

TIPO DE ARTICULO: EDITORIAL (De opinión):

TITULO: **REHABILITACION Y DIVISION DEL TRABAJO**

AUTOR:

Dr. José M. Climent

Servicio de Rehabilitación.

Hospital General Universitario de Alicante.

Correspondencia:

C/ Maestro Alonso 109. Alicante 03010.

E-Mail: [jclimentb@nexo.es](mailto:jclimentb@nexo.es)

No es frecuente contemplar la rehabilitación desde una óptica económica o a la luz de los conceptos que definen el mercado. Se han hecho, no obstante, algunas interesantes aproximaciones que consideran la actividad de rehabilitación como un producto sanitario medible en términos económicos y evaluable desde el prisma de los estudios de coste-beneficio. Sin embargo se ha hecho un énfasis aún menor en otros aspectos socio-económicos que pueden servir para comprender mejor la estructura y el funcionamiento de la rehabilitación en el campo de la salud.

Uno de estos aspectos reside, precisamente en el análisis de la rehabilitación desde la perspectiva de la división del trabajo. Como es sabido, la división del trabajo surge en los colectivos humanos cuando se hace necesaria la realización de actividades diferenciadas para la consecución de un mismo fin. Este argumento genérico se hace sumamente complejo con la llegada de la revolución industrial y del progreso ideológico y tecnológico. En este marco de crecimiento económico puede inscribirse la división del trabajo en el ámbito de las ciencias de la salud. Podemos distinguir la división del trabajo interna (aquella que se realiza entre los propios médicos con la aparición de las especialidades médicas) y la división del trabajo externa (aquella que se realiza con otras profesiones no médicas pero que también realizan actividades relacionadas con la salud)<sup>1</sup>.

Por otra parte, se perciben con cierta frecuencia un número variable de quejas entre los profesionales de la medicina de rehabilitación desde diferentes sensibilidades o percepciones de lo que constituye o debería constituir el ejercicio profesional. Casi todas ellas orbitan alrededor de alguno de estos tres argumentos: “no tengo muy claro **quiénes son** mis pacientes”, “me siento incómodo ya que mis tareas podría desempeñarlas **cualquier otro** especialista” y “últimamente, **todos** quieren hacer la rehabilitación”. Estas tres sensibilidades diferentes podrían encuadrarse bajo tres principios: el principio de confusión, el de indiferenciación y el de ocupación.

En el contexto de la confusión, el médico especialista en rehabilitación se siente perdido, incapaz de identificar la esencia misma de su trabajo asistencial, ignorando el motivo fundamental de la existencia de los enfermos que le visitan a diario. No consigue encontrar su espacio ante pacientes que, teóricamente ya están diagnosticados, y a los que, de modo práctico, los profesionales no médicos aplicarán cotidianamente la mayor parte del tratamiento. Se siente

completamente separado del proceso de rehabilitación e ignora que su especialidad se focaliza, precisamente, en las enfermedades que generan incapacidad, sobre todo en el ámbito del aparato locomotor, enfermedades en las que, además, los tratamientos de estirpe física juegan un papel fundamental.

Bajo el prisma de la indiferenciación, el médico se siente, más que perdido, molesto. Las causas de esta incomodidad estriban en la similitud de su actividad con la de otros especialistas. En el fondo, los facultativos que trabajan desde este prisma desearían, con frecuencia muchas veces confesada, pertenecer a cualquier otra especialidad en que las cosas estuviesen mucho más claras, en el sentido de que un grupo de enfermedades de un órgano fueran las únicas de su incumbencia. Esta percepción surge directamente de la formación médica universitaria, con una fortísima carga localicista, y una mentalidad excesivamente biomédica, en la que cada enfermedad tiene una etiología, un diagnóstico y un tratamiento, de manera que la actividad de rehabilitación, dentro de ese esquema simplista, queda reducida a una sola parte del aspecto terapéutico, más que a una verdadera fase de la medicina.

El principio de ocupación surge de la percepción de que otros los profesionales médicos y no médicos quieren desempeñar las funciones propias de la medicina de rehabilitación. Por una parte parece conveniente reconocer que muchos otros especialistas médicos y quirúrgicos incluyen entre los objetivos de sus tratamientos la reanudación de las actividades previas al momento en que se contrae una enfermedad dada. También es necesario aceptar que las profesiones no médicas realizan terapias clara e indisolublemente asociadas a la teoría y a la práctica de la rehabilitación, y que sin el concurso de unos y de otros, los programas asistenciales y terapéuticos no podrían ponerse en marcha. En este entorno, el especialista en rehabilitación se siente frecuentemente invadido, sin espacio virtual para desempeñar su actividad.

Estas tres percepciones, la confusión, la indiferenciación y la ocupación, suelen analizarse desde perspectivas reduccionistas e, incluso, desde presupuestos viscerales poco clarificadores. Sin embargo puede ser útil fundamentar el análisis en presupuestos socio-económicos para comprender mejor las transparencias que esconden estas apreciaciones. En el fondo, estos tres argumentos giran precisamente en torno a una división del trabajo extremadamente compleja y difícil de comprender, perfilar e integrar, y son el producto de un

conflicto a la vez cotidiano y antiguo entre los diferentes profesionales que intervienen en las actividades asociadas a la rehabilitación.

Por otra parte, esta sensación de desazón no parece basarse en una ausencia de necesidad de la actividad especializada. En efecto, no parecen existir dudas acerca de que la demanda de medicina de rehabilitación está consolidada y es, además, creciente. El número de pacientes con incapacidad aumenta sin cesar debido al fenómeno de inversión de la pirámide de población y de la alta prevalencia de incapacidad en las etapas tardías de la vida. Las solicitudes de consulta en los servicios hospitalarios parecen aumentar de la mano de éste y de otros fenómenos en los que no podemos detenernos ahora<sup>2</sup>. En definitiva, parece claro que no existen problemas de demanda de rehabilitación en el campo de la salud, entendida como una actividad global. Sin embargo, la sensación de confusión no disminuye, las tentativas de diferenciación son, a veces, divergentes y la percepción de que el trabajo del rehabilitador es continuamente invadido se acrecienta.

La especialidad de rehabilitación y medicina física es una de las pocas que se caracteriza, desde el punto de vista socio-económico, por la existencia simultánea de una fuerte división del trabajo tanto interna como externa. La división interna (dentro de la profesión médica), se produce básicamente con los restantes especialistas que trabajan en el campo del aparato locomotor, cuyas enfermedades producen casi indefectiblemente algún tipo de incapacidad. La división externa se produce con los diversos colectivos no médicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y técnicos orto-protésicos, fundamentalmente), que colaboran activa, eficazmente y necesariamente en los programas de rehabilitación. Existen también otros divisores externos en el campo de la bio-ingeniería, el derecho, la pedagogía y la psicología, pero en este caso, los problemas de división del trabajo no parecen ni tan conflictivos, ni tan consolidados. En cualquier caso, el análisis desde el punto de vista de la división del trabajo permite entender mejor las causas y características de esta situación (Figura 1).

Las reacciones a estas tres tipologías pueden ser muy variadas e incluso divergentes. En el presupuesto de la confusión (“no sé quiénes son mis pacientes”), el profesional se comporta de un modo inhibido o frustrado, con una sensación permanente de desplazamiento, de “sentirse fuera” de la actividad profesional. En el contexto de la indiferenciación, en realidad el médico intenta, desde mi punto de vista, re-situarse en actividades que atañen a otras especialidades. De

esta manera se aleja del campo de la rehabilitación y se produce un efecto adverso de rebote con un mayor aumento de la indiferenciación de la especialidad. Bajo la percepción de la ocupación, el médico que practica la rehabilitación se siente frecuentemente sitiado entre los divisores internos (los médicos de otras especialidades) y los externos (los terapeutas). Es muy posible que algunos excesos de estos divisores, sobre todo si son simultáneos, abonen este argumento (“todos quieren hacer la rehabilitación”), de manera que el profesional de la rehabilitación se sienta permanentemente invadido, por uno y otro lado, sin un verdadero espacio para desempeñar las funciones para las que se ha formado específicamente.

Las soluciones para este conflicto pueden surgir precisamente del análisis de la división del trabajo, y del desplazamiento progresivo de estas tres sensibilidades. Conviene recordar que la división del trabajo surge del argumento de la diferenciación de una actividad profesional que es esencial y necesaria, dentro de un conjunto de actividades, para conseguir un fin determinado. El camino de la diferenciación parece una ruta adecuada para resaltar la diversidad de la actuación profesional tanto con los divisores internos como con los externos. Esta actividad definida y diferenciada, como ya se ha difundido en muchas ocasiones, debe girar en torno a todos los aspectos médicos, epidemiológicos, diagnósticos, evaluativos, terapéuticos y de investigación de las enfermedades que producen algún tipo de incapacidad, y del propio fenómeno de la incapacidad<sup>3</sup>. El desarrollo de todos estos aspectos diferenciadores es una tarea ineludible de este colectivo profesional y, posiblemente, debería ser animada desde nuestras propias sociedades científicas a través de programas específicos a medio y a largo plazo. Se conseguirá aumentar la diferenciación con los divisores internos incorporando procedimientos y tecnología diagnóstica, y con los externos perfilando actividades terapéuticas específicas. El desarrollo de la epidemiología, la evaluación y la investigación en el campo de la incapacidad es un vasto campo, aún por explorar, en el que nuestro colectivo debe profundizar sin demora.

Es muy posible que este proceso de diferenciación genere algunos conflictos o situaciones de choque de intereses legítimos entre todos los colectivos que intervienen profesionalmente sobre el proceso de rehabilitación. La comprensión del papel diferenciado que ejerce el médico especialista en rehabilitación entre los divisores internos y externos que participan en el manejo de los pacientes con incapacidad facilitará nuestro ejercicio tanto a nivel

general como específico, y servirá como guía para la planificación táctica y estratégica de la especialidad.

Como dato anecdótico, pero enormemente significativo, se puede recordar el clásico estudio de Rosen sobre el desarrollo de las especialidades médicas<sup>4</sup>. Su análisis se basa en el desarrollo de la oftalmología desde perspectivas localicistas, sociales, psicológicas y tecnológicas. Dentro del desarrollo tecnológico destaca la emergencia del oftalmoscopio como el eje fundamental que condicionó la actividad especializada, de manera que la existencia de un nuevo aparato creó la exigencia de un profesional diestro en su uso. Nuestra especialidad también tuvo su "oftalmoscopio" en el siglo XIX: los aparatos eléctricos y gimnásticos médicos. Sin embargo con el correr del tiempo, la electromiografía fue, con muy poca fortuna, desgajándose de nuestra actividad, y la tecnología gimnástica se definió más como un elemento terapéutico que diagnóstico. Este ejemplo histórico señala de una manera definida el camino que debe seguir nuestro colectivo profesional para evitar nuevas pérdidas, consolidar los procedimientos ya existentes y desarrollar nuevos enfoques diagnósticos y terapéuticos en el campo de la incapacidad que aumenten la diferenciación de nuestra actividad profesional.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gritzer G, Arluke A. The making of rehabilitation. A political economy of medical specialization, 1890-1980. Berkeley: University of California Press. 1985.
2. SERMEF. Rehabilitación y salud. Presente y futuro de la rehabilitación en España. Análisis y proyección. Madrid. Acción Médica. 1993.
3. Climent JM, Sánchez J. Indicadores de salud y medicina de rehabilitación: estimadores de incapacidad en la población. Rehabilitación (Madr) 1996; 30: 277-286.
4. Rosen G. The specialization in medicine. New York. Froben Press. 1944.

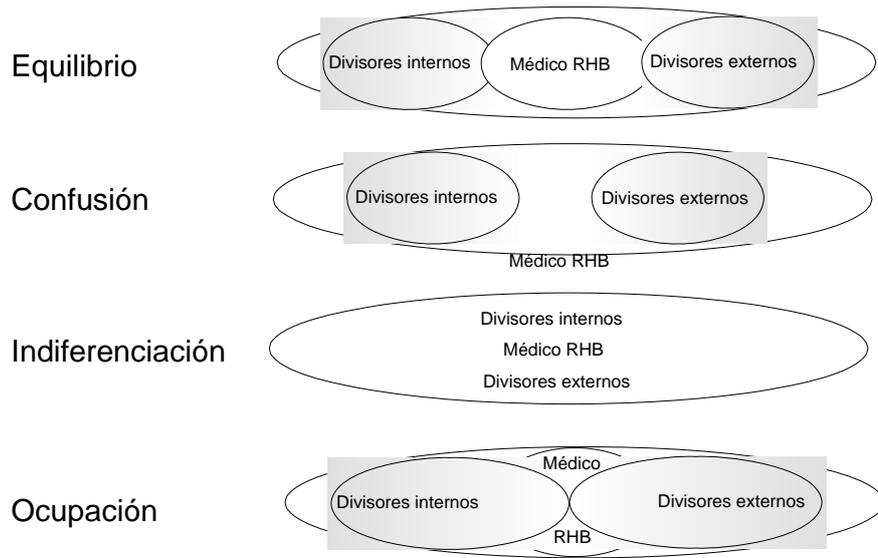


Figura 1.- Diagrama de los diferentes tipos de percepción de la división del trabajo en rehabilitación.