

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA ATENDIDA EN LA SUB-ÁREA DE TERAPIA FÍSICA DEL CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN DURANTE EL PERÍODO 2002-2006

César Alfaro Redondo

RESUMEN

Los retos planteados por el desarrollo actual respecto a la prestación de servicios en salud por parte del estado, justifican cada vez más la ejecución de estudios relacionados con la gestión, la administración y la capacidad instalada de la red de establecimientos pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Los numerosos desafíos que la institución enfrenta en la actualidad y los métodos por los cuales éstos sean resueltos, condicionarán el futuro de un modelo de prestación de servicios en salud solidario y ejemplar en América Latina y el mundo.

Dadas las circunstancias, el presente artículo realiza un abordaje de las condiciones existentes en la prestación de servicios de terapia física a nivel institucional. Esto se hace a través de la descripción de las características de la demanda atendida en la Sub-Área de Terapia Física del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) durante el período 2002-2006.

La investigación es de tipo observacional descriptiva, con un enfoque cuantitativo y se ejecutó retrospectivamente.

El análisis de los resultados se derivó del estudio de los factores demográficos de aquellos pacientes cuyos diagnósticos se encontraban dentro de los de mayor frecuencia de atención en la Sub-Área de Terapia Física del Centro Nacional de Rehabilitación.

Como principales conclusiones se observó la disparidad existente en la cantidad de pacientes atendidos según provincia de procedencia, la necesidad de abordar las posibles condiciones planteadas por la transición demográfica con tendencia al envejecimiento de la población costarricense y, por último, una mayor presencia del sexo femenino en la totalidad de las consultas.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La prestación de servicios de terapia física a nivel mundial presenta distintas modalidades de ejecución, entre ellas: los servicios privados, los servicios brindados por el Estado como parte de la seguridad social y los servicios a los cuales tiene derecho el usuario por medio de la cobertura de un asegurador privado.

La presente investigación profundizó en la prestación de servicios fisioterapéuticos (generalmente asociados a los servicios de rehabilitación) brindados por el Estado, en este caso, los ejecutados por la Caja Costarricense de Seguro Social a través del CENARE, el cual posee categoría de Hospital Nacional Especializado.

Investigaciones previas han evidenciado dificultades en la prestación de servicios fisioterapéuticos por parte de dicha institución. Se menciona que acuden al CENARE toda clase de patologías, aun cuando no corresponden al tercer nivel, ya que la debilidad de la red de servicios no permite que éstas sean resueltas en un centro de menor complejidad (24). Este punto de vista es reforzado por otras fuentes al señalar que el CENARE funciona como único receptor de toda clase de patologías, incluso de aquellas que pueden ser atendidas en centros de menor complejidad, con un costo menor y más accesible para el usuario (35).

La información existente indica que del total de sesiones de terapia física realizadas en Consulta Externa de la CCSS, el 62% fueron realizadas en la Sub-Área de Terapia Física del CENARE (8); reforzando así la percepción de que existe un nivel de concentración importante de servicios especializados.

Adicional a la concentración de servicios, existen factores que podrían precipitar la aparición de una problemática en la prestación de servicios fisio-

rapéuticos por parte del Estado. Uno de ellos es el aumento de personas con discapacidad y una ya consolidada transición demográfica que elevaría la proporción de personas adultas mayores con respecto al total de la población, provocando de esta forma un aumento en la demanda de los servicios.

A nivel nacional, para el año 2015 se prevé un incremento del 51.2% en relación con la población con discapacidad determinada para el año 1998 (1). De mantenerse esta tendencia, se generará una exigencia creciente para los servicios de salud y rehabilitación. Datos indican que los servicios de salud más solicitados por las personas con discapacidad son los exámenes de sangre (62.1%), el servicio de odontología (49.4%), oftalmología (38.3%) y terapia física (35.9%) (1).

Al consultarles dónde habían recibido el servicio de Terapia Física durante los últimos doce meses, las personas con discapacidad respondieron lo siguiente: en el CENARE 22.4%, en algún hospital de la CCSS 12.1%, en clínicas de la CCSS 0.6%, en un EBAIS 0.6%, en clínicas u hospitales privados 1.8%, en organizaciones no gubernamentales 1.8%, en consulta privada 0% y en otros 57.6% (1). Considerando que en la categoría "otros" podrían haberse incluido personas que se encuentran dentro del Sistema Educativo, el cual también cuenta con servicio de terapia física asumido por el Ministerio de Educación Pública (MEP), este último dato podría tomarse como una señal de alarma por el porcentaje de la población con discapacidad que no logra acceder a los servicios de terapia física brindados por la CCSS.

La información contenida en los párrafos anteriores muestra, entre otras cosas, deficiencias y falta de prioridad para el tema de la rehabilitación, ausencia de modificaciones en la prestación de servicios, así como inexistencia de estrategias de acción ante las transiciones demográficas de la población; produciendo en las instituciones de la CCSS y, por tanto en el CENARE, dificultades para la prestación de servicios de rehabilitación.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Describir las características de la demanda atendida de la Sub-Área de Terapia Física del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2002-2006.

MARCO CONCEPTUAL

Existen diferentes modelos utilizados para el estudio de la demanda, entre ellos el basado en las necesidades de la población y el basado en la demanda. El *modelo basado en las necesidades* generalmente se fundamenta en descripciones epidemiológicas de la población y sus principales diagnósticos. Por su parte, el *modelo basado en la demanda* se centra en el historial de utilización de un servicio en particular por parte de la población (14).

Cada uno de ellos posee fortalezas y debilidades al momento de abordar el estudio de la demanda. El elemento principal del modelo basado en la "necesidad" es el diagnóstico clínico, el cual resulta de gran utilidad en patologías en fases agudas, la práctica hospitalaria, algunas patologías crónicas y prácticas de rehabilitación; y de poca utilidad en áreas como las consultas externas ortopédicas. Esto debido a que usualmente la terapia física evalúa y realiza tratamientos a las secuelas de una enfermedad o trauma, lo que resulta difícil de codificar. Además, se encuentra sujeto a la existencia de un sistema uniforme que permita clasificar las patologías de manera adecuada, e incluso a la disponibilidad y recolección de dicha información (14).

En el caso del modelo basado en la demanda, debido a la heterogeneidad de la práctica fisioterapéutica, sería necesario segmentar la población de manera que la información extraída pueda resultar confiable. Por ejemplo, grupo etario, zona corporal afectada, nivel y sitio de atención, entre otras. Ya que una única medición de la demanda no logrará captar la totalidad de la información de quienes reciben servicios de terapia física (14).

Existen también otros autores que han abordado los modelos anteriores desde una perspectiva de terapia física y realizan un análisis para cada uno

de ellos. En este caso se agrega al *modelo basado en las necesidades* el aporte de expertos que, basados en su conocimiento acerca de los estándares de la disciplina, la productividad y los patrones esperados de morbilidad, realizan una estimación de las necesidades. Dicha estimación se fundamenta en el juicio que los expertos tengan acerca del nivel de salud que debería existir (10), lo que podría inducir a un ambiente casi utópico en lo que a salud se refiere.

Como principal deficiencia se menciona su independencia acerca de lo que acontece en el mercado entre proveedores y consumidores, así como de los incentivos e ineficiencias existentes en la prestación de servicios por parte de instituciones de salud. Lo cual a su vez puede ser visto como fortaleza en aquellos casos donde la disponibilidad de datos es limitada (10).

Por su parte, el *modelo basado en la demanda* refleja las preferencias individuales de los consumidores de servicios de salud y sus proveedores, partiendo del comportamiento observado en un período específico (10). Sin embargo, para que dicho modelo pueda medir en forma objetiva los requerimientos de la población se necesitan amplias bases de datos y un conocimiento aceptable acerca del comportamiento de los consumidores, produciendo así que en la mayoría de los casos se den respuestas a ciertas hipótesis que finalmente resultan incompletas con respecto a los requerimientos de la totalidad de la población (10).

METODOLOGÍA

La investigación realizada fue observacional descriptiva, con un enfoque cuantitativo y se ejecutó retrospectivamente. Se consideró información relativa a los factores demográficos (edad, sexo y procedencia) de los pacientes. El estudio de dicha variable presentó una condición particular: el sistema utilizado actualmente en la Sub-Área de Terapia Física no permitía obtener información de este tipo; sin embargo, en la Consulta Externa en Fisiatría sí fue posible la recolección de los datos. Por esta razón, se utilizó información del Departamento de Registros Médicos de aquellos diagnósticos que coincidían en las listas de ma-

yor frecuencia de atención en la Consulta Externa de Fisiatría y en el servicio de Terapia Física del CENARE, garantizando así que correspondían a individuos que en su mayoría fueron referidos a la Sub-Área de Terapia Física del Centro.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Por *demanda* se entiende la cantidad de usuarios potenciales que consiguen llegar a una instalación y demandar atención, término que no debe ser confundido con *necesidad*, el cual tiene que ver con aquellos casos de enfermedad demostrada que pueden ser prevenidos o tratados (28).

La demanda de servicios en salud que existe a nivel nacional está conformada por la demanda atendida y la demanda rechazada. La *demanda atendida* se refiere a la cantidad de casos que efectivamente reciben el servicio demandado, mientras que la *demanda rechazada* se encuentra constituida por el número de casos que habiendo solicitado el servicio no pudieron recibirlo porque los recursos fueron insuficientes para hacerlo (28).

a) Generalidades

Si bien es cierto que los datos relacionados con los motivos de consulta son traducidos en diagnósticos, la toma de decisiones en salud requiere de una mayor cantidad de información acerca de las personas, como la edad, el sexo, lugar de procedencia, ocupación, entre otros; ya que estos pueden o no ser factores condicionantes de los niveles de salud de los individuos.

La estrategia metodológica que se utilizó para aproximarse a las condiciones de la población que utiliza los servicios de la Sub-Área de Terapia Física fue la siguiente: dicha área posee un registro acerca de los cinco principales diagnósticos atendidos en cada una de las especialidades (neurología, ortopedia, reumatología) durante el período enero 2006 - junio 2007 y el Departamento de Registros Médicos posee los diagnósticos más frecuentes en la Consulta Externa de Fisiatría en el año 2006. De manera que los diagnósticos que coincidieron en ambas listas correspondían a aquellas personas atendidas en

la Consulta Externa de Fisiatría y que con mayor probabilidad fueron referidas a la Sub-Área de Terapia Física, siendo esta fuente de datos la de mayor aproximación a lo que acontece realmente en la Sub-Área.

La información referente a la comparación de las listas de los diez diagnósticos más frecuentes en la Sub-Área y la Consulta Externa de Fisiatría se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Consultas más frecuentes en la Sub-Área de Terapia Física y en Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2006-2007

Sub-Área de Terapia Física *	Consulta Externa de Fisiatría **
Lumbalgia	Consulta para incapacidad
Artrosis rodilla, gonalgia y gonartrosis	Lumbalgia
Omalgia	Omalgia
Fractura	Revisión de Ortesis
Fibromialgia	Artrosis rodilla, gonalgia y gonartrosis
Cervicalgia	Parálisis Cerebral Infantil
Hemiparesia y Hemiplejía (AVC)	Parálisis Facial
Parálisis Facial	Hemiparesia y Hemiplejía (AVC)
Parálisis Cerebral Infantil	Fractura
Tendinitis	Escoliosis

* Período consultado: enero 2006-junio 2007

** Período consultado: año 2006

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Jefatura de Terapia y el Informe Anual 2006 del Departamento de Registros Médicos.

Considerando lo anterior, los diagnósticos objeto de análisis fueron: lumbalgia, artrosis rodilla, gonalgia y gonartrosis, omalgia, fractura, hemiparesia y hemiplejía, parálisis facial y, finalmente, parálisis cerebral infantil. La nomenclatura utilizada para la categorización de las patologías se hizo respetando la terminología empleada por el Departamento de Registros Médicos del Centro Nacional de Rehabilitación.

b) Diagnósticos analizados

La información relativa a las características de la demanda se encuentra organizada de la siguiente forma: para cada uno de los diagnósticos se menciona su definición clínica, se realiza un análisis de la frecuencia de atención durante el período 2002-2006, se indica la cantidad de pacientes según provincia de procedencia para el año 2006 y su relación con la cantidad de habitantes de la misma y, por último, una distribución por sexo

y grupo etario en el año 2006. En los mapas se hace alusión a los servicios existentes según tipo, a lo largo del territorio nacional. La definición de cada uno de ellos es la siguiente:

- **Tipo A Servicio Completo:** consiste en una unidad independiente, con una jefatura a cargo de un fisiatra, con presupuesto propio y personal mínimo en terapia física y ocupacional.
- **Tipo B Servicio Incompleto:** dependencia destinada a funciones técnicas y/o especializadas, sin presupuesto propio. Ésta podría ser constituida por una consulta especializada en fisiatría con o sin terapeuta físico.
- **Tipo C Atención en Terapia Física:** atención en terapia física únicamente (1).

El cuadro 2 muestra la distribución de los centros que brindan algún tipo de servicios de rehabilitación en el país.

Cuadro 2. Servicios de rehabilitación a nivel nacional según tipo. CCSS, 2005

Región	Institución	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Central	CENARE	X		
	H. Calderón Guardia		X	
	H. San Juan de Dios		X	
	H. México		X	
	H. Carlos Sáenz			X
	H. Blanco Cervantes		X	
	H. Psiquiátrico			X
	H. Max Peralta		X	
	C. Carlos Durán		X	
	C. Clorito Picado		X	
	C. Central		X	
	C. Coronado		X	
	C. Jiménez Núñez		X	
	C. Marcial Fallas		X	
	C. Solón Núñez		X	
C. Marcial Rodríguez		X		
C. Dolor				X
Central Norte	H. San Francisco de Asís			X
	H. San Rafael			X
	H. Carlos L. Valverde Vega			X
Pacífico Central	H. Monseñor Sanabria	X		
	H. Max Terán Valls			X
Huetar Norte	H. San Carlos		X	
Brunca	H. Escalante Pradilla		X	
Huetar Atlántica	H. Tony Facio Castro			X
Chorotega	H. Upala			X
	H. Enrique Baltodano		X	
	H. La Anexión			X
Total	28	2	16	10

Fuente: Agencia de Cooperación Internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Rehabilitación en Costa Rica: Situación y Perspectiva. San José, 2006. p.85.

Lumbalgia

“Lumbalgia” es un término utilizado para indicar un dolor localizado o referido a la parte inferior de la columna vertebral y producido por un estiramiento muscular o por algún trastorno como la osteoartritis, espondilitis anquilosante, ciertas neoplasias o una hernia de disco. La lumbalgia es un síntoma frecuente que suele asociarse con vicios posturales, obesidad, relajación de los músculos abdominales o permanencia durante largos

períodos de tiempo en posición de sentado (25).

Es una de las patologías de mayor consulta en los distintos centros de atención en salud y una de las principales causas de incapacidad laboral a lo largo de todo el territorio nacional. La frecuencia de atención para el diagnóstico de lumbalgia presentó valores cercanos a los 3.000 pacientes en promedio, con una razón de sexo de 1.8 mujeres por cada hombre (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Cantidad de pacientes con diagnóstico de lumbalgia según sexo y año
Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

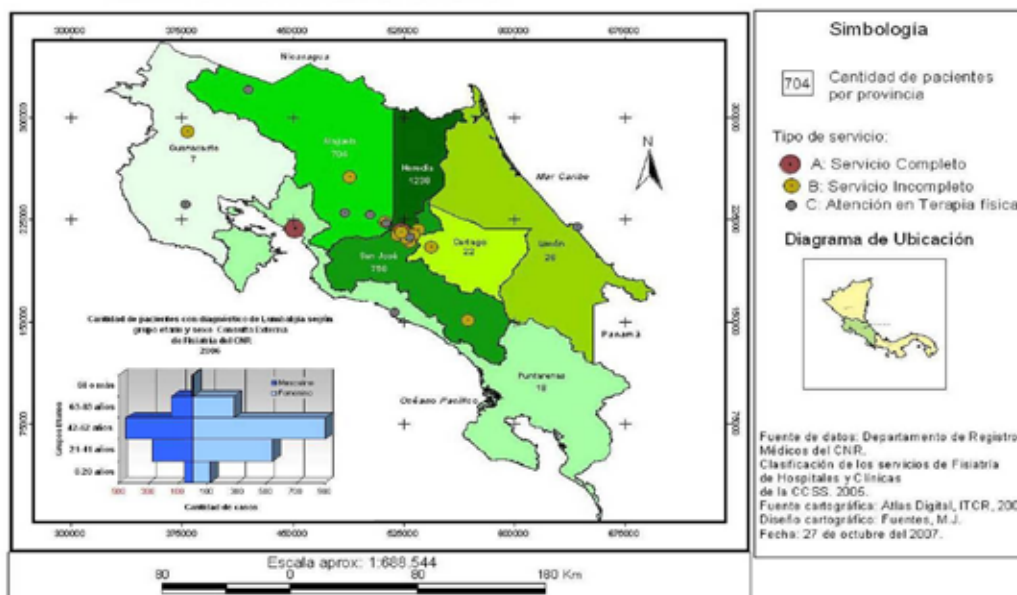
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	1325	1124	1057	969	932	5407
Femenino	2403	1979	1928	1927	1841	10078
Total	3728	3103	2985	2896	2773	15485

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

La procedencia de personas con dicho diagnóstico estuvo encabezado por la provincia de Heredia, seguido por Alajuela y San José. Largos períodos en posición sedente, posturas de trabajo inadecuadas, manejo de cargas excesivas son al-

gunos de los factores de riesgo asociados al área laboral, razón por la cual los individuos que se encontraban en las etapas de mayor productividad laboral o posteriores a ellas presentaron mayor cantidad de lumbalgias recurrentes (ver mapa 1).

Mapa 1. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de lumbalgia según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría, CENARE 2006



Art. rodilla, gonalgia y gonartrosis

Bajo la nomenclatura de “Art. (artrosis) rodilla, gonalgia y gonartrosis” se agruparon las patologías de la articulación de la rodilla. Gonalgia es una definición conformada por el prefijo *Gon*, que significa “relativo a la rodilla”, y el sufijo *algia*, que sig-

nifica “dolor y estado doloroso”. En el caso de gonartrosis, únicamente varía el sufijo *artrosis*, que indica “artropatía degenerativa y osteoartrosis” (forma de artritis en la que una o más articulaciones sufren cambios degenerativos, que comprenden esclerosis ósea subcondral, pérdida de cartílago articular y proliferación de hueso y cartílago en la articulación, con

formación de osteofitos y posterior inflamación de la membrana sinovial de la articulación) (25).

Al parecer, conforme avanzaron los años se presentó un incremento leve en la cantidad de pa-

cientes con patologías de rodilla; no obstante, no fue una cifra significativa. La razón de sexo mostró un valor de 2 mujeres por cada hombre (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Cantidad de pacientes con diagnóstico de artrosis de rodilla, gonalgia y gonartrosis según sexo y año. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

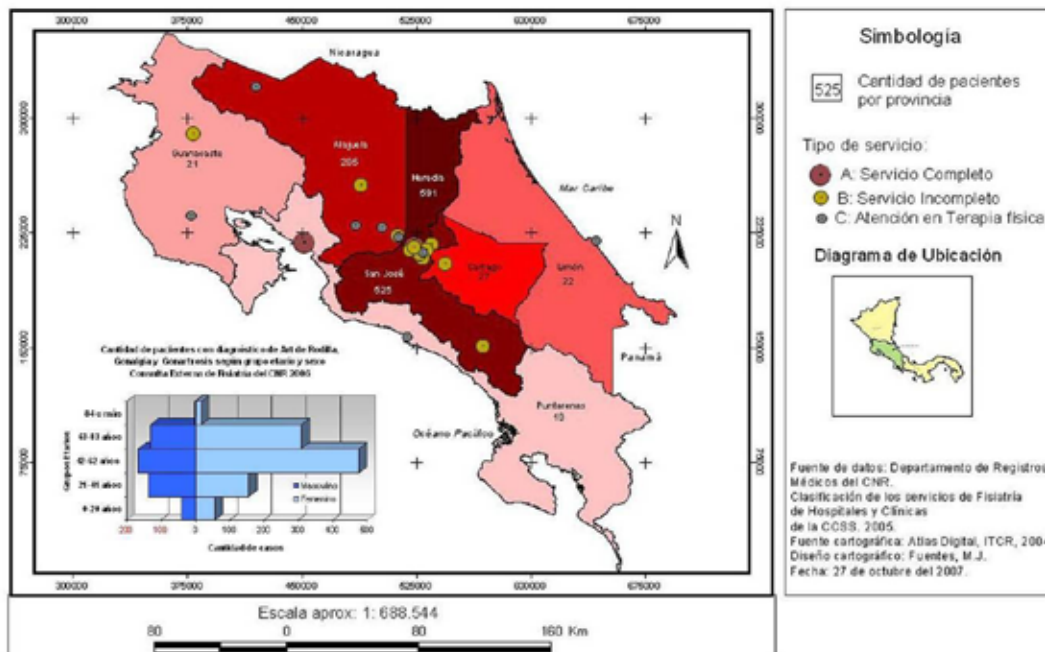
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	337	355	481	445	475	2093
Femenino	616	782	857	969	1015	4239
Total	953	1137	1338	1414	1490	6332

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

La procedencia de pacientes se comportó igual que en el caso de la Lumbalgia (Heredia, San José y Alajuela en orden de mayor a menor) y el grupo etario con mayor presencia es el relacionado con los procesos de envejecimiento y desgaste

articular, principalmente en el caso de las mujeres, en donde se realizan las artroplastías y artroscopías de rodilla (reemplazo total o parcial de la articulación, reparación de la función articular, entre otras) (ver mapa 2).

Mapa 2. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de artrosis rodilla, gonalgia y gonartrosis según procedencia, sexo y grupo etario Consuta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



Omalgia

Es un término compuesto por *Oma*, un prefijo cuyo significado es “pertenciente o relativo al hombro”, y el sufijo *algia*, “dolor y estado doloroso”

(25). Como muestra el cuadro 5, existió un leve incremento conforme transcurrió el período y una supremacía marcada de la patología en el sexo femenino, al acudir 2.1 mujeres por cada hombre.

Cuadro 5. Cantidad de pacientes con diagnóstico de Omalgia según sexo y año Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

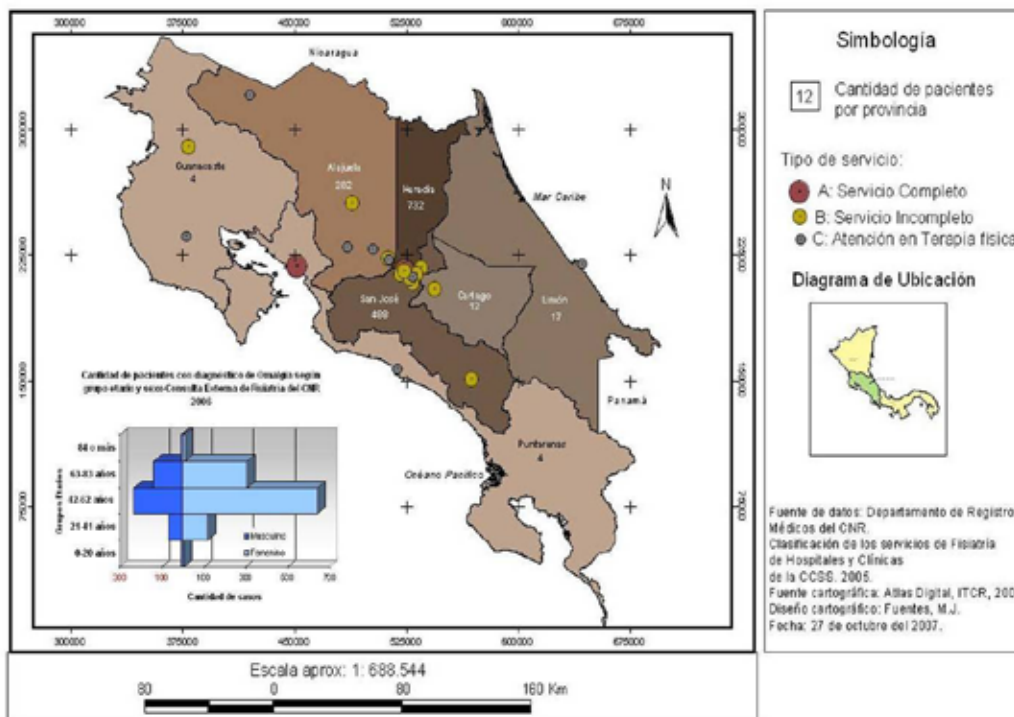
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	245	279	481	407	459	1871
Femenino	527	641	857	962	1080	4067
Total	772	920	1338	1369	1539	5938

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE

Con respecto a la procedencia, Heredia es una de las provincias que más pacientes aportó al CENARE, situación que muy probablemente esté condicionada por la inexistencia de servicios de

terapia física pertenecientes a la CCSS y por la accesibilidad geográfica que posee el Centro para dicha población (ver mapa 3).

Mapa 3. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de omalgia según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



Las personas que al momento de la investigación se encontraban entre los grupos etarios de 42 a 83 años, a lo largo de su vida realizaron actividades caracterizadas por una gran implicación física, debido a las condiciones existentes en dicho período. Esta situación, junto con el desgaste propio de las estructuras anatómicas de la articulación, es muy probable que haya incidido en la aparición de patologías articulares, lo que evidentemente se reflejó en el comportamiento de los datos.

Fractura

Una fractura es una lesión traumática de un hueso, caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo. Las fracturas se clasifican de acuerdo con el hueso afectado, la parte del hueso interesada y la naturaleza de la rotura (25). Para efectos de la presente investigación, las fracturas son analizadas en conjunto.

Cuadro 6. Cantidad de pacientes con diagnóstico de fractura según sexo y año Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	350	646	809	208	488	2501
Femenino	331	742	704	222	683	2682
Total	681	1388	1713	430	1171	5383

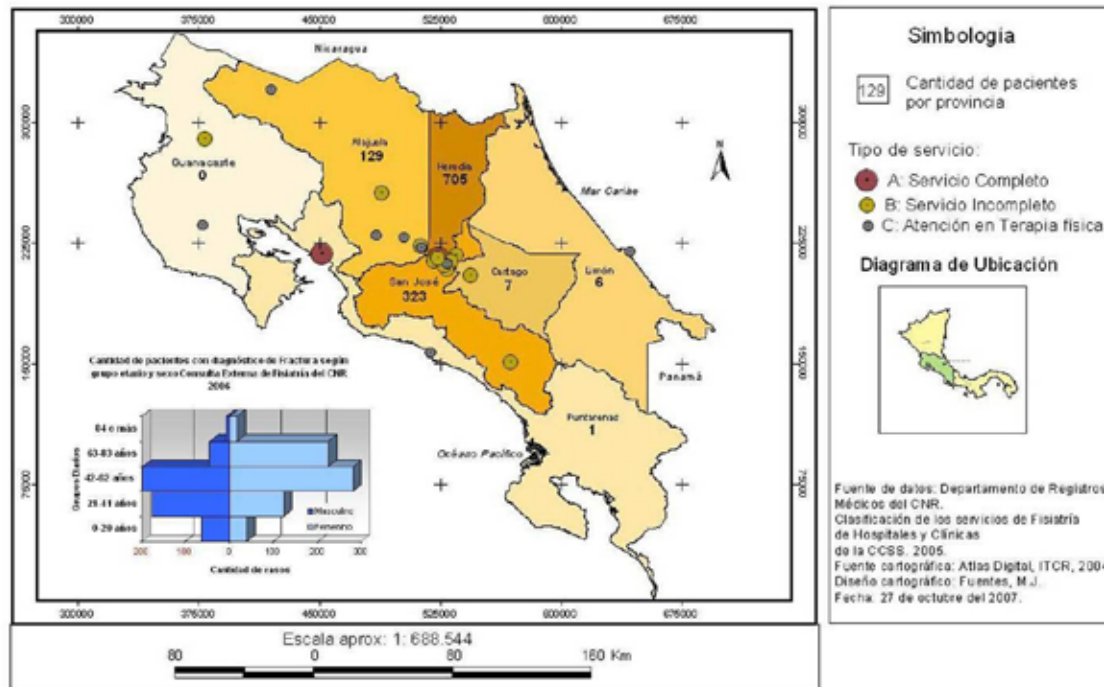
Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

El comportamiento irregular de las cifras no permitió realizar conclusiones en relación con el período como un todo. La cantidad de lesiones en mujeres fue ligeramente mayor que en los hombres (1.07 mujeres por cada hombre) (ver cuadro 6).

Se debe tener presente que las fracturas estudiadas en este apartado son aquellas lesiones cuyos procesos y secuelas requieran de atención en el servicio de Fisiatría y Terapia Física para lograr un nivel adecuado de funcionalidad. Por consiguiente, la complejidad no puede ser comparada con la que se podría presentar en cualquier hospital de categoría nacional.

El 60.2% de los pacientes procedía de la provincia de Heredia, seguido de San José con 27.5% del total de los casos. En concordancia con lo expuesto en el párrafo anterior, el grupo etario con mayor presencia fue el conformado por personas con edades entre los 42 y 83 años, los cuales se asocian en su mayoría a fracturas producto de caídas, en personas con presencia de antecedentes patológicos de osteoporosis u osteopenia, entre otras (ver mapa 4).

Mapa 4. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de fractura según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



Hemiparesia y Hemiplejía (AVC)

Ambos casos -hemiparesia y hemiplejía- podrían considerarse como secuelas a un evento acontecido, cuyo origen puede ser muy variado. La hemiparesia se utiliza para indicar una debilidad muscular que afecta un solo lado del cuerpo y la hemiplejía cuando existe parálisis de un lado del cuerpo (25). Entre los distintos tipos destacan la

hemiplejía cerebral, hemiplejía facial, hemiplejía infantil y hemiplejía espástica.

La diferencia de alrededor de 900 pacientes entre el primer año estudiado (2002) y el último (2006) podría ser un indicador que requiere mayor investigación para determinar la causa del crecimiento en el reporte de casos. En éste, los hombres superaron a las mujeres (0.92 mujeres por cada hombre) (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Cantidad de pacientes con diagnóstico de hemiparesia y hemiplejía (AVC) según sexo y año. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

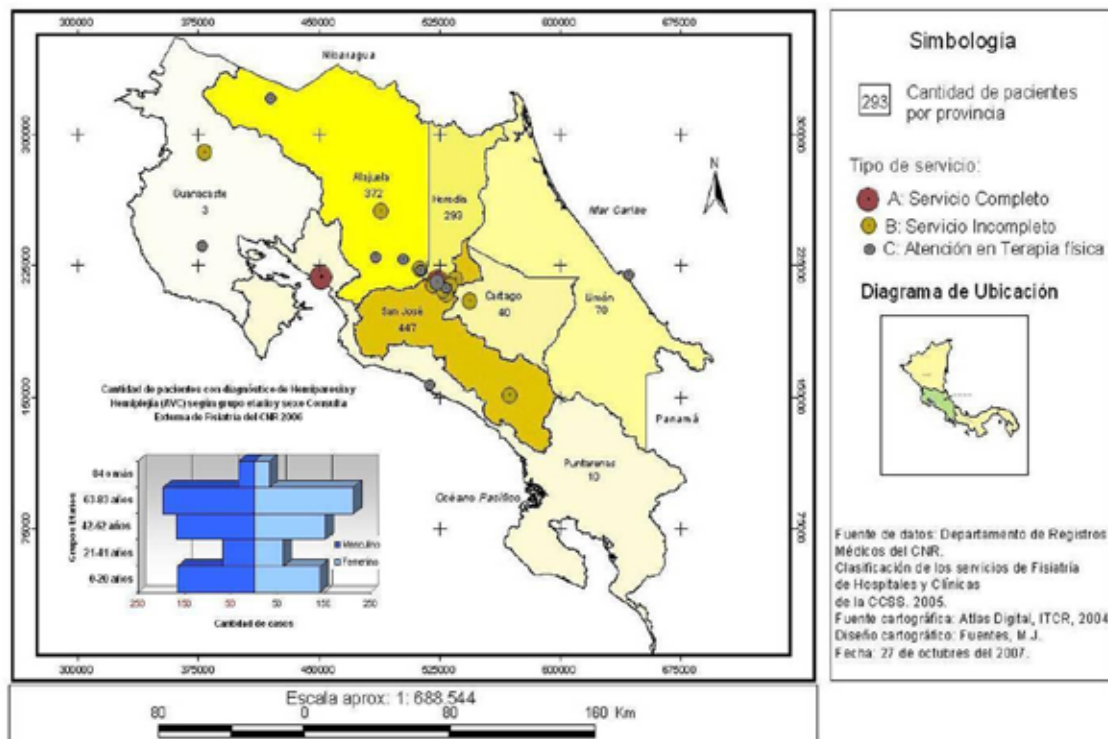
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	189	340	308	586	633	2056
Femenino	172	318	247	570	602	1909
Total	361	658	553	1156	1235	3963

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

Con respecto a la procedencia, el orden varió, pero se mantuvieron las provincias de mayor aporte. Aparecieron San José, Alajuela y Heredia en orden descendente. La variabilidad de causas que pueden dar origen a una hemiparesia o hemiplejía hace que los datos no mostraran diferencias marcadas en cuanto a sexo y grupo etario. La razón de sexo fue prácticamente de una mujer por cada hombre y el comportamiento de los grupos

etarios fue mayor en la juventud (0-20 años) y en la adultez y vejez (42-83 años) (ver mapa 5). Si bien es cierto el primer grupo podría estar asociado a lesiones traumáticas y el segundo a secuelas de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, arteriosclerosis), se requiere profundizar en el estudio de ambos grupos para realizar una afirmación de la causalidad.

Mapa 5. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de hemiparesia y hemiplejía según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



Parálisis Facial

La parálisis facial es un trastorno caracterizado por la pérdida parcial o total de las funciones de los músculos faciales. Puede deberse a una enfermedad o a un traumatismo. El grado de parálisis depende de los nervios afectados (25).

El cuadro mostró una afluencia importante de personas con diagnóstico de parálisis facial que se mantuvo constante a lo largo del período y con una razón de sexo de 1.2 mujeres por cada hombre (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Cantidad de pacientes con diagnóstico de parálisis facial según sexo y año. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

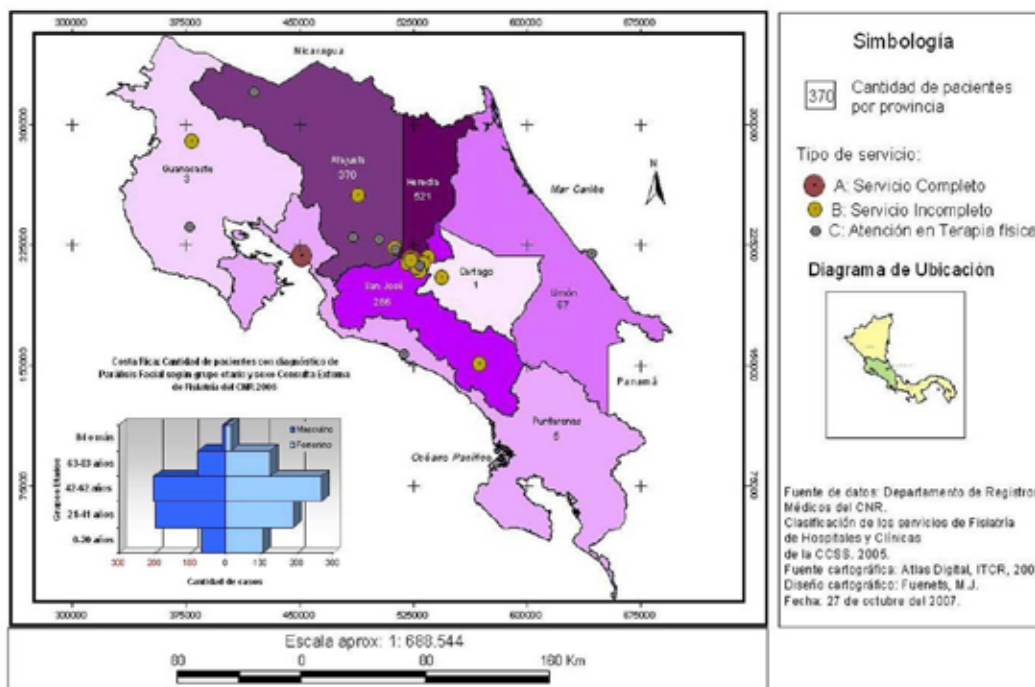
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	574	655	624	550	557	2960
Femenino	641	723	807	749	696	3616
Total	1215	1378	1431	1299	1253	6576

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

La procedencia presentó el siguiente orden descendente: Heredia, Alajuela y San José. Los grupos etarios con las cifras más altas fueron 42-62 años y 21-41 años (ver mapa 6). En el primero de ellos (42-62 años) se debe tener presente que la existencia de un antecedente patológico como la

diabetes mellitus es uno de los factores asociados a la aparición de una parálisis facial y a su recuperación (suele ser más prolongada). En el caso del segundo grupo (21-41 años) podría asociarse a la exposición del individuo a períodos altos de estrés producto mayormente de su actividad laboral.

Mapa 6. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de parálisis facial según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral consiste en un trastorno de la función motora producido por una lesión o defecto

cerebral no progresivo y permanente, presente en el nacimiento o que acaece poco después de éste. El déficit neurológico puede dar lugar a hemiplejía espástica, monoplejía, diplejía o cuadriplejía,

atetosis o ataxia, crisis convulsivas, parestesias, distintos grados de retardo mental y trastornos de la palabra, la visión y la audición (25).

Acudieron a los servicios un promedio de 1.300 pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral por año, con una razón de sexo muy semejante (0.8 mujeres por cada hombre) (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Cantidad de pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral según sexo y año. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE, período 2002-2006

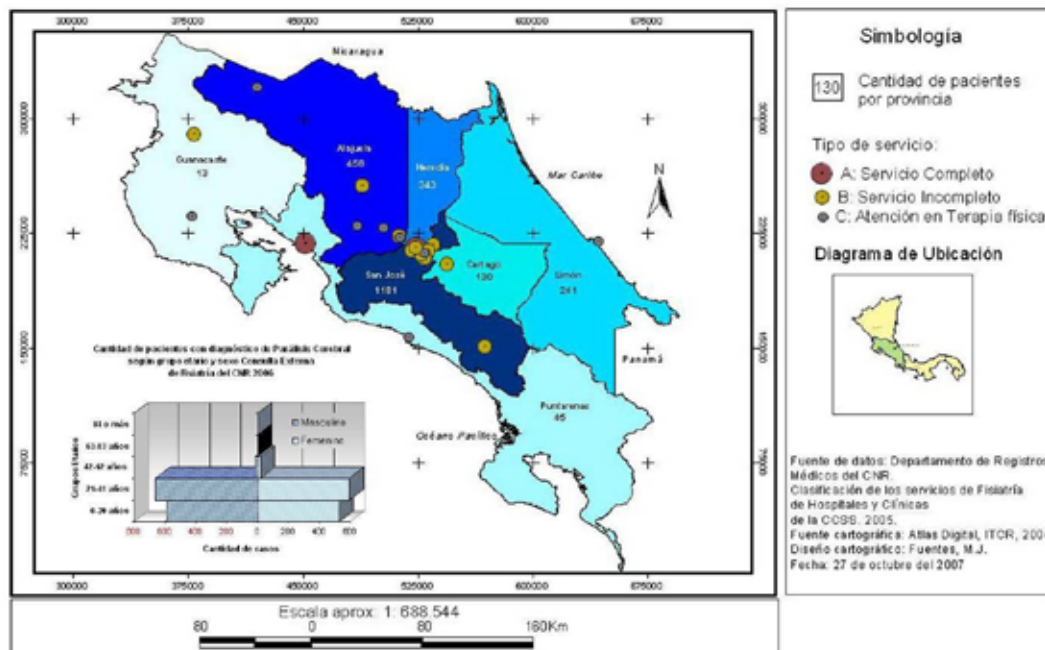
Sexo	Año					Total
	2002	2003	2004	2005	2006	
Masculino	627	618	515	415	1268	3443
Femenino	479	536	507	385	1143	3050
Total	1106	1154	1022	800	2411	6493

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE.

En este caso se presentó una condición atípica en las cifras de la provincia de Limón, ya que la cantidad de pacientes procedentes de dicho lugar es mayor a la presentada en los diagnósticos anteriores. Sin embargo, continúan predominando los pacientes procedentes de provincias cercanas al Valle Central (San José, Alajuela y Heredia) (ver mapa 7).

Dadas las características de las personas con diagnóstico de parálisis cerebral, los grupos etarios de mayor presencia (de 0-20 años y de 21-41 años) son esperados principalmente por la esperanza de vida que provoca dicha patología en aquellos casos de mayor severidad.

Mapa 7. Costa Rica: cantidad de pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral según procedencia, sexo y grupo etario. Consulta Externa de Fisiatría del CENARE 2006



c) Consideraciones especiales: procedencia y grupo etario

A pesar de que la información contenida en los mapas resulta de utilidad para el análisis de los datos con respecto a la procedencia y grupos etarios de las personas atendidas, al encontrarse segmentada de acuerdo con el diagnóstico, no permite visualizar la dinámica de los diagnósticos

como un todo. Razón por la cual, la presente sección se ocupa de mostrar tasas que permitan establecer relaciones comparativas entre la totalidad de los diagnósticos analizados.

Esta sección se encuentra compuesta por la discusión de las tasas de consulta por provincia y por grupos etarios.

Tasas de consulta por provincia

La operación matemática utilizada para determinar la tasa de consulta por provincia fue la siguiente:

$$\text{Tasa de consulta por provincia} = \frac{\text{Cantidad de pacientes atendidos}}{\text{Cantidad de habitantes de la provincia}} \times 10.000$$

Evidentemente, la situación que se presenta en la provincia de Heredia tiene mucho que ver con la condición de ser la única provincia que no posee algún tipo de servicio relacionado con la rehabilitación y la terapia física. Por su parte, en el caso de Alajuela y San José, provincias que poseen servicios como los mencionados anteriormente,

aún refieren una cantidad de casos considerables al CENARE, situación que no se presenta en Cartago, por lo que habría que realizar estudios que permitan determinar la influencia de la accesibilidad geográfica en la cantidad de referencias realizadas (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Tasa de consulta por provincia de procedencia según diagnóstico (Por 10.000 habitantes). Consulta Externa del CENARE 2006

Provincia	Diagnóstico						
	Lumbalgia	Art. de rodilla, gonalgia y gonartrosis	Omalgia	Fractura	Hemiparesia y Hemiplejía (AVC)	Parálisis facial	Parálisis cerebral
San José	5,0	3,5	3,2	2,1	3,0	1,9	7,8
Alajuela	8,7	3,5	3,5	1,6	4,6	4,6	5,7
Cartago	0,5	0,6	0,2	0,1	0,8	0,0	2,7
Heredia	31,0	14,8	18,4	17,7	7,3	13,1	8,6
Guanacaste	0,2	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4
Puntarenas	0,4	0,5	0,1	0,0	0,2	0,1	1,1
Limón	0,7	0,6	0,4	0,2	1,8	1,7	6,1

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE y del CCP. Cálculos basados en las Proyecciones Distritales de Población de Costa Rica 1970-2030 (Centro Centroamericano de Población).

Tasas de consulta por grupos etarios

La operación matemática utilizada para determinar la tasa de consulta por grupo etario es la siguiente:

$$\text{Tasa de consulta por grupos etarios} = \frac{\text{Cantidad de pacientes atendidos según grupo etario}}{\text{Cantidad de habitantes según grupo etario}} \times 10.000$$

Las cifras obtenidas reflejan lo mencionado por la bibliografía consultada con respecto al uso de los servicios de rehabilitación y terapia física por parte de los adultos y adultos mayores. A excepción de la parálisis cerebral, todos los diagnósticos aumentan la tasa de consulta conforme avanza la edad de los usuarios atendidos.

Además de la condición señalada, existen diagnósticos en donde la variación de la tasa de consulta al cambiar de grupo etario es aún más evidente (como en el caso de la Art. de rodilla, gonalgia y gonartrosis, la omalgia y la hemiparesia y hemiplejía) e incluso afirma elementos de la epidemiología (grupos etarios de mayor incidencia) descritos en la literatura para cada uno de ellos (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Tasa de consulta por grupo etario según diagnóstico (Por 10.000 habitante). Consulta Externa del CENARE 2006

Grupo Etario	Diagnóstico						
	Lumbalgia	Art. de rodilla, gonalgia y gonartrosis	Omalgia	Fractura	Hemiparesia y Hemiplejía (AVC)	Parálisis Facial	Parálisis Cerebral
0-20 años	1,0	0,6	0,1	0,6	1,8	1,0	6,4
21-41 años	5,6	2,0	1,3	2,0	0,9	2,6	8,5
42-62 años	15,3	7,3	9,9	5,4	3,6	5,3	0,4
63-83 años	15,6	16,4	16,6	10,0	15,2	7,5	0,1
84 o más	4,5	6,5	5,5	7,9	23,0	7,9	0,7
Total	6,3	3,4	3,5	2,7	2,8	2,8	5,5

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Departamento de Registros Médicos del CENARE y del CCP. Cálculos basados en las Proyecciones Nacionales de Población de Costa Rica 1970-2100 (Centro Centroamericano de Población).

CONCLUSIONES

- La procedencia de los pacientes atendidos en la Consulta Externa de Fisiatría del CENARE presentaron condiciones dispares entre las provincias del país. La provincia de Heredia, lugar de procedencia de una cantidad importante de pacientes, posee una situación particular, ya que es la única provincia que no posee ningún

tipo de servicio relacionado con la rehabilitación y la terapia física, lo que, sin duda alguna, incide en la cifra de pacientes reportados por la provincia. Sin embargo, Alajuela y San José, a pesar de poseer servicios, aún refieren una cantidad considerable de pacientes. Caso contrario a lo que sucede en Cartago, cuyo aporte de pacientes es reducido, incluso comparable con las provincias más distantes a la Gran Área Metropolitana, como Puntarenas, Guanacaste y Limón.

- La transición demográfica con tendencia al envejecimiento de la población en Costa Rica, evidentemente generará una sobrecarga en la mayor parte de servicios brindados por la CCSS. Sin embargo, las consecuencias podrían ser más evidentes en servicios como los ofrecidos por la Sub-Área de Terapia Física. Los datos analizados muestran que el 54.9% del total de consultas, correspondiente a los diagnósticos de mayor frecuencia en la Consulta Externa de Fisiatría durante el 2006, fueron realizadas por pacientes cuyas edades sobrepasaban los 42 años. Además, es probable que por la transformación de las actividades productivas y de la vida diaria de las últimas dos décadas, la población que actualmente envejece presente diagnósticos de consulta distintos a los actuales.
- El sexo femenino tiene mayor presencia que el masculino. El 59.5% del total de consultas correspondiente a los diagnósticos de mayor frecuencia en la Consulta Externa de Fisiatría durante el 2006 fueron realizadas por mujeres. Existe una razón de 1,47 mujeres por cada hombre atendido en el servicio. Los alcances de la presente investigación no permiten determinar o asociar la causa de dicha diferencia en la demanda atendida; no obstante, es sabido que “los contenidos de vida asignados a las mujeres por su género definen en gran medida su estado vital, sus riesgos, sus enfermedades y malestares, así como su potencial de vida sana y su expectativa de longevidad” (30), por lo que no es casualidad su incidencia en patologías de hombro y espalda.

CRÉDITOS

- Licda. María Lourdes Méndez, Jefatura del Servicio de Terapia del Centro Nacional de Rehabilitación.
- Dra. María José Gallardo, Coordinadora del Comité Local de Bioética del Centro Nacional de Rehabilitación.
- Licda. Alicia Acuña, Jefe del Departamento Registros Médicos del Centro Nacional de Rehabilitación.
- Lic. Rigoberto Alfaro Rodríguez, Filólogo.

REFERENCIAS

1. Agencia de Cooperación Internacional del Japón y Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. (2006). *Rehabilitación en Costa Rica: situación y perspectiva*. San José, Costa Rica.
2. Álvarez Vindas J, Zamora Mata J. (1979). *Conceptos preliminares sobre la administración y funcionamiento de un centro de rehabilitación neuro-músculo-esquelético y su coordinación con otros entes*. Universidad Nacional, Instituto de Estudios del Trabajo, Unidad de Extensión. Heredia, Costa Rica.
3. Ayala Díaz N, Castillo Martínez A, Torres Martínez R. (2000). *Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización*. Caja Costarricense de Seguro Social, Gestión local de Salud. Curso Especial de Posgrado. San José, Costa Rica.
4. Bolaños Sánchez X, Pacheco Soto A, Rojas Sánchez G. (2004). *Estado de Salud de la Persona Adulta Mayor*. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.
5. Brissette S. *Demographics: Shaping the future of physical therapy*. (Versión en Internet). (Visitado el 20 de enero de 2007). Estados Unidos: Pt Magazine. Consultado en: <http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Archives3&TEMPLATE=/CM/HTMLDisplay.cfm&CONTENTID=8471>
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas. *Plan Estratégico 2003-2006*. San José, Costa Rica.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de Modernización y Desarrollo. (1998). *Nuevo Modelo de Atención en Salud: principios y elementos fundamentales*. San José, Costa Rica.
8. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia División Médica. Dirección de Información en Salud, Departamento Estadística de Salud. (2004). *Estadísticas Generales de los Servicios de Atención de la Salud 1980-2004*. San José, Costa Rica.
9. Caja Costarricense de Seguro Social. Presidencia Ejecutiva, Dirección de Planificación Institucional. (2005). *Elaboración de estudios en forma desconcentrada para el desarrollo de obra pública (proyectos de baja y mediana complejidad)*. San José, Costa Rica.
10. Centro Centroamericano de Población. *Producción de tablas con PDQ-Explore de las proyecciones nacionales de población de Costa Rica 1970-2100*. (Versión en Internet). San José, Costa Rica. (Visitado el 21 de noviembre de 2007). Consultado en: <http://censos.ccp.ucr.ac.cr/>
11. Centro Centroamericano de Población. *Producción de tablas con PDQ-Explore de las Proyecciones Distritales*

- de Población de Costa Rica 1970-2030. (Versión en Internet). San José, Costa Rica. (Visitado el 21 de noviembre de 2007). Consultado en: <http://censos.ccp.ucr.ac.cr/>
12. Fischer, S. (1985). *Economía*. Editorial McGraw Hill, México.
 13. Frenk, J. (1997). *La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
 14. Hack LM, Konrad TR. (1995). *Determination of supply and requirements in physical therapy: some considerations and examples*. (Versión en Internet). Estados Unidos: Ptjournal.org. (Visitado el 20 de enero de 2007). Consultado en: <http://www.ptjournal.org/cgi-reprint/75/1/47.pdf>
 15. Hall T, Mejía A. (1979). *Planificación del personal de salud: principios, métodos y problemas*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
 16. Hernández Medina I, Mirapeix F, Saturno Hernández P, Meseguer Henarejos A, Montilla Herrador J, Saura Llamas J, et al. (2003). *Factores asociados a la calidad estructural en las guías de práctica clínica de fisioterapia*. (Versión en Internet). España: J.Doyma.es. (Visitado el 22 de setiembre de 2006). Consultado en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13046195>
 17. Jacoby I. *Forecasting requirements for physical therapists*. (Versión en Internet). Estados Unidos: Ptjournal.org. (Visitado el 20 de enero de 2007). Consultado en: <http://www.ptjournal.org/cgi-reprint/75/1/38.pdf>
 18. Jaramillo Antillón J. (1993). *Salud y Seguridad Social*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
 19. Jiménez Castro W. (1992). *Conceptos sobre Desconcentración y Descentralización*. Cuadernos del CICAP. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
 20. Jiménez Gómez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. (2006). *Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria*. (Versión en Internet). España: Doyma.es (Visitado el 9 de octubre de 2006). Consultado en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13084126>
 21. Malagón G. (2000). *Administración Hospitalaria*. Editorial Médica Internacional, Bogotá, Colombia.
 22. Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, et al. (1998). *Salud Pública*. Editorial McGraw-Hill. España.
 23. Maxwell S, Baseggio C, Storeygard M. *Part B Therapy services under medicare in 1998-2000: impact of extending fee schedule payments and coverage limits*. (Versión en Internet). Washington DC: Urban.org (Visitado el 5 de enero de 2007). Consultado en: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=1000312>
 24. Mesén Madrigal V. (2000). "Propuesta proyecto desconcentración y mayor cobertura de la rehabilitación según nivel de atención en el ámbito nacional". *Rev cienc adm financ segur soc*, Vol. 8, N°1, p. 62-100.
 25. Océano. (2006). *Diccionario de Medicina Mosby*. Editorial Océano. Barcelona, España.
 26. Polit D. (1994). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Editorial Interamericana, México DF.
 27. Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. (2005). *Evaluación de la demanda derivada en atención primaria*. (Versión en Internet). España: Doyma.es (Visitado el 9 de octubre de 2006). Consultado en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13071940>
 28. Sáenz Jiménez, L. (1998). *Administración de servicios de salud*. EUNED. San José, Costa Rica.
 29. Sánchez Llanos E. (2001). *VII Jornadas nacionales de fisioterapia en atención primaria*. (Versión en Internet). España: Doyma.es (Visitado el 9 de octubre de 2006). Consultado en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13016804>
 30. Sayavedra Herrerías G, Flores Hernández E. (1997). *Ser Mujer: ¿Un riesgo para la salud?*. Red de Mujeres, A.C. México D.F.
 31. Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria: Guía de procedimientos*. Sevilla.
 32. Soever L. (2006). *Primary health care and physical therapists. Moving the profession's agenda forward*. College of Physical Therapists of Alberta. Canadá.
 33. Vaquero Puerta L. (1986). *Salud Pública*. Ediciones Pirámide, Madrid, España.
 34. Varas Fabra F, Heredia Torres A, Román Ramos P, Rodríguez Pérez M, Pérula de Torres L, Mayordomo Riera F. (2003). *Relación entre atención primaria y un servicio de rehabilitación. Opinión de los médicos de los centros de salud*. (Versión en Internet). España: Doyma.es (Visitado el 21 de setiembre de 2006). Consultado en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13050500>
 35. Vargas Solís M, Ramírez Monge R. (2002). *Desconcentración servicios de rehabilitación y fisioterapia, en tres clínicas del segundo nivel de atención. Área Metropolitana. CCSS. Año 2000*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica.