



ANÁLISIS DE LAS PRESTACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL INCLUIDAS EN EL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

ANALYSIS OF OCCUPATIONAL THERAPY SERVICES INCLUDED IN THE REGIME OF EXPLICIT HEALTH GUARANTEES (GES)

Jean Gajardo¹; Cristóbal Catalán²; Raquel Rioseco³; Isidora Vildósola⁴

RESUMEN

Introducción: La ley 19.966 establece un régimen de Garantías Explícitas en Salud que define el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las prestaciones para el tratamiento de 80 patologías en Chile. Debido al alcance y la relevancia de esta modalidad institucional de atención en salud en un nivel nacional, es pertinente indagar en la incorporación de terapia ocupacional. **Objetivo:** Identificar las prestaciones de terapia ocupacional incluidas en el régimen de Garantías Explícitas en Salud al año 2017 y caracterizarlas según su frecuencia en los problemas de salud y según nivel de evidencia y grado de recomendación. **Método:** Revisión documental del Listado de Prestaciones Específicas versión 2016, y de las 80 Guías Clínicas GES. **Resultados:** Se identificó una prestación de terapia ocupacional denominada "Atención Integral por Terapeuta Ocupacional". Dicha prestación se incluye en 12 problemas de salud según el Listado de Prestaciones Específicas. Se encontraron 10 Guías Clínicas que incorporan terapia ocupacional, con variados de grados de recomendación, mayormente C y D. En relación con la cobertura de terapia ocupacional existe discordancia entre lo referido en Listado de Prestaciones Específicas y Guías Clínicas. **Conclusiones:** La terapia ocupacional tiene un limitado respaldo en evidencia en el sistema de Garantías Explícitas en Salud. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un mayor análisis de la evidencia de terapia ocupacional en los problemas de salud cubiertos por esta modalidad para fortalecer el diálogo con los tomadores de decisiones, y si es pertinente, continuar ampliando su cobertura garantizada a otros problemas de salud.

PALABRAS CLAVE

Terapia ocupacional, políticas públicas, práctica clínica basada en la evidencia.

- 1 Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile, Máster en Gerontología Social, Universidad de León Doctor (c) en Salud Pública, Universidad de Chile. Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile. Researcher ID: I-7631-2013. Orcid ID: orcid.org/0000-0002-5699-0862. Independencia 1027, Independencia 8380453, Santiago jean.gajardo@uchile.cl. 56229786342
- 2 Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile. Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico Universidad de Chile, Avenida Santos Dumont 999, Independencia 8380453, Santiago ccatalanaguila@gmail.com. Tel.: 5622978 8040.
- 3 Estudiante, Ayudante alumno de investigación. Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile. Independencia 1027, Independencia 8380453, Santiago. r.elisabet.rioseco@hotmail.com. Tel.: 56229786342.
- 4 Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, comuna de Lampa. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Ismael Carmona s/n, Lampa. Tel.: isivildosola@gmail.com. Tel.: 56229786342



ABSTRACT

Introduction: Chilean Law 19.966 states a regime of Explicit Health Guarantees for access, quality, opportunity and economic protection of treatment coverage in 80 health problems. This law extends in a national level and is a milestone in the health care reform in Chile. However, there is no specific information on how occupational therapy is incorporated in this institutional modality of health coverage. **Aim:** To identify occupational therapy services included in the regime of Explicit Health Guarantees and describe services by frequency in health problems, and their levels of evidence and grades of recommendation. **Methods:** Documentary review of Specific Health Benefits 2016 List, and Clinical Practice Guides for 80 health problems covered by the Explicit Health Guarantees regime. **Results:** One service was identified, named "Integral Care by Occupational Therapy". This health service is included in 12 health problems referred in Specific Health Benefits 2016 List. Occupational therapy is included in 10 Clinical Practice Guides, with differing grades of recommendation, mostly C and D. In relation to the incorporation of occupational therapy services, there is a mismatch between what is declared in the Specific Health Benefits 2016 List and the Clinical Guidelines. **Conclusions:** Occupational therapy has limited supporting evidence and grades of recommendation in the regime of Explicit Health Guarantees. These findings reinforce the need of a deeper analysis of the supporting evidence of occupational therapy for health problems covered by this policy, in order to strengthen the dialogue with policy makers and enable its coverage expansion to other health problems when corresponding.

KEYWORDS

Occupational therapy, public policy, health policy, evidence-based practice

Recibido: 20/09/2017

Aceptado: 9/11/2017

INTRODUCCIÓN

En el año 2006, en el contexto de la reforma del Sistema de Salud Chile, se crea un sistema de garantías explícitas en salud (GES; Resolución N° 60, 2007). Dicho sistema se enmarca en el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (o Plan AUGE), consistente, según lo establecido por la Ley N° 19.966 (que lo denomina Régimen General de Garantías en Salud) en una reglamentación que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, en la cual se incorporan nuevos problemas de salud cada tres años.

El plan GES tiene por objetivo garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) asociando la distribución de recursos en salud para los problemas de salud de mayor morbilidad y mortalidad en el país, estableciendo su prioridad en la atención reflejada en cuatro garantías centrales: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (Bastías, Pantoja, Leisewitz & Zárate, 2008). Actualmente, el plan GES considera la cobertura de 80 problemas de salud y forma parte de la modalidad de atención institucional del Sistema de Salud chileno.

El régimen GES ha permitido un relevante avance en la protección de derechos de salud, no obstante, durante su implementación han emergido críticas ligadas a las diferencias evaluadas entre las garantías según prestador público o privado (Henríquez, 2017; Pardo y Schott, 2014). También, se ha referido que existe un elevado desconocimiento por parte de los usuarios de Fonasa e Isapres sobre el funcionamiento de este sistema, y de las prestaciones específicas garantizadas por Ley (Henríquez, 2017), lo que se traduce en brechas de acceso y utilización de recursos.

El sistema GES se apoya de dos principales formas de documentación: un Listado de Prestaciones Específicas, y Guías de Clínicas para cada uno de los problemas de salud incluidos. El Listado de Prestaciones Específicas corresponde a la compilación de las acciones o prestaciones garantizadas por Ley para cada problema de salud, enfatizando en su dimensión administrativa. Su versión más reciente corresponde al año 2016 (Ministerio de Salud, 2016). Por su parte, las guías clínicas (GC), o Guías de Práctica Clínica (GPC), son enunciados elaborados con

el fin de asistir las decisiones de los profesionales del área salud y a sus pacientes, acerca del cuidado apropiado en circunstancias específicas, que buscan optimizar las atenciones, basándose en la revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y daños de opciones de manejo alternativas (Pantoja y Soto, 2014). El Listado de Prestaciones Específicas incorporadas para los problemas de salud GES debiese acompañarse de recomendaciones técnicas específicas para el diagnóstico y tratamiento en cada uno de los problemas de salud, a través de guías clínicas. Actualmente los 80 problemas de salud cuentan con GC, no obstante, su actualización es variable. Existen diferentes metodologías para el desarrollo de estas guías, con un consenso general sobre la necesidad de incluir, entre otros elementos, representantes de las diferentes disciplinas, quienes evalúan la pertinencia de la incorporación de prestaciones a partir de sus niveles de evidencia científica, grados de recomendación, y la propia experiencia clínica (Ministerio de Salud, 2014).

Con el propósito de promover buenas prácticas en salud que se sustenten en evidencia científica, se han desarrollado diferentes modelos de jerarquización de la investigación que informe dicha evidencia (Manterola, Asenjo-Lobos, & Otzen, 2014). Estos modelos representan consensos generados para posibilitar análisis comparativos y facilitar la evaluación de la calidad de las investigaciones, para finalmente, orientar la toma de decisiones en salud. Por ejemplo, Sackett (1986) jerarquiza la evidencia en niveles que van de 1 a 5, siendo el nivel 1 la "mejor evidencia" y el nivel 5 la "peor, la más mala o la menos buena", y establece una relación entre niveles de evidencia y sus consecuentes grados de recomendación en los diferentes ámbitos de la acción sanitaria, en los procesos de salud-enfermedad: terapia, prevención, etiología y daño; pronóstico; diagnóstico; y estudios económicos (FIGURA 1).



FIGURA 1 JERARQUIZACIÓN DE GRADOS DE RECOMENDACIÓN Y NIVELES DE EVIDENCIA PARA INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y PREVENTIVAS SEGÚN SACKETT

GR	NE	
A	1a	Revisión Sistemática de Ensayos Controlados con Asignación Aleatoria.
	1b	Ensayo Controlado con Asignación Aleatoria e intervalo de confianza estrecho.
B	2a	Revisión Sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudios de cohortes individuales. Ensayo Controlado de baja calidad.
	3a	Revisión Sistemática con homogeneidad de estudios de caso y controles.
	3b	Estudio de casos y controles individuales.
C	4	Series de casos. Estudios de cohortes y de casos y controles de mala calidad.
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, o basada en fisiología, o en investigación teórica.

NE: Nivel de Evidencia

GR: Grado de Recomendación

Fuente: Adaptado de Sackett, 1986; Manterola, 2017

Como parte de las disciplinas insertas en el Sistema de Salud, la terapia ocupacional podría ser pertinente en el abordaje garantizado de los problemas de salud incorporados en el régimen GES. Actualmente, no se dispone de información que sistematice cómo la terapia ocupacional se incorpora en el plan GES, ni la evidencia disponible que sustente dicha incorporación a partir de los grados de recomendación existentes. Este análisis es relevante, debido a que los terapeutas ocupacionales perciben limitaciones en su capacidad de vincular la investigación científica con su práctica profesional (Graham, Robertson, y Anderson, 2013; Upton, Stephens, Williams y Scurlock-Evans, 2014), lo que de manera global se refleja en la limitada investigación científica que documente las decisiones clínicas y otorgue sustento a su efectividad, por lo que su escalamiento en

los sistemas institucionales de protección a la salud se ve usualmente mermado (Aravena, 2015; Burke y Gitlin, 2012; Holm, 2000).

Por lo anterior, esta investigación tuvo por objetivo general caracterizar las prestaciones de terapia ocupacional incluidas en el régimen de Garantías Explícitas en Salud al año 2017, con los siguientes objetivos específicos: 1) Identificar las prestaciones de terapia ocupacional existentes en los 80 problemas de salud que incorpora el régimen de Garantías Explícitas en Salud, 2) Identificar los problemas de salud que incorporan atención de terapia ocupacional, y 3) Identificar los grados de recomendación referidos para las acciones de terapia ocupacional en los problemas de salud GES. Esta investigación busca aportar en la necesidad de evaluar el diálogo que la terapia ocupacional establece actualmente con directrices institucionales como ésta.

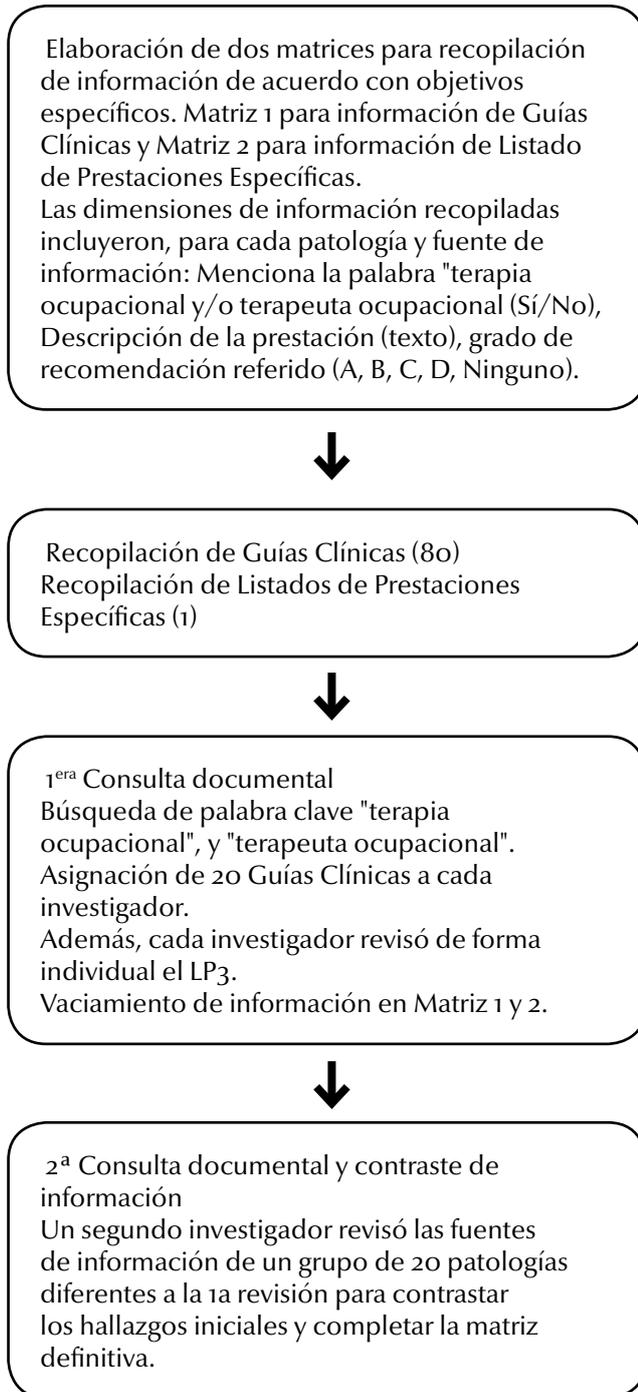
MÉTODO

Para lograr el objetivo de este trabajo, se realizó una revisión documental, la que puede definirse como un proceso dinámico que consiste en la recogida, clasificación, recuperación y distribución de la información, cuyo propósito es brindar una descripción sobre la situación actual de algún problema o área (Rodríguez y Valldeoriola, 2009). La FIGURA 2 describe las etapas de la revisión documental, siguiendo las recomendaciones de Amador (1998), que considera que el proceso de revisión documental comprende tres etapas esenciales: consulta documental, contraste de la información y análisis histórico del problema. Fueron incluidas las siguientes fuentes de documentación primarias:

- a. Guías Clínicas para problemas de salud GES, con un total de 80. En estos documentos se realizó una búsqueda dirigida de las palabras integradas "terapeuta ocupacional" y "terapia ocupacional", y se registró el grado de recomendación y las acciones de terapia ocupacional descritas. Se consideró el documento disponible con la fecha más reciente de actualización.
- b. Listado de Prestaciones Específicas. Corresponde a un documento que reúne las prestaciones codificadas, según catálogo de Fonasa, y que constituyen una garantía por ley. Se indagó manualmente y a través de búsqueda digital en prestaciones propias de terapia ocupacional con las palabras integradas "terapeuta ocupacional" y "terapia ocupacional".

Las fuentes de información fueron recopiladas entre los meses de marzo y julio 2017, desde el sitio web de la Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud de Chile⁵.

FIGURA 2 PROCESO DE REVISIÓN DOCUMENTAL



RESULTADOS

Los resultados de esta revisión documental se organizan a continuación según un objetivo específico.

1. IDENTIFICACIÓN DE PRESTACIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL INCORPORADAS EN EL RÉGIMEN GES

La revisión documental del Listado de Prestaciones Específicas mostró la existencia de una prestación, denominada "Atención Integral por Terapeuta Ocupacional", con el código 102007.

Esta prestación se describe de la siguiente forma: "Prestación de salud que incluye por sesión, la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria y los procedimientos terapéuticos en el ámbito de la rehabilitación funcional física y mental que realiza el terapeuta ocupacional a un paciente con prescripción médica para este tipo de tratamiento" (Resolución N° 60, 2007).

2. PROBLEMAS DE SALUD QUE INCORPORAN TERAPIA OCUPACIONAL

La prestación "Atención integral por Terapeuta Ocupacional" es referida en 12 problemas de salud según el Listado de Prestaciones Específicas. Por su parte, en las Guías Clínicas se incorpora la terapia ocupacional en 10 problemas de salud, indicados en la TABLA 1, según su fuente de documentación.

5 <http://www.supersalud.gob.cl>



TABLA 1 PROBLEMAS DE SALUD GES E INCORPORACIÓN DEL PROFESIONAL TERAPEUTA OCUPACIONAL, SEGÚN FUENTE DE DOCUMENTACIÓN.

PROBLEMA DE SALUD	FUENTE	
	LPE	GC
1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5		
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años		
3. Cáncer Cérvico-uterino		
4. Alivio del dolor y cuidador paliativos por cáncer avanzado		
5. Infarto agudo del miocardio		
6. Diabetes Mellitus tipo I		
7. Diabetes Mellitus tipo II		
8. Cáncer de mama en personas de 15 años o más	X	
9. Disrafias espinales	X	X
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años		
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas		
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa		
13. Fisura Labiopalatina		
14. Cáncer en personas menores de 15 años	X	
15. Esquizofrenia	X	
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más		
17. Linfomas en personas de 15 años y más		
18. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA		
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años		
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más		
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más		
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años		
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años		
24. Prevención de parto prematuro		
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso		
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años		
27. Cáncer gástrico		
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más		
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más		
30. Estrabismo en personas menores de 9 años		
31. Retinopatía diabética		
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático		
33. Hemofilia		

PROBLEMA DE SALUD	FUENTE	
	LPE	GC
34. Depresión en personas de 15 años y más		
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas		
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más		
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	X	X
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio		
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años		
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido		
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada		
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales		X
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más		X
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar		
45. Leucemia en personas de 15 años y más		
46. Urgencia odontológica ambulatoria		
47. Salud oral integral del adulto de 60 años		
48. Politraumatizado grave		
49. Traumatismo cráneo encefálico moderado o grave		
50. Trauma ocular grave		
51. Fibrosis quística		
52. Artritis reumatoidea	X	X
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años		
54. Analgesia del parto		
55. Gran quemado	X	X
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono		
57. Retinopatía del prematuro		
58. Displasia broncopulmonar del prematuro		
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	X	
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más		
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más		
62. Enfermedad de Parkinson		X
63. Artritis idiopática juvenil	X	X
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal		
65. Displasia luxante de caderas		
66. Salud oral integral de la embarazada		
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente	X	X
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B		
69. Hepatitis C		



PROBLEMA DE SALUD	FUENTE	
	LPE	GC
70. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más		
71. Cáncer de ovario epitelial		
72. Cáncer vesicular en personas de 15 años y más		
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más	X	X
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más		
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más		
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más		
78. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años	X	
Lupus eritematoso sistémico		
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más		
80. Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori		
TOTAL	12	10

Puede observarse discrepancia entre la incorporación de terapia ocupacional según fuente de documentación. A continuación, la TABLA 2 describe los problemas de salud en los que no hay coincidencia entre las dos fuentes.

Según se observa en la tabla 2, existe una discrepancia entre la incorporación de terapia ocupacional según la fuente de documentación. Dicha situación podría explicarse por variados motivos. Por ejemplo, si se incluyó terapia ocupacional en un problema de salud declarado según LPE, pero no ha sido detallado

TABLA 2 PROBLEMAS DE SALUD GES CON DISCREPANCIA EN LA INCORPORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGÚN FUENTE DE DOCUMENTACIÓN.

Fuente de documentación	Problema de salud
Sólo en Listado de Prestaciones Específicas	8. Cáncer de mama en personas de 15 años o más 14. Cáncer en personas menores de 15 años 15. Esquizofrenia 59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro 78. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
Sólo en Guía Clínica	42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales 43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más 62. Enfermedad de Parkinson

aún en su Guía Clínica, podría atribuirse a un desfase temporal entre la documentación administrativa y la documentación científica (que implica otros procesos de producción de información). Dicha situación podría también explicarse a partir de la ausencia de representación gremial en los procesos de elaboración de la Guía Clínica, considerando que las Guías de Práctica Clínica constituyen metodologías participativas de producción de información, que requieren el involucramiento de los diferentes actores que sean relevantes en el problema de salud que intenta abordarse.

El caso inverso (referencia de terapia ocupacional en Guía Clínica, pero no en LPE), debiese considerarse de mayor urgencia dado que se refiere la pertinencia técnica y científica de la profesión en un problema de salud determinado, pero no se declara la garantía de su cobertura administrativa y legal.

3. GRADOS DE RECOMENDACIÓN SEGÚN PROBLEMA DE SALUD

En el total de 10 problemas de salud cuyas Guías Clínicas incluyen la acción de terapia ocupacional, se indagó sobre el grado de recomendación referido y la descripción de las intervenciones de terapia ocupacional según evidencia (TABLA 3). La información permite constatar que solamente 3 problemas de salud refieren Grado de Recomendación A (Accidente Cerebrovascular, Artritis Reumatoide, Gran Quemado) mientras las demás son informadas con Grados de Recomendación C y D, que corresponden a series de casos de baja calidad, investigación teórica y recomendación de experto.



TABLA 3 GRADOS DE RECOMENDACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN DIEZ PROBLEMAS DE SALUD GES

PROBLEMA DE SALUD	GR	DESCRIPCIÓN
Disrafias espinales	No referido	No disponible
Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más	A	Entrenamiento en AVD. Incremento de participación en programas de tiempo libre.
	C	Evaluación de conducción de automóvil
Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	C	Evaluación y apoyo a las personas con ACV que previamente ejercían una labor.
Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más	No referido	La rehabilitación debe ser entregada por un equipo de tipo interdisciplinario que puede contar con: médico fisiatra, médico neurólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional y nutricionista.
Artritis reumatoidea	A	Se recomienda que todo paciente con AR tenga acceso a sesiones anuales de tratamiento con terapeuta ocupacional. En ellas se debiesen reforzar aspectos educativos de protección articular aplicada a las rutinas y actividades cotidianas, adecuaciones ergonómicas y del puesto de trabajo.
	A	Se recomienda que todo paciente con AR sea derivado a rehabilitación integral con fisiatra, kinesiólogo y terapeuta ocupacional.
	C	Se recomienda la prescripción y entrenamiento en uso de órtesis o férulas que puedan ser necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.
	C	De tener la posibilidad, se recomienda que los pacientes con AR sean derivados a un Centro de Rehabilitación con kinesiólogo y terapeuta ocupacional.
Gran quemado	A	Las prendas elásticas compresivas deben ser confeccionadas a medida por kinesiólogos o terapeutas ocupacionales y deben ser controlados en forma periódica durante el tiempo que dure el tratamiento. Puede además ser necesario adicionar insertos para optimizar la presión en áreas específicas.
Enfermedad de Parkinson	No referido	El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. La terapia ocupacional es un proceso complejo que implica la interacción cooperativa entre el profesional y la persona, inmersa en el contexto de intervención. Se plantean 3 principios que guían la terapia ocupacional contemporánea: la práctica centrada en la persona, en la ocupación y en la evidencia. La intervención de terapia ocupacional se organizará en tres momentos, según la progresión de la enfermedad, determinado por la escala de Hoehn y Yahr.

PROBLEMA DE SALUD	GR	DESCRIPCIÓN
		<p>Estadio Inicial (H&Y: 0 a 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de la Participación ocupacional: uso de herramientas cualitativas, narrativa de vida. Énfasis en la prevención. - Diagnóstico de las redes de apoyo. Uso de Mapa de Red. - Situación familiar. Prevención de sobrecarga del cuidador. Uso de metodologías de educación en salud participativas. - Prevención del aislamiento social. Acompañamiento en fase de duelo de la enfermedad. Fomento de la participación en actividades significativas. Rutina de vida equilibrada y satisfactoria. - Modalidad de atención: atenciones individuales y familiares. - Número de sesiones: Se recomienda 12 anuales. <p>Estadio Intermedio (H&Y 2, 5 y 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de problemáticas en las actividades de la vida diaria, productividad y tiempo libre. - Rehabilitación hacia la mantención del desempeño ocupacional en actividades significativas. - Estimulación de las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación e interacción. - Identificación de la nueva condición del desempeño de la persona, favoreciendo la autonomía y la independencia. - Prevención de caídas: Evaluación y modificación de los contextos en donde se desempeña la persona. - Confección de órtesis y adaptaciones. - Evidenciar elementos de la sobrecarga del cuidador. Reestructuración de las rutinas de vida en pro de la mantención de la persona y sus familiares en actividades de interés, evitando la pérdida de participación en instancias sociales y comunitarias de todos los miembros de la familia. - Mantención de las redes de apoyo. Evaluar las problemáticas en el desempeño en contextos sociales y laborales para la intervención física y social. - Facilitar la generación de grupos de autoayuda. Énfasis en procesos en contexto comunitario. - Modalidad de Atención: Sesiones individuales, familiares. Visitas domiciliarias y comunitarias. - Número de sesiones: Se recomienda 30 sesiones anuales con mayor frecuencia en los primeros meses de trabajo (semanal), modificando según proceso individual. - Intervención desde una perspectiva más funcionalista, desempeño, independencia y autonomía.



PROBLEMA DE SALUD	GR	DESCRIPCIÓN
		<p>Estadio Avanzado (H&Y: 4 a 5):</p> <ul style="list-style-type: none">- Énfasis de la intervención en el cuidador(a), para el manejo de la persona afectada en pro de la calidad de vida del grupo familiar.- Evaluación del desempeño ocupacional de la persona (uso pauta sugerida que puede ser respondida por el cuidador(a)).- Determinación de áreas críticas.- Evaluación de sobrecarga del cuidador (Zarit).- Entrenamiento de la asistencia en las actividades de la vida diaria, favoreciendo el máximo de independencia posible (colaboración, elección en ciertos pasos de la tarea).- Prevención de lesiones por sobrecarga del cuidador (a), educación postural, manejo ambiental, uso de barras, elementos de transferencia, adaptaciones en baño, dormitorios, etc.- Estructuración de rutina de vida, procurando espacios de ocio y tiempo libre para el cuidador (a). Uso de redes de apoyo familiares y comunitarias.- Modalidad de atención: Sesiones individuales, familiares y visitas domiciliarias.- Número de Sesiones: Se recomienda 30 sesiones anuales dependiendo del nivel de sobrecarga.
Artritis idiopática juvenil	C	Todo paciente con AIJ/ARJ debe recibir tratamiento con terapeuta ocupacional, haciendo hincapié en protección articular, así como elaboración de órtesis y ayudas técnicas que puedan ser necesarias.
	C	Rehabilitación Integral. Todo paciente con AIJ/ARJ deberá recibir indicaciones de rehabilitación integral, realizado por equipo especializado (kinesioterapia, fisioterapia, ejercicios, terapia ocupacional), apoyado eventualmente por profesor de educación física, nutricionista y psicólogo, lo cual debe ser personalizado de acuerdo a las características particulares de su enfermedad.
Esclerosis múltiple remitente recurrente	C	El equipo tratante debe, en lo posible, estar integrado por neurólogo, fisiatra, psicólogo, enfermera, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, asistente social, fonoaudiólogo y nutricionista con un enfoque multidisciplinario.
Osteosarcoma en personas de 15 años y más	D	La mayoría de los autores sugiere que la rehabilitación que incluye kinesioterapia, terapia ocupacional y adaptación psicológica está indicada especialmente para el entrenamiento de la colocación de prótesis y entrenamiento de su uso cuando se trata de cirugía radical o la aplicación de protocolos kinésicos específicos cuando se trata de cirugía conservadora, lo que mejora la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo por propósito caracterizar la incorporación de terapia ocupacional en el actual régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Esta modalidad de atención institucional representa una de las reformas más relevantes en salud que por ley asegura estándares de calidad, acceso y protección económica para el tratamiento de 80 problemas de salud. En este contexto, resulta altamente necesario evaluar el diálogo que la terapia ocupacional establece actualmente con esta definición institucional.

Entre sus hallazgos, esta investigación documenta la existencia de una prestación de terapia ocupacional, denominada "Atención integral por terapeuta ocupacional", la cual cuenta con una descripción en la Resolución N° 60 que aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la ley 19.966. Ante la actual iniciativa de incorporación de prestaciones de terapia ocupacional en la cartera del Fonasa, resulta pertinente resaltar la existencia de dicha prestación ya incorporada en este seguro de salud, lo que podría constituir una primera etapa para su transferencia a la Modalidad de Libre Elección.

En el total de 80 problemas de salud cubiertos por GES, existe una discrepancia entre las dos fuentes de documentación consultadas. El Listado de Prestaciones Específicas incluye la terapia ocupacional en 12 problemas de salud, mientras que las Guías Clínicas la incorporan en 10. Dicha discrepancia puede deberse a que la temporalidad del Listado de Prestaciones Específicas puede no coincidir con el de las Guías Clínicas, dado que varias de éstas no han sido actualizadas.

Los Grados de Recomendación de las intervenciones de terapia ocupacional son en su mayoría C y D, representando grados iniciales de recomendación y evidencia. Actualmente el estado del arte sobre la efectividad de la terapia ocupacional corresponde a niveles incipientes de desarrollo de evidencia. De lo contrario, asumiendo que existiese mejor evidencia disponible, los bajos grados de recomendación podrían explicarse por una menor rigurosidad en la revisión de evidencia para el desarrollo de las guías clínicas respectivas. Cualquiera sea el escenario, se identifica una oportunidad, en un escenario global en el que la práctica guiada por evidencia

toma progresivamente mayor relevancia (Ottenbacher, Tickle-Degnen & Hasselkus, 2002).

A partir de la revisión, pudo constatar que la terapia ocupacional se encuentra garantizada en 12 de los 80 problemas de salud de GES. Podría pensarse que este número es bajo en proporción, no obstante, dicha valoración debe hacerse con responsabilidad a la luz de la evidencia disponible. Como ejemplo, esta revisión constató que el problema de salud N°36 "Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más" no incorpora la acción del terapeuta ocupacional, siendo ésta un componente de intervención frecuente en la acción y formación profesional, y en la que existe evidencia creciente de su efectividad a partir de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios de costo efectividad (Clark et al., 2012; De Coninck et al., 2017; Zingmark, Nilsson, Norström, Sahlén & Lindholm, 2017).

Lo anterior es pertinente a otros problemas de salud, permitiendo entonces plantear interrogantes sobre los focos de investigación que se desarrollan actualmente en la disciplina. ¿Estamos priorizando investigación útil a la toma de decisiones y a los problemas de salud de mayor impacto en nuestro país? Dada la relevancia que tiene el sistema de GES, esta modalidad institucional debiese constituir un área de interés prioritaria para la investigación en terapia ocupacional.

Esta investigación permitió constatar que algunas Guías Clínicas incorporan de manera genérica la acción de terapeuta ocupacional, refiriendo altos grados de recomendación para el trabajo multidisciplinar que incorpore la profesión, sin detallar con precisión cuáles son las intervenciones recomendadas. Lo anterior puede observarse, por ejemplo, en la Guía Clínica de Disrafia Espinal. Asimismo, es posible observar otras guías que sí describen de manera detallada ciertas intervenciones sugeridas; no obstante, no explicitan los niveles de evidencia ni los grados de recomendación consiguientes que sustenten dichos planteamientos técnicos. Un ejemplo de lo anterior es lo reportado en la Guía Clínica de Parkinson, lo cual es contrastante con la evidencia disponible que señala que no existe evidencia clara que permita recomendar o no recomendar la intervención de terapia ocupacional en dicho problema de salud (Rao, 2010).

A partir de lo anterior, cabe preguntarse, ¿cuáles son los problemas de salud GES en los que la terapia ocupa-



cional tendría pertinencia técnica y científica y debiese ser garantizada por ley? Esta pregunta permite problematizar cómo se incorpora actualmente la evidencia en la formación de terapeutas ocupacionales en Chile, y al mismo tiempo, cómo se asume de manera gremial la necesidad de promover prácticas guiadas por evidencia, traduciendo el conocimiento a las prácticas en contexto, y abordando la gestión estratégica del diálogo con las instituciones del aparato estatal.

La presente investigación abre la posibilidad de nuevos estudios que profundicen en el estado de la evidencia actual para cada uno de los 80 problemas de salud GES, y también de otros. Por ejemplo, existen revisiones sistemáticas que informan de la efectividad de terapia ocupacional para personas con demencias y sus entornos de apoyo (Laver et al., 2017; Livingston et al., 2017), enfermedades musculoesqueléticas (Marik & Roll, 2017), cáncer (Hunter, Gibson, Arbesman & D'Amico, 2017), Artritis Reumatoide (Siegel, Tencza, Apodaca & Poole, 2017), y delirium (Álvarez et al., 2017). Si se comprende adecuadamente el modelo de jerarquía de evidencia, el análisis de evidencia disponible no debiese considerarse un método taxativo de definición de las prácticas de terapia ocupacional en salud, sino como un estudio sistemático que permite informar la toma de decisiones y levantar otras áreas de problematización. Por ejemplo, revisiones sistemáticas que han evaluado la efectividad de intervenciones han incluido en sus hallazgos que muchas de las acciones de terapia ocupacional no corresponden a estrategias con base en la ocupación (Kadar, McDonald & Lentini, 2012), y otras han posibilitado problematizar la elección de resultados que puedan informar de los beneficios de la terapia ocupacional, focalizando entonces en la metodología de las sistematización de práctica (Steultjens et al., 2003). Esta información es fundamental si se busca delimitar los campos de acción, los riesgos y los beneficios esperados de la profesión, lo que constituye, por sobre todo, una necesidad ética.

Puede mencionarse que el Listado de Prestaciones Específicas incluye prestaciones genéricas, tales como "Consulta de salud mental por otros profesionales (0903003)", e "Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores; 0903004)". Es posible que en la actualidad dichas prestaciones incluyan al profesional de terapia ocupacional, lo cual no fue incorporado en esta revisión, y podría abordarse a través de la revisión de registros estadísticos y así ampliar el análisis propuesto en esta investigación.

El sistema de Garantías Explícitas en Salud constituye una de las iniciativas más relevantes de reforma del Sistema de Salud Chileno, según su alcance poblacional y sus premisas de equiparación de brechas de acceso y desigualdad en resultados en salud. Por lo anterior, la terapia ocupacional debe potenciar su diálogo con esta modalidad de Salud Pública, reforzando así la urgente necesidad de continuar construyendo la evidencia científica que enmarque su acción y establezca una pertinente mayor cobertura y acceso a las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceño, C. D., & González, F. J. (2017). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, *37*, 85–90. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>
- Aravena, J. M. (2015). ¿Qué tanto entendemos el concepto de práctica basada en la evidencia en terapia ocupacional? *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *15*(1), 189–192.
- Bastías, G., Pantoja, T., Leisewitz, T. & Zárate, V. (2008). Health care reform in Chile. *Canadian Medical Association Journal*, *179*(12), 1289–1292. <http://doi.org/10.1503/cmaj.071843>
- Burke, J. P. & Gitlin, L. N. (2012). How Do We Change Practice When We Have the Evidence? *American Journal of Occupational Therapy*, *66*, e85–e88. <http://doi.org/10.5014/ajot.2012.004432>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C., Cherry, B. J., Jordan-marsh, M., ... Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*, 182–190. <http://doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L. & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *65*(8), 1863–1869. <http://doi.org/10.1111/jgs.14889>
- Graham, F., Robertson, L. & Anderson, J. (2013). New Zealand occupational therapists' views on evidence-based practice: A replicated survey of attitudes, confidence and behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, *60*(2), 120–128. <http://doi.org/10.1111/1440-1630.12000>
- Henríquez, J. (2017). Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud (GES). *Centro de Estudios Públicos. Puntos de Referencia*, (458), 1–10.
- Holm, M. B. (2000). Our Mandate for the New Millennium: Evidence-Based Practice, 2000 Eleanor Clarke Slagle lecture.

- American Journal of Occupational Therapy*, 54(607), 575–585. <http://doi.org/10.5014/ajot.54.6.575>
- Hunter, E. G., Gibbon, R. W., Arbesman, M. & D'Amico, M. (2017). Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 1. Impact of physical activity and symptom management interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2). <http://doi.org/10.5014/ajot.2017.023564>
- Kadar, M., McDonald, R. & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services for children with autism spectrum disorders in Victoria, Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(4), 284–293. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01015.x>
- Laver, K., Cumming, R., Dyer, S., Agar, M., Anstey, K. J., Beattie, E., ... Yates, M. (2017). Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(1), 3–10. <http://doi.org/10.1111/1440-1630.12309>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... Mukadam, N. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet*. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6) See
- Manterola, C., Asenjo-Lobos, C. & Otzen, T. (2014). Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Revista Chilena de Infectología*, 31(6), 705–18. <http://doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
- Marik, T. L. & Roll, S. C. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions for musculoskeletal shoulder conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1). <http://doi.org/10.5014/ajot.2017.023127>
- Ministerio de Salud. Aprueba normas de carácter técnico, médico, y administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud de la Ley 19.966 (2013).
- Ministerio de Salud. (2014). *Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Manual-metodologico-GPC-151014.pdf>
- Ministerio de Salud. Listado de prestaciones específicas (2016). Anexo decreto Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d692c627c658b9cae040010164016563.pdf>
- Ottenbacher, K. J., Tickle-Degnen, L. & Hasselkus, B. R. (2002). Therapists awake! The challenge of evidence-based occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 247–249. <http://doi.org/10.5014/ajot.56.3.247>
- Pantoja, T. & Soto, M. (2014). Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. *Revista Médica de Chile*, 142, 98–104.
- Pardo, C. & Schott, W. (2014). Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis. *Health Policy and Planning*, 29(3), 302–312. <http://doi.org/10.1093/heapol/czt017>
- Rao, A. K. (2010). Enabling functional independence in Parkinson's disease: Update on occupational therapy intervention. *Movement Disorders*, 25(SUPPL.1), 146–151. <http://doi.org/10.1002/mds.22784>
- Resolución N° 60 (2007). Aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley N° 19.966. Ministerio de Salud. Diario Oficial de la República de Chile.
- Rodríguez, D. & Valdeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación. Metodología de la Investigación*. Universitat Overta de Catalunya: Material docente de la UOC. Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
- Sackett, D. L. (1986). Rules of Evidence and Clinical Recommendations on the Use of Antithrombotic Agents. *CHEST*, 89(2), 2S–3S. <http://doi.org/10.1378/chest.89.2>
- Siegel, P., Tencza, M., Apodaca, B. & Poole, J. L. (2017). Effectiveness of occupational therapy interventions for adults with rheumatoid arthritis: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(1). <http://doi.org/10.5014/ajot.2017.023176>
- Stueltjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Cardol, M., Van de Nes, J. C., Van den Ende, C. H., ... Van den Ende, C. H. M. (2003). Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003608. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD003608>
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B. & Scurlock-Evans, L. (2014). Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: A systematic review of published research. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 24–38. <http://doi.org/10.4276/030802214X13887685335544>
- Zingmark, M., Nilsson, I., Norström, F., Sahlén, K. G. & Lindholm, L. (2017). Cost effectiveness of an intervention focused on reducing bathing disability. *European Journal of Ageing*, 14, 233–241. <http://doi.org/10.1007/s10433-016-0404-1>

