y rehabilitación, y en caso de necesidad atención en consultas ambulatorias.
¿Participó en el diseño de las políticas operaciones del SR, en el marco de su especialidad?	
Kgo.	Si, solo en ese items.
Fgo.	No, revise y corregí una lista de actividades aportada por el SR del Hospital de Tafi del Valle.
Ps.	Hice solo algunos aportes.
T.S	No.
¿Qué interpreta Ud., por evaluación?	
Kgo.	Herramienta muy importante, punto de partida hacia los objetivos futuros. Es una actividad cotidiana porque los pacientes van cambiando y siempre hay que saber que avances o mejoras tienen, para modificar su terapia, su plan terapéutico. Es saber que ve el otro de mi, mi superior, es un aprendizaje para saber que debemos modificar y valorar lo que hacemos bien.
Fgo.	Herramienta por la que puedo conocer las dificultades y potencialidades de una persona de manera íntegra, con el fin de mejorar la calidad de vida de la misma.
Ps.	Corregir, analizar datos, reflexionar.
T.S	Es una técnica que permite conocer la labor de una persona, si hace bien o mal las cosas.
¿Cuenta con experiencias de haber sido evaluado UD o su servicio en este hospital?	
Kgo.	Si, evaluación de desempeño.
Fgo.	Si.
Ps.	Si, evaluación de desempeño y encuesta de clima laboral.
T.S	Si.

¿Considera que la evaluación fue productiva?	
Kgo.	La evaluación de los jefes si fue productiva, la devolución es crecimiento, hablarlo interactuar con los jefes.
Fgo.	No fue pésima, el que me evaluó no sabía que hacía, cuál era mi trabajo, no fue productiva. Ahora es más fructífera, no como un castigo sino como algo para preparar mejorar sobre el cumplimiento de funciones, predetermina favorablemente que haya un conocimiento de mi área.
Ps.	No, es subjetiva, inespecífica, las preguntas no estaban bien diseñadas son muy amplias, sesgadas. No se define que es emergencia, ¿trabajar bien, qué es por ejemplo? Inadecuado a cada especificidad. Para el escalafón horizontal aporta, no hay un incremento monetario real. Es importante una entrevista, la escucha, interpretación, construir las diferencias y resolverlas. Efecto consecuencia de ... Prevalece la productividad en desmedro de la calidad o forma, y lo que se señala para corregir, hay intentos sin sostenimiento, no se contempla el horario del personal, son flojas dispersas, los intentos de monitoreo.
T.S	No es fructífera, no hay devolución, es subjetiva al criterio del jefe.
¿Recibió capacitación en planificación y/o gestión?	
Kgo.	No.
Fgo.	No
Ps.	Si, recuerdo que en gestión por procesos, incluía evaluación con tres clases de indicadores: recursos humanos, recursos físicos, ¿prestaciones? ...dictado por la asociación de clínicas y sanatorios.

T.S	No
¿Realiza capacitaciones afines a su profesión? Frecuencia	
Kgo.	Si, anualmente. Invertimos mucho dinero en capacitación,
	debe ser una obligación capacitarse no una decisión personal. En el campo de la salud hay cambios constantemente y es muy beneficioso actualizarse.
Fgo.	Si por lo menos una vez al año hago un curso de perfeccionamiento. Además de organizarlo trayendo a profesionales de otras provincias a la nuestra.
Ps.	Si, constantemente, participo en ateneos semanales, realizo cursos de posgrado, viajo a congresos, integro un grupo de investigación, además permito que supervisen mi práctica.
T.S	Hago una especialización en droga dependencia becado por el SIPROSA.
¿Considera apropiados los espacios y equipamiento destinado a su trabajo?	
Kgo.	Si, en comparación a otros hospitales, pero nos haría falta mayor equipamiento: taping, elementos lúdicos, caja sensoriales de textura temperatura y olores, tarimas más pequeñas, rolos.
Fgo.	Si, y yo hago lo posible por dejarlo cada vez más lindo, reciclo juguetes y adapto todo lo que puedo para mis pacientes.
Ps.	Sí y no. La estructura del hospital, los ambientes, salas, consultorios, son más que acordes, pero los consultorios son insuficientes para la demanda.
T.S	Si.
¿Se desempeña en una atmosfera cálida?	
Kgo.	Si.
Fgo.	Si.

Ps.	Regular, tibia, muy presionada con responder a tantas demandas.
T.S	No.
Comentario Libre.	
Manifiesta una kgo.: Trabajamos en un clima muy cálido, estamos agradecidos de los que recibimos del hospital, algo muy crítico el aprendizaje.	
Ps.: Es un servicio pantalla, hay solo 2 profesionales full aunque es muy potencial y habrá que explotarlo.	

b.3 -Encuentro con grupo de apoyo externo.

Este grupo se encuentra conformado por profesionales que se desempeñan en el Hospital de Niños Jesús (el de mayor complejidad y afluencia en la provincia). En el proceso de acompañamiento participaron las Lic. Analía Molina, Lic. Gilda Pastorino y Ps. María E. Casas, quienes asisten tres veces por semana al HEP.

Acordamos su generoso aporte para este trabajo final de máster, con la posibilidad de reuniones a modalidad taller, luego de sus lecturas al PF, emitiendo su valoración, sugerencia en caso de detectar necesidad de ajuste, como cualquier consideración pertinente al mismo en pos de su mejora.

Fueron tres encuentros en las instalaciones del SR-HEP, donde se abordaron las variables y dimensiones descriptas en el modelo de evaluación. Obteniendo lo que a continuación se detalla:

-Nuestra función es organizar puesta en escena del SR y CET en este hospital, del mismo modo que lo hicimos en Monteros y Tafi del Valle. Somos especialistas en la materia y colaboramos también en los lineamientos curriculares de modalidad especial, que se puede bajar de internet.

Somos un equipo evaluador, agrupación de disciplinas trabajo social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, kinesióloga y todas tenemos la especialización en estimulación temprana.

Venimos a capacitar al equipo básico, a orientar ediliciamente, aunque hay adaptación al recurso humano no al físico. A mostrar una modalidad de trabajo distinta a la tradicional de salud, el modelo social de discapacidad basado en el contexto, familia, diagnostico funcional, no identificar o agrupar por patología, sino por lo que puede dar el niño. No el modelo medico, porque rotulan con un diagnóstico médico (down, parálisis cerebral, TEA-trastorno de espectro autista-)

Aunque edad y diagnóstico sea distintos se los une a los niños de acuerdo a los mismos intereses, aunque tengan edades madurativas distintas, es pasar de estar solos al compartir. Porque prevalece el deseo adulto por sobre los deseos e intereses de los niños.

Las madres solucionan antes que aparezca el problemas, sobre protegen a los niños con discapacidad, mantienen un vinculo estrecho no se separan y les impide otras experiencias, hay un doble mensaje, por ejemplo en el colecho, alimentación con mamadera, por decir. Esto condiciona la construcción del psiquismo (entre 8 meses al año y 8 meses).

La conducta de los padres, condicionan el desarrollo del niño, el entorno, las costumbres condicionan al niño, vamos sobre el síntoma no sobre el niño.

Con madres potables se alcanzan mayores logros, el trabajo con niños, da más satisfacciones por los logros, trabajar con persona grandes es más complicado por el resentimiento, frustración el re-aprendizaje del adulto con una estructura rígida, es más complejo.

En el Modelo Médico de Discapacidad hay una tendencia a medicarlo y no parase y ver-observar la escuela, la casa, el barrio, todo eso. Trabajar con las madres en AVD (actividades de la vida diaria) en competencia, autonomía, en la sociabilización, competencias con la posibilidad que le da el ambiente. Nuestro modelo de trabajo es admisión con dos o tres profesionales, reunión de equipo, necesidad más urgente a trabajar, luego

un plan terapéutico de dos o tres sesiones por semana, según necesidad. Trabajamos en habilitar, cuando no está la función hay que crearla con estrategias diferente y en rehabilitar es cuando una función se perdió y se trata de recuperarla.

Realizamos interconsultas, por ejemplo la Psicóloga trabaja con la madre, a la madre, para que acompañe la terapia del niño y continúe el trabajo en la casa. La Trabajadora Social para garantizar la concurrencia al tratamiento, CUD, pase gratis, PNCD, gestión de turno. También para saber que piensan y comprenden los adultos por la discapacidad, aveces solo se queda en el diagnóstico médico, tiene PC, pero eso que es, como le afecta al niño, al padre, a los hermanos, como comunitariamente podemos incluir.

-Nos capacitamos en gestión, evaluación de proyectos e instituciones, realizamos una evaluación anual institucional, de las diferentes áreas: administración, pedagógica, sociocultural (padres, comunidad, instituciones alejadas y cercanas al niño y la comunidad donde está el SR-CET, ONG, municipio, escuelas, etc.) salud, intersectorial.

Evaluación es una manera de ver si las metas, no los objetivos, que te propusiste se han logrado, hay distintos indicadores, cuali y cuanti, de resultado, de impacto, de gestión, de calidad, consecuencia de ellos modificación proyecto o la institución, ver los errores involuntarios y que se pueden modificar.

-El PF- del SR-HEP carece de un diagnóstico, sin estudio de campo, zona de concurrencia, sin planificación estratégica, sin un FODA, vino una orden: desde tal fecha se abre por una inquietud de los ministros, con un convenio de asistencia recíproco.

Y llegamos nosotras a preparar al personal futuro, con este modelo que intentamos insertar. Donde el tiempo es...fundamental, los tiempos de los niños y su ritmo de aprendizaje, tiempo para observar al niño y al vínculo madre o adulto significativo. Criticamos al modelo cubano de veinte horas de rehabilitación, no es la cantidad de tiempo sino la calidad.

Modelo donde la evaluación de gestión, tomarse un día a la semana para ateneo y revisar como vamos, son fundamentales.

Aquí prevalece productividad estadística, la cantidad de pacientes, por sobre la calidad. Se debe pensar también como abordar la deserción y que la motiva, incorporar talleres para padres, que les permita expresar que les sucede sentirse acompañados, obtener otros aprendizajes dados por otros padres en iguales condiciones.

Es notable el avance informativo, los recursos tecnológicos importantes, la HC digital. Como esto permite recopilar información objetiva y útil a evaluaciones futuras.

Es destacable el compromiso del plantel designado, su capacidad y ganas de aprender, de actualizarse, lo que nos revela que el cambio de modelo es posible.

b. 4-Entrevista a profesionales varios intra hospitalarios:

CPN J. Neme: El servicio de rehabilitación fue presupuestado a nivel central, por el Ministerio de Salud, con unas partidas autorizadas por del CPN Gandur, las cuales fueron todas ejecutadas, publicadas en el boletín oficial y con la fiscalización del tribunal de cuentas.

Las solicitudes de compras están cargadas al sistema administrativo contable (SIAC), donde cada servicio realiza mensualmente el pedido de insumos necesarios para el funcionamiento de su servicio.

El presupuesto interno es interactivo, es decir cada servicio realiza un listado de insumos de manera anual, por ejemplo 100 resmas oficios, pero se evalúa que son necesarias solamente 80 y esa cantidad es la que se licita públicamente.

-Arq. M. Medina: Como equipo del hospital tuvimos entrevistas con la jefa del SR quien dijo cuáles eran sus necesidades, a posterior nos entrevistamos con la arquitecta de la Junta de Discapacidad quien apporto sus conocimientos en cuanto a las características y medidas de los ambientes, por ejemplo de los baños del gimnasio, de la sala de estimulación, respetando los criterios de calidad de nación para poder

habilitar la apertura. Con todo eso armamos un proyecto de remodelación, el cual se lo registra en el sistema operativo del SIPROSA, allí se colocan los metros cuadrados de obra gruesa, de mampostería, por ejemplo y este programa web va presupuestándolo. Se eleva a la Dirección del hospital para su aprobación y se lo manda al contador Gandur del SIPROSA quien autoriza o los fondos para la obra.

b.5- Consulta a los padres y pacientes: del hospital respecto al SR, respecto a su percepción de conformidad con la prestación recibida, a si participación del PF y si participan de las sesiones terapéuticas:

-Me siento muy conforme porque veo los cambios en mis hijos, aquí vienen dos que tienen patologías muy complejas y se notan los cambios en la casa, la atención es muy buena.

-No.

-Si participo de las sesiones junto a mis hijos, estoy siempre sentada frente a ellos y a la doctora.

-Me gusta mucho el servicio porque veo que mi hijo con parálisis cerebral mejoro mucho, me siento muy bien.

Me gusta el lugar, la atención en general es excelente, nos tratan muy bien, mi hija tuvo cambios para bien.

-No.

-Si ingreso con mi hijo al gabinete o gimnasio y veo todo lo que hacen las doctoras y me enseñan cosas para la casa.

Si estoy conforme con la atención, con el trato, con el lugar, pero se demoraron mucho en llamarnos para darnos los turnos y mi hijo no puede perder tiempo, vivo muy lejos en el campo, somos muy pobres y si no venimos aquí no puedo llevarlo a otro lado.

-No.

-Sí, pero aveces pido salir un rato o sentarme en la sala.

-La rehabilitación es muy buena, desde que entro al hospital hasta que llego aquí (sala de kinesioterapia).

-No.

-Vengo sola. Pero veo que a otros pacientes que vienen con los hijos le ponen una silla a la par de la camilla, así los acompañan.

-Soy paciente reumatológica y los equipos que me ponen me calman mucho el dolor, ya puedo mover la mano, estoy muy conforme con todo.

-No

-Vengo con mi hija y la dejan pasar, en el privado no lo permiten yo pasaba sola.

Para concluir esta etapa de trabajo de campo, mencionar:

- El SR-HEP, se encuentra en proceso de gestación desde el año 2016, su apertura es progresiva y a modo de prueba piloto, lo cual sucedió en el mes julio del año en curso.

-Su creación se presume por la confluencia de al menos dos circunstancias:

*el hospital se crea con financiamiento internacional y esto vino acompañado con un diseño edificio y servicios predeterminados y los respectivos planos arquitectónicos y de ingeniería civil.

*la necesidad de brindar asistencia integral a personas con alguna discapacidad, innata o adquirida, temporal o permanente, reglamentada por normativas y declaraciones intra y extra estatales.

-El servicio de rehabilitación esta adecuado a las problemáticas de discapacidad del área, aunque a la fecha su oferta es muy inferior a la demanda.

-Recibió la habilitación para su apertura, porque responde a las normativas vigentes.

-El servicio solo cuenta con un profesional capacitado en planificación y gestión por proceso.

-Grado de satisfacción de los pacientes con el servicio es bueno, el número de pacientes ingresados en esta primera eta piloto, es de 40 todos registrados en el sistema hospitalario. Están integrados a la terapia, cada uno percibe la misma de una manera particular de acuerdo a su realidad y recursos simbólicos.

Informe de Evaluabilidad

En referencia al diagnóstico descrito en el PF del SR-HEP se puede mencionar que el mismo es muy acotado, si bien se aportan algunos datos de la Junta de Discapacidad a los que se pretende dar una respuesta estatal, no hay una explicación causal, no hubo participación, tampoco un estudio territorial, sin una línea de base que posibilite realizar comparaciones futuras.

La zona de influencia e intervención se encuentra demarcada, la población objetivo requiere mayor delimitación u ordenación.

Los objetivos señalados como misión y visión, no son concisos o con un horizonte temporal.

En el proceso asistencial de intervención y estimulación temprana se visualizan como objetivos individualizados con cada paciente con cada plan terapéutico. Se requiere mayor explicitamiento, claridad, concisión.

El PF se transcribe en un formato preestablecido, este no implica un acotamiento de información o anexo de documentación respaldatoria y que posibilite a su vez consideraciones y análisis del mismo.

Paralelo a ello, se presume que hay una decisión del Poder Ejecutivo, en brindar un servicio a una población vulnerable, provista de derechos que el gobierno debe garantizar, con normativa legal intra y extra nacional que lo regula.

Pero en la realidad del SR-HEP se observa que se trata de una política declarativa, con una función paliativa.

Las actividades profesionales detalladas son concisas y responden a lineamientos estándar, sin embargo el equipo de apoyo externo y algunos integrantes del equipo interdisciplinario, consideran la posibilidad y potencialidad de generar un cambio en el paradigma que rige la intervención. Para ello variables cualitativas, márgenes de tiempos previstos, implicancia familiar y participación, deberán ampliarse y permitirse.

Es destacable el servicio informático del SIPROSA, del HEP y el SR también incluido en este camino. El almacenamiento y disposición de

información estructurada es una realidad, esta información es fiable, fácil de obtener e interpretar, de bajo costo, de recopilación sistemática, permite realizar comparaciones e interpretaciones anuales, semestrales, mensuales, concurrencia, tipo de población más demandante, nivel de ausentismo en agenda programada, asistencia, tiempo de tratamientos, cantidad de recursos empleados en diferentes periodos, entre otras variables que se puedan y quieran analizar.

Resultaría importante poder incorporar, completar y/o concretar con mayores indicadores cuantitativos y cualitativos, que positiven un seguimiento y evaluación, del SR.

El SIPROSA implementa evaluaciones anuales, las cuales revisten carácter obligatorio, están dirigidas a mejorar el rendimiento y desempeño del personal, quienes la devalúan o consideran poco productivas. A pesar de ello se observa una postura positiva, colaborativa y constructiva, frente a evaluaciones futuras.

Es preciso otorgar tiempo para evaluar y en el PF del SR-HEP, no está contemplada esta variable, es más su personal debe responder a múltiples demandas, servicios, funciones y esto es un condicionamiento negativo para evaluar.

A modo de recomendación: el análisis de evaluabilidad implementado permite proponer ciertas consideraciones para mejorar las delimitaciones diagnósticas, en cuanto a la problemática, a la población destinataria, a los objetivos, a sus relaciones causales, una revisión y ampliación de los indicadores, repensar la lógica de la intervención en referencia a la plena participación de los involucrados como destinatarios de esta política. Con la finalidad de implementar una futura Evaluación de Diseño.

Capítulo Sexto

CIERRE

*Lo que es diverso no está desunido, lo que está unificado no es uniforme.
Lo que es igual no tiene que ser idéntico, lo diferente no tiene que ser injusto.
Tenemos el derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza.
Tenemos el derecho de ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza.*

Boaventura de Souza Santos

Conclusión

La evaluación de políticas públicas es una demanda creciente a las cuales deben responder los Estados a dos frentes: a su ciudadanía y sociedades organizadas, como a los requerimientos de organismos internacionales de crédito y/o cooperación.

Las políticas públicas destinadas a garantizar el pleno goce de los derechos humanos en general y de las personas con discapacidad en particular, es un pronunciamiento a nivel global, nacional y territorial.

Niños y personas adultas que padecen alguna discapacidad, se enfrentan cotidianamente a barreras y prejuicios, que coartan su libertad, su autonomía, determinación y derechos.

Se requieren servicios de rehabilitación y habilitación, que les posibiliten la mejor manera de incluirse socialmente, de estar integrados a sus medios más próximos: familia, barrio, comunidad.

La atención que deben recibir debe ser de calidad; hay distintas interpretaciones de discapacidad y coexisten interpretaciones basadas en parámetros de normalidad y universalidad, con posicionamientos de diversidad en igualdad de condiciones.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, las legislaciones nacionales y de la provincia de Tucumán, conjuntamente con profesionales capacitados e idóneos en la materia, impulsan nuevas modalidades de prestación, las cuales se deben proteger y promulgar.

El Servicio de Rehabilitación del Hospital Eva Perón, es un claro ejemplo de ello, pero contundentes decisiones políticas deben ir acompañadas de posibilidades presupuestarias reales. De sostenimiento, de sustento, de cuidado del personal técnico y de los ciudadanos que no cuentan con otro recurso que no sea el público, para acceder a prestaciones que le reparen sus funcionalidades, que les permita superar el aislamiento, las posibilidades de experimentar un vida donde su integridad sea una prioridad.

Los resultados de la presente investigación permiten ilustrar que la creación del Servicio de Rehabilitación, contribuye a mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad, pero deben aplicarse mejoras de planificación, diseño y evaluación en su plan funcional y operativo, como en la reorganización institucional respecto al recurso humano.

Recomendación

Resulta de interés promover capacitación en planificación a personal estatal, principalmente a los que tiene personal y servicio a cargo.

Trabajar a nivel ministerial para revalorizar y jerarquizar las evaluaciones de desempeño que llevan a cabo, así como ceder tiempo y dinero a evaluaciones integrales de los diferentes programas y servicios vigentes, como herramienta de aprendizaje, transparencia y responsabilidad frente al uso y destino de recursos públicos.

Continuar con la implementación de políticas inclusivas restitutivas de derecho, curativas a poblaciones atravesadas por condicionamientos como lo es la discapacidad.

De este modo contribuir con: *“Un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”*. **Rosa Luxemburg.**

Bibliografía

-Aquilino N, Amaya P (compiladoras) Mapa Diagnóstico de la Evaluación en la Argentina. Red Argentina de Evaluación. EvaluAR .2016

- Banco Mundial/Ministerio de Economía y Hacienda del Gobierno de España. Capítulo 3. Algunas consideraciones para institucionalizar el proceso de las políticas públicas en América Latina, en La formulación de políticas en la OCDE: ideas para América Latina, 2011.

- Bustelo, M. Capítulo 2. La evaluación de políticas públicas desde una perspectiva histórica. Páginas 71 a 109. En “La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los Gobiernos Central y Autonómicos en España: 1995-1999”. España, 2001.

- Céspedes, Gloria M (2005) La Nueva Cultura de la Discapacidad y los Modelos de Rehabilitación. Revista Aquichan N°5 Colombia.

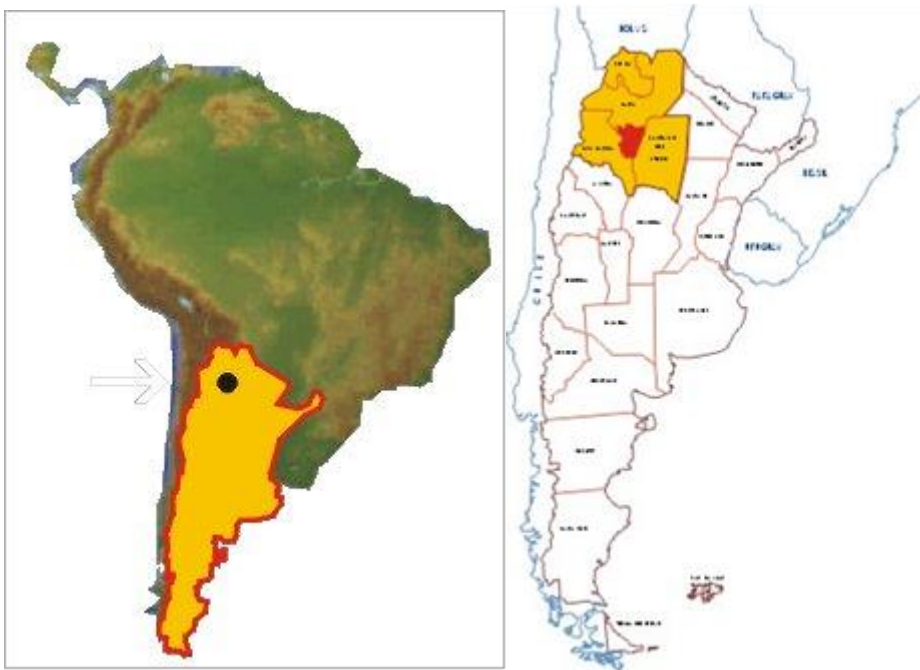
- Jefatura de Gabinete de Ministros. Manual de base para la evaluación de políticas públicas -Segunda Edición-. Programa de Evaluación de Políticas Públicas, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación y Ministerio de Modernización. Buenos Aires, Argentina. 2da. Edición 2016.

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Servicios de información legislativa de la República Argentina. www.infoleg.gob.ar Consulta: 02-02-2017.

- Observatorio de la Situación Social de la Niñez y la Adolescencia de Tucumán (ONAT). La niñez y la adolescencia de Tucumán: herramientas para el monitoreo y evaluación de las políticas públicas. 2015.

- Osuna J.L. y Márquez C. Guía para la Evaluación de Políticas Públicas. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria, 2004.

Anexo



Tucumán en América del Sur Argentina y su región noroeste
Imágenes del Hospital Eva Perón.

