

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD
TERAPIA FISICA

Descripción del proceso de atención del departamento de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

Tesis sometida a la consideración de la Escuela de Tecnologías en Salud para optar por el grado de licenciatura de la carrera Terapia Física

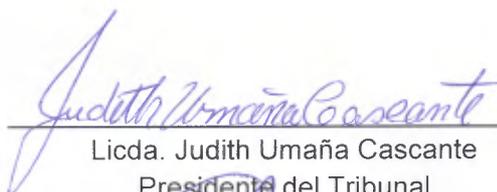
Keila Carolina Mora Valverde

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

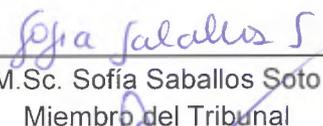
2016

Hoja de aprobación

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Terapia Física, el día 25 de agosto de 2016

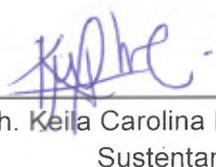

Licda. Judith Umaña Cascante
Presidente del Tribunal


M.Sc. Fernando Herrera Canales
Director


M.Sc. Sofía Saballos Soto
Miembro del Tribunal


Ph.D. Horacio Chamizo García
Miembro del Tribunal


Licda. Heilyn Fernández
Miembro del Tribunal


Bach. Keila Carolina Mora Valverde
Sustentante

Derechos de propiedad intelectual

Este Trabajo Final de Graduación es propiedad intelectual de Keila Carolina Mora Valverde, cédula de identidad N° 1-1368-0816. Está prohibida la reproducción total o parcial de este material sin previa autorización de la investigadora.

Cita bibliográfica

Como citar este documento.

Mora, K. (2016). Descripción del proceso de atención del departamento de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.

Tesis de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física. Sede Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica.

Director: M.Sc. Fernando Herrera Canales

Palabras Clave:

Investigación sobre los servicios de salud

Administración de los servicios de salud

Gestión en salud

Atención ambulatoria

Instituciones de atención ambulatoria

Recursos humanos en salud

Servicios de salud

Medicina física y rehabilitación

Terapia física

Costa Rica

Dedicatoria

A Dios, mi eterno Padre celestial, el que me demostró el amor más puro y más dulce que jamás hubiera imaginado y me permitió bajar de sus regazos para concluir esta historia de amor que Él me permite día a día. Soy quien soy por Él y para Él.

A mi abuela Hia, quien no ha dejado de cuidarme ni un solo instante desde el cielo, quien se alegra con mis triunfos y salta de nube en nube festejando mis logros, mi ángel amado que siempre me enseñó a ser la mejor versión de mi misma.

A mi amada madre Etel, quien me enseñó a ser una gran mujer como ella lo es, quien creyó en mí aún cuando yo no lo hacía, quien me impulsa cada día a seguir adelante, mami, este logro es tuyo, te amo con todo mi corazón.

A mi hermana Melissa y mi hermano Mario Alberto que me cuida desde el cielo. Nenita, te amo con todo mi corazón y por tantas veces que me apoyaste para seguir adelante y tomaste mi mano, este logro también es todo tuyo, ahorita te toca a ti. Los amo.

A mi tía Sarita, juntas lo logramos, ahora ya somos las dos licenciadas y aunque la vida nos ha pulido diferente, aquí tienes una licenciatura, este logro también es tuyo. La amo mucho.

A mis tías Sonia y Jacqueline, quienes estuvieron presentes en toda mi formación académica, las amo tanto, este logro académico también es de ustedes.

Porque el amar lo entrega todo y el querer lo exige todo... los amo, siempre suya, **Keila**.

Agradecimiento

Gracias Dios Padre Celestial, por permitirme despertar a la vida de nuevo, por permitirme hacer y terminar mi Trabajo Final de Graduación.

Gracias Mami, por ser ese impulso perfecto cuando pensaba que la gasolina de mi motor de vida se estaba acabando, por inspirarme a ser excelente profesional y por enseñarme tanto en el proceso, tus consejos siempre son los mejores.

Gracias Hia por acompañarme todas y cada una de las noches y madrugadas de estudio, gracias por los fresquitos de limón cuando llegaba cansada de clases.

Gracias Ne, por aguantarme tantos días y tantas noches y por tener un corazón tan grande, lleno de paz y amor.

Gracias Sarita por acompañarme cada vez a la universidad y por prestarme el brazo y tu ayuda desinteresada, gracias por tu apoyo.

Gracias a mi familia, por ser la roca firme que siempre me sostuvo, son lo mejor del universo, Mami, Papi, Nena, Gerardo, Frank, Sonia, Jacky, Randall, Carlos, Sarita, Maruja, Chepe, Christopher, Josías, Lindsay y por supuesto mis angelitos que en lugar de alas, Dios les dio colitas: Pipo y Tommy.

Gracias al Dr. Mario Madrigal y al Dr. Sebastián Peña, por todo lo apoyo en este proceso y por creer y confiar en mi capacidad y profesionalismo fisioterapéutico.

Gracias Sammy por ser una profesional y una amiga tan real y completa, gracias por tu disponibilidad 24/7.

Gracias a mis compañeros y colegas de generación de Terapia (A6 y A7), gracias por estar ahí, gran parte de lo que soy y de la excelencia que la universidad forjó en mí, tuve el privilegio de compartirla con ustedes.

Gracias a mi equipo asesor de TFG, profe Fernando, profe Sofía y profe Chamizo, son profesionales de un calibre excepcional. Gracias por apoyarme y enseñarme desde el inicio de mis años universitarios hasta el momento.

Gracias Wendy López y a todo el equipo del CASED, su papel en mis últimos años y momentos universitarios fue muy importante. Wen, gracias por ser una hermana mayor, amiga y consejera, gracias por tener tanto amor por lo que haces y por cuidar a tus pollitos.

Gracias a todos y cada uno de mis profesores de Terapia Física, ustedes pintan la vida universitaria con unos colores únicos que hacen de esta una experiencia maravillosa. En mi corazón cada uno plasmó una marca importante.

Y por último, aunque no menos importante, gracias a usted estimado lector que invirtió su tiempo en aprender de este TFG, espero le haya sido de gran utilidad.

Prefacio del autor

La elaboración de la presente tesis surgió del interés personal de profundizar en la atención en los servicios de salud en general y de la Terapia Física en particular. Durante el transcurso de mi licenciatura, siempre tuve un especial interés en realizar investigaciones que profundizaran sobre temas relacionados con el fenómeno de la atención. De esta manera, el principal reto en esta investigación consistió en evidenciar la compleja problemática del fenómeno y explicar las interrelaciones que se dan entre los factores que la conforman, particularmente en el Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE).

Alrededor de la salud en general, y de la Terapia Física en particular, existen determinados contenidos que no se pueden dejar de tomar en cuenta y resultan indispensables para el desarrollo integral de la disciplina. De manera que, para efectos de esta investigación, y con el objetivo de ofrecerle al lector una síntesis de lo que se presenta en las siguientes páginas, se muestra una breve referencia de los temas principales que se desarrollarán más adelante.

En primera instancia, se efectúa un estudio bibliográfico de la relación entre salud, discapacidad, rehabilitación y la atención en salud en Costa Rica. Esta relación debe ser analizada debido a que aporta una base sólida sobre la que se desarrolla la gestión de los servicios de salud importantes en el proceso de esta investigación. Con esto como base, se evaluó el servicio de atención en Terapia Física del PANARE y sus posibilidades para brindar un servicio de salud a la población general de Costa Rica.

La idea de precisar sobre las instituciones nacionales que prestan servicios de salud a las personas, surgió por la impresión que generó el conocer la dimensión que han alcanzado las organizaciones formadas por y para los costarricenses. Asimismo, se definió la delimitación del tema de tesis gracias a la posibilidad de la investigadora de ver el modelo de atención a los usuarios en el PANARE desde dos perspectivas: como usuaria de los servicios y como Terapeuta Físico en formación.

Cabe puntualizar que este proyecto ha sido apoyado por la Universidad de Costa Rica y por el Patronato Nacional de Rehabilitación, bajo la dirección del Msc. Fernando Herrera Canales, profesor de la Universidad de Costa Rica e investigador del Ministerio de Salud de Costa Rica

Es interesante destacar que este proyecto constituye un gran esfuerzo por obtener información mucho más detallada acerca de la capacidad resolutive del servicio de atención fisioterapéutica del PANARE y al mismo tiempo, ser un proyecto con objetivos prácticos y de beneficio importante para fortalecer la institución en general y el departamento de Terapia Física en particular.

Se agradece al equipo asesor, M.Sc Fernando Herrera, M.Sc Sofía Saballos y Ph.D Horacio Chamizo por sus asesorías en la delimitación y elaboración de la presente tesis así como el apoyo otorgado para ser parte integral del proyecto de investigación.

Contenido

Hoja de aprobación	i
Derechos de propiedad intelectual	ii
Cita bibliográfica.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Prefacio del autor	vii
Índice de cuadros.....	xiii
Índice de gráficos	xiv
Índice de tablas	xv
Índice de ilustraciones.....	xvi
Lista de abreviaturas.....	xvii
Resumen Ejecutivo	xviii
Capítulo I: introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivos.....	6
1.3 Justificación	7
Capítulo II: Marco teórico	9
2.1. Cuestiones conceptuales de la salud.....	9
2.1.1. Concepto de salud	9
2.1.2 Los registros médicos en salud	10
2.1.3 La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.....	11
2.2. Discapacidad en el contexto de la salud	11
2.2.1. Conceptualización de discapacidad.....	12
2.2.3. Causas que dan origen a la discapacidad	13
2.2.4. La salud desde la concepción de la calidad de vida: La importancia en el nuevo paradigma de la discapacidad	13

2.2.5. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos	14
2.2.6. Discapacidad en Costa Rica.....	15
2.3. Conceptualización de Terapia Física y rehabilitación.....	16
2.3.1. Papel de la Terapia Física en el campo de la rehabilitación	17
2.3.1.1 La sesión de Terapia Física.....	18
2.3.1.1 Agentes Físicos en Rehabilitación Fisioterapéutica.....	19
2.4. Atención en Salud en Costa Rica.....	21
2.4.1. El Patronato Nacional de Rehabilitación.....	22
2.5 Operacionalización de las variables	24
Capítulo III: Metodología	30
3.1 Consideraciones generales.....	30
3.2 Estrategia metodológica	30
3.3 Cronograma de actividades	31
3.4 Unidad de análisis	32
3.4.1 Criterios de inclusión	32
3.4.2 Criterios de exclusión	32
3.5 Población de interés	32
3.6 Objeto de estudio.....	32
3.7 Población meta.....	33
3.7.1 Población accesible.....	33
3.8 Objeto de estudio y unidades de análisis	33
3.9 Espacio y tiempo	33
3.10 Alcances del diseño	33
3.11 Criterios de validez	34
3.12 Recolección de la información	35
3.13 Técnicas de análisis de la información.....	36
3.13.1 Análisis cuantitativo	36
3.14 Limitaciones de la investigación.....	37
3.15 Consideraciones éticas.....	38
Capítulo IV: Descripción y discusión de los resultados.....	40
4.1 Descripción de los resultados	40
4.1.1 Características de la población y las principales enfermedades	40

4.1.2	La norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud	45
4.1.3	Diagnóstico de la atención del servicio de Terapia Física del PANARE	50
4.1.4	El servicio de atención de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	51
4.1.4.1	Definición de los escenarios: características físicas	51
4.1.4.2	Gestión del servicio de Terapia Física del PANARE	53
4.2	Discusión de los resultados	56
4.2.1	Características demográficas	57
4.2.2	Características de la demanda atendida.....	58
4.2.3	Diagnóstico de la atención del servicio de Terapia Física del PANARE	60
4.2.4	Habilitación del servicio de Terapia Física.....	63
4.2.5	Validez de los resultados.....	65
4.2.6	Principales hallazgos.....	65
Capítulo V:	Propuesta de atención fisioterapéutica	67
5.1	Propuesta de atención en el servicio de consulta externa de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	67
5.1.1	La cita de Terapia Física	69
5.1.1.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	70
5.1.2	Actividades de intervención fisioterapéutica	71
5.1.3	Finalización de la intervención fisioterapéutica.....	72
5.1.4	De la primera etapa: valoración inicial	77
5.1.5	De la segunda etapa: intervención fisioterapéutica.....	80
5.1.6	De la tercera etapa: finalización de tratamiento	81
5.1.7	Complementos de la valoración inicial.....	82
5.2	Instructivo de llenado de datos de la propuesta de atención en el servicio de consulta externa de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	92
5.2.1	Indicaciones generales.....	92
5.2.1	Requisitos para la aplicación	93
5.2.2	Sección anamnesis de valoración fisioterapéutica.....	94
5.2.3	Sección plan de tratamiento fisioterapéutico	98
5.2.4	Sección de intervención fisioterapéutica: control de tratamiento.....	99
5.2.5	Sección finalización de tratamiento	100
5.2.6	Llenado de datos para los instrumentos complementarios de valoración inicial.....	101

5.2.7 Llenado de datos evaluación postural	104
5.2.8 Llenado de datos para fórmula de consentimiento informado.....	105
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones.....	106
6.1 Conclusiones	106
6.1.1 De la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud.....	107
6.1.2 De la atención en el servicio de Terapia Física del PANARE	107
6.1.3 Respecto a la demanda del servicio y las generalidades del proceso de atención	108
6.1.3.1 De la gestión del servicio.....	110
6.2 Recomendaciones	112
6.2.1 Recomendaciones al Patronato Nacional de Rehabilitación	112
6.2.2 Recomendaciones a la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica	115
Capítulo VII: Referencias bibliográficas	117
Bibliografía consultada	122
Anexos	125
Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado	125
Anexo 2. Instrumento para realizar un diagnóstico de la situación actual del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación, a partir del análisis de los expedientes.	129
Anexo 3. Instrumento de Evaluación para la Habilidad de Establecimientos de Atención en Terapia Física del Ministerio de Salud.....	131
Anexo 4. Instrumento para analizar la situación del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	135
Anexo 5. Tablas utilizadas en los resultados y para la elaboración de los gráficos de descripción y discusión de resultados.....	139

Índice de cuadros

Cuadro 1. Operacionalización del Marco Teórico	24
Cuadro 2. Cronograma de actividades	31
Cuadro 3. Técnicas de recolección de información	35
Cuadro 4. Recursos disponibles en PANARE durante el año 2015	46
Cuadro 5. Recurso humano disponible en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el año 2015	48
Cuadro 6. Recursos disponibles con respecto a la planta física del servicio de Terapia Física del PANARE en el año 2015.....	48
Cuadro 7. Recurso material disponible en el servicio de Terapia Física del PANARE en el año 2015.....	49
Cuadro 8. Aspectos considerados en el instrumento de evaluación fisioterapéutica inicial durante el año 2015	50
Cuadro 9. Listado de procesos/patologías susceptibles de intervención fisioterapéutica en el departamento de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	70
Cuadro 10. Llenado de datos de la sección anamnesis de valoración fisioterapéutica.....	94
Cuadro 11. Llenado de datos de la sección plan de tratamiento fisioterapéutico.....	98
Cuadro 12. Llenado de datos de la sección intervención fisioterapéutica: control de tratamiento	99
Cuadro 13. Llenado de datos de la sección finalización de tratamiento.....	100
Cuadro 14. Llenado de datos Examen Manual Muscular	101
Cuadro 15. Llenado de datos goniometría.....	102
Cuadro 16. Llenado de datos evaluación de la marcha	103
Cuadro 17. Llenado de datos fórmula de consentimiento informado	105

Índice de gráficos

Gráfico 1. Usuarios de consulta externa atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.....	41
Gráfico 2. Promedio de edad de los usuarios de consulta externa atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.....	42
Gráfico 3. Usuarios atendidos en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE, según sexo, durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.....	43
Gráfico 4. Usuarios que iniciaron tratamiento en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015 ...	53
Gráfico 5. Usuarios que finalizaron tratamiento en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015 ...	54
Gráfico 6. Cantidad de deserciones de tratamiento de consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015 ...	55

Índice de tablas

Tabla 1. Tipo y cantidad de patologías atendidas en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015	44
Tabla 2. Cantidad de usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	139
Tabla 3. Género de los usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	139
Tabla 4. Usuarios que iniciaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015.....	140
Tabla 5. Usuarios que finalizaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	140
Tabla 6. Usuarios que desertaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	140
Tabla 7. Usuarios reincidentes en el tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	141
Tabla 8. Promedio de edad de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	141
Tabla 9. Expedientes con referencia médica de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	141
Tabla 10. Clave de llenado de para los datos de las tablas 11 y 12	142
Tabla 11. Registro de tratamiento fisioterapéutico en los expedientes del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015.....	142
Tabla 12. Valoración fisioterapéutica final en los expedientes del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015	142

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Diagrama de la propuesta de atención fisioterapéutica en el PANARE	68
Ilustración 2. Estructura general de la propuesta de atención fisioterapéutica en el PANARE	73
Ilustración 3. Etapa de valoración inicial.....	74
Ilustración 4. Etapa de intervención fisioterapéutica	75
Ilustración 5. Etapa de finalización de tratamiento.....	76
Ilustración 6. Anamnesis de valoración fisioterapéutica.....	77
Ilustración 7. Plan de tratamiento fisioterapéutico	79
Ilustración 8. Intervención fisioterapéutica: control del tratamiento	80
Ilustración 9. Finalización de tratamiento.....	81
Ilustración 10. Examen Manual Muscular	83
Ilustración 11. Goniometría	84
Ilustración 12. Evaluación de la Marcha	85
Ilustración 13. Evaluación postural. Vista anterior	87
Ilustración 14. Evaluación postural. Vista Posterior	88
Ilustración 15. Evaluación postural. Vista lateral.....	89
Ilustración 16. Fórmula de consentimiento informado.....	90

Lista de abreviaturas

APF	Antecedentes Patológicos Familiares
APP	Antecedentes Patológicos Personales
APS	Atención Primaria en Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CCP	Centro Centroamericano de Población
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación
CENDEISSS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
CNREE	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COCA	Compresa Caliente
COFRI	Compresa Fría
CONAPDIS	Consejo Nacional de Personas con Discapacidad
Dx	Diagnóstico
EMM	Examen Manual Muscular
END	Escala Numérica de Dolor
ICAA	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
ILPES	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social
INDES	Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MS	Ministerio de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANARE	Patronato Nacional de Rehabilitación
PCI	Parálisis Cerebral Infantil
PND	Plan Nacional de Desarrollo
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
Tx	Tratamiento
UCR	Universidad de Costa Rica
WCTP	World Confederation of Physical Therapy

Resumen Ejecutivo

Palabras clave:

Administración de los servicios en salud. Costa Rica. Gestión en salud. Prestación de atención en salud. Medicina física y rehabilitación.

En el mundo, la salud es un tesoro invisible, cien por ciento perceptible y de valores incalculables. Los sistemas de salud que se desarrollan en el mundo hacen que esta se vea influenciada de diferentes formas. Costa Rica posee actualmente uno de los mejores sistemas de salud a nivel mundial, ubicándose dentro de los 5 primeros puestos, sin embargo las quejas con respecto a este sistema son comunes en la población. Lo que indica que las deficiencias en el sistema de salud son importantes y entorpecen la gestión.

Ahora bien, la función de muchas instituciones en el país es la de estructurar el sistema e impulsarlo hacia adelante, en todas las áreas de salud, según sus posibilidades.

Esta investigación se desarrolló específicamente en el Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE), El PANARE es una institución que brinda servicios de rehabilitación a personas en riesgo social y usuarios referidos por especialistas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que presentan alguna discapacidad física.

Para conocer de modo preciso la administración de la labor del servicio, se presenta una descripción del proceso de atención del área de Terapia Física del PANARE mediante una caracterización de la oferta y una descripción de la demanda. De igual forma, a partir de los resultados obtenidos de la caracterización, se generó una propuesta de atención que fortalezca el servicio.

A pesar de brindar un servicio variado e importante para la sociedad costarricense, PANARE posee algunas carencias que influyen en el sistema de salud. Esta investigación abordó estas deficiencias específicamente en el servicio de Terapia Física, según lo reflejado durante el primer trimestre del año 2015.

Algunas de las principales deficiencias identificadas con el estudio fueron la disposición insuficiente del recurso físico y del recurso humano. Asimismo se observó una incorrecta utilización de los recursos y un proceso de rehabilitación en algunos

casos insuficiente. Finalmente, uno de los principales problemas encontrados fue la carencia de un registro completo de los datos de los pacientes.

Capítulo I: introducción

1.1 Planteamiento del problema

En el campo de la salud, tanto nacional como internacionalmente, existen enfermedades a nivel físico que alteran el ideal de buena salud, las cuales conllevan dolor y limitación funcional, provocando un impacto personal, laboral y familiar en el individuo, lo que se traduce en importantes costos socioeconómicos. De acuerdo con la Estrategia en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud de España, debido a la predominancia de estas enfermedades, “se debe explorar nuevas fórmulas de cuidado y formación sanitaria, en colaboración con otros profesionales y con la comunidad, para variar el sistema de provisión de cuidados y transformarlo en un auténtico sistema de atención y coordinación socio-sanitaria” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2013, p.11).

En este sentido, la atención y la intervención clínica de este tipo de afecciones, debe estar basada en evidencia y centrada en la persona. De lo contrario, los costos y consecuencias que conllevan las enfermedades se traducen en un gran problema de salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2013).

Al existir este tipo de alteraciones, resulta trascendental crear formas de abordaje para éstas, y evitar que se conviertan en un obstáculo para el desarrollo profesional y personal de cada individuo, y por ende, para el avance del país. Se considera entonces que para alcanzar lo anterior, es necesario establecer un sistema de atención eficiente, acorde con las necesidades y demandas de la sociedad.

Una mala administración repercute negativamente en la sociedad, pues como consecuencia de esto, el servicio brindado por determinada organización posiblemente no logrará dar un abordaje completo, eficaz y eficiente. Dada esta importancia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) establece que:

La gestión de los servicios de salud orientados a la eficiencia con calidad requiere de metodologías y herramientas que den respuesta a las necesidades de los gerentes en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven. En su gran mayoría, estos gestores deben enfrentar a diario los efectos

negativos de la segmentación del sistema y la fragmentación de los servicios de salud. (p.9)

Vargas (2010) afirma que en el caso de Costa Rica: “Existe toda una estructura a nivel sanitario por medio de la cual se integran diversas acciones cuyo objetivo está orientado a garantizar las condiciones de vida requeridas para hacer efectivo el derecho a la salud” (p.153).

En este contexto, y en referencia al tema de gestión específicamente, Costa Rica cuenta con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), el cual se encarga de la conducción y regulación del desarrollo del recurso humano de la salud y seguridad social mediante la formación, la capacitación, información e investigación, desarrollados con base en la planificación estratégica (CENDEISS, 2015). Sin embargo, el CENDEISS cumple dicha función solo para el personal de la CCSS, el personal de salud de otras instituciones debe recurrir a instancias como la Dirección General de Servicio Civil o los colegios profesionales.

En la actualidad, se da el surgimiento de un fenómeno particular en cuanto al acceso a los servicios de salud, como lo es la saturación de los servicios como el de Terapia Física. Ésto que ha generado un desequilibrio en la capacidad de atención y la oferta de servicios dirigidos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la rehabilitación física. Por lo tanto, considerando la discapacidad como uno de los ejes para la atención en rehabilitación, resulta importante conocer las distintas percepciones del término “discapacidad” y su abordaje. Palacios (2008) señala que:

Desde la antigüedad hasta nuestros días, han existido grandes contradicciones en el tratamiento otorgado a las personas con discapacidad. Dichas contradicciones son una constante histórica, y constituyen una manifestación de la tensión existente entre las diferentes concepciones de las que es objeto la discapacidad. (p.25)

Al respecto surgen varios puntos de vista que intentan definir la discapacidad. Es posible encontrar paradigmas que van desde la percepción de la rehabilitación donde prevalece la intervención médico-profesional sobre el sujeto, hasta el paradigma de la autonomía personal, donde la vida independiente es su principal objetivo. Sin embargo, ha surgido un nuevo paradigma, más integral, el cual, según Seoane (2004) es: “Más respetuoso con los derechos de las personas con discapacidad, resultado de la

conjunción de dos factores: las nuevas definiciones y clasificaciones de la discapacidad” (p.20).

Desde este nuevo modelo, se considera que

Las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino que son preponderantemente sociales. Esto significa que -más allá de las diversidades funcionales de las personas- la discapacidad es el resultado de una sociedad que no se encuentra preparada ni diseñada para hacer frente a las necesidades de todos y todas, sino solo las de determinadas personas que -casualmente- son consideradas personas estándar. (Palacios, 2008, p.32)

Lo anterior perfila este nuevo paradigma como la opción socio-sanitaria que daría respuesta a las necesidades de atención en salud de muchos centros e instituciones en Costa Rica.

Tomando en cuenta el concepto de discapacidad mencionado en el nuevo paradigma, se ha optado por la rehabilitación como forma de integrar a las personas con diversidad funcional a la sociedad y, de esta forma, mejorar su calidad de vida. En las últimas décadas, Costa Rica ha experimentado un creciente desarrollo en materia de rehabilitación. Según el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) (1989), este proceso se ha caracterizado fundamentalmente por:

- La planificación y creación de los servicios públicos y/o privados en el ámbito nacional.
- Desarrollo de programas de formación y capacitación del personal.
- La aplicación de nuevos métodos y técnicas.
- La promulgación en materia de legislación y adopción de recomendaciones de organismos nacionales e internacionales.
- Los importantes avances en la coordinación interinstitucional e intersectorial.
- La conformación de una filosofía propia en rehabilitación.

Para esto:

La rehabilitación debe darse en un ambiente natural, apoyándose de los recursos existentes en la comunidad, propiciando el compromiso creciente del usuario y la familia, en acción simultánea con el entorno para poder garantizar autonomía, participación plena y equiparación de oportunidades. Esto sólo es factible a través

de la participación de la comunidad en sus diversas instancias. (Castillo, 1997, p.106).

Asimismo, “la integración debe promoverse en todos los campos: social, educativo, médico y laboral. Debe tratarse que la persona con discapacidad sea un miembro más de la comunidad, con una vida totalmente plena, que pueda beneficiar a la comunidad” (Castillo, 1997, p.107). Para ello, en Costa Rica, existen instituciones como el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE), el Patronato Nacional de Rehabilitación (PANARE), entre otros.

Específicamente el PANARE, ha orientado su labor a prestar un servicio de tipo asistencial: alimentación, hospedaje, atención médica, cuidados diarios y otros apoyos como intervenciones profesionales en Terapia Física, recreativa y ocupacional, con una visión integral.

El PANARE afirma estar “asumiendo la responsabilidad de atender a personas con discapacidad en estado de abandono y / o riesgo social, en estricto apego a los fines que por su Ley de Creación le corresponden, así como los objetivos y metas incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo” (PANARE, 2014, p.1).

Según datos del PANARE, brindados por el Dr. Mario Madrigal, director médico de la institución, en el año 2013 se atendieron, solamente en el servicio de Terapia Física, 1113 personas, se tuvo una reincidencia de 12 personas en todo el año, lo que conforma menos de un 3% del total de usuarios atendidos. De igual forma, con base en la responsabilidad asumida por la organización, y según la rendición de cuentas del departamento de Terapia Física del PANARE, para el primer trimestre del 2014 se atendieron un total de 218 usuarios en consulta externa, de los cuales 95 fueron atendidos por primera vez y se tuvo una reincidencia del 0%.

A pesar del éxito que muestran las estadísticas, en una entrevista realizada al Lic. Esteban Ávila, Terapeuta Físico encargado del área de Terapia Física del PANARE, y ante la consulta de si ellos trabajan con objetivos de tratamiento y rehabilitación específicos para cada persona, responde: “No, solamente se hace la anamnesis y el resto se trabaja conforme se desarrolla la terapia”. Ávila afirma que el tipo de anamnesis con las que se evalúa, valora y da continuidad al tratamiento de los usuarios es muy

genérica y que, aunque es un mérito que la cantidad de personas que se atienden en el servicio es vasta, no se logra llevar un control minucioso y exacto de cada paciente atendido.

En los informes de rendición de cuentas correspondientes al I trimestre del 2014, se describen las estadísticas respecto al quehacer del departamento de Fisioterapia del PANARE, donde se muestran datos como el porcentaje de usuarios que recibieron todas las sesiones de Terapia Física y la producción de consultas del departamento.

Según el tipo de datos obtenidos en tales informes, se logra identificar, la falta de mecanismos que unifiquen o generalicen el formato de atención a los personas.

A pesar de las características del servicio y de los resultados de los informes de rendición de cuentas, no se logra determinar claramente una descripción del servicio, ni entrever una función despejada y objetiva en la atención fisioterapéutica del PANARE, y su impacto dentro de su organización y gestión como institución importante en la prestación de servicios fisioterapéuticos. Esto convierte tal situación en un problema en la atención fisioterapéutica del PANARE susceptible de ser investigado.

Por este motivo, se hace necesaria una nueva organización en materia de atención, en el caso particular del PANARE, con el uso eficiente de los recursos y brindando servicios de calidad que garanticen para esta población el acceso a la salud y a la rehabilitación física. Es ineludible una efectiva sensibilización del problema y se rescata la importancia de un verdadero sistema de atención en los servicios de rehabilitación del país, por lo que surge la inquietud de conocer lo siguiente: ¿cómo es la gestión del servicio de atención fisioterapéutica del PANARE? y ¿cuáles son los recursos y las necesidades de organización y registro de la atención fisioterapéutica del servicio? Por último cabe preguntarse: ¿implementar una propuesta de atención mejoraría la eficiencia y eficacia del servicio de Terapia Física del PANARE?

1.2 Objetivos

General

- Describir el proceso de atención del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación con el fin de proponer herramientas que favorezcan el tratamiento de las personas que asisten al servicio, durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015.

Específicos

- Caracterizar la oferta del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015.
- Determinar la demanda atendida y las generalidades del proceso de atención fisioterapéutica del Patronato Nacional de Rehabilitación, durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015.
- Diseñar una propuesta de atención orientada al fortalecimiento el proceso de atención del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación.

1.3 Justificación

La Terapia Física, como especialidad en salud, ha alcanzado avances a nivel clínico y tecnológico, sin embargo no ha sido el mismo desarrollo en cuanto a la planeación y administración de los servicios. Como consecuencia de lo anterior, no hay una asignación eficiente de recursos físicos, humanos y económicos, evidenciando la falta de integración de los procesos de atención. Alfaro (2007) manifiesta que la desarticulación y la falta de desconcentración del servicio de Fisioterapia han impedido alcanzar un nivel óptimo de cobertura y accesibilidad de los servicios.

Instituciones como el Ministerio de Salud (MS) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), participan en la construcción social de la salud, realizando, según sus competencias, funciones de rectoría, aseguramiento de la salud, provisión de servicios, investigación y enseñanza en salud, entre otros (Rectoría en Salud en Costa Rica, 2005). Por lo que tienen a su cargo la labor organizativa del Sistema de Salud costarricense.

Para brindar un servicio eficiente y de calidad en procura de proveer una mejor calidad de vida a los usuarios, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad o las complicaciones de esta, se deben implementar estrategias de participación social, articulación de actores sociales, creación de entornos sostenibles, reorientación de los servicios de salud, inclusión y movilidad social, desarrollo de competencias y capacidades del recurso humano, así como la institucionalización de la rectoría en salud y desarrollo social, y el enfoque en ámbitos de intervención prioritaria (Plan Nacional de Salud, 2010-2021).

Un aspecto que se menciona en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, y que es de suma importancia para este proyecto, es la reorientación de los servicios de salud, debido a que al redireccionar el servicio actual de Terapia Física del PANARE y mostrar resultados satisfactorios, repercute también en mejoras de atención en los demás servicios de la institución.

El PANARE, como parte del MS, debe de ajustar sus funciones a lo expuesto por la Rectoría en Salud en Costa Rica. Específicamente en este establecimiento, el departamento de Fisioterapia (en esta investigación se va a entender departamento de Terapia Física y departamento de Fisioterapia como sinónimos), durante los procesos de

rehabilitación, es el que asume la mayor responsabilidad en la recuperación física de sus usuarios. Sin embargo, actualmente no cuenta con una gestión administrativa estructurada, que permita al departamento llevar a cabo estrategias para anticipar los posibles cambios en la demanda de atención, y el afrontar los acontecimientos actuales, en busca de la eficiencia del sistema de atención.

Con esta investigación, se pretende proponer un modelo de planeación y control de las operaciones del tratamiento fisioterapéutico en el departamento de Terapia Física del PANARE, así como del protocolo de atención fisioterapéutica. Contribuyendo de este modo, con el mejoramiento de la ejecución de las actividades del departamento de Terapia Física.

Particularmente, la implementación del proyecto facilitaría el cumplimiento del objetivo del departamento de Terapia Física del PANARE de “brindar un servicio de calidad a los pacientes internos, externos y a los beneficiarios de la institución mediante un tratamiento eficaz, mediante técnicas especializadas y enfocadas en mejorar su estado físico y de salud” (PANARE, 2010, p.1).

El valor teórico del proyecto radica en la integración y aplicación de los conceptos y herramientas de gestión de la atención, y de calidad del servicio para lograr que el modelo haga un uso eficiente de los recursos y mejore así la calidad del servicio brindado.

Considerando que el PANARE es un centro de práctica para estudiantes universitarios, a través de esta investigación es posible generar impacto en la formación profesional del estudiante, promoviendo estándares que mejoren la atención del servicio a largo plazo. Asimismo, para los profesionales en Fisioterapia, los resultados de esta investigación serán una base de consulta para futuras investigaciones e intervenciones similares.

Capítulo II: Marco teórico

A continuación se desarrollarán temáticas que ayudarán a comprender los diferentes conceptos que se relacionan con salud, discapacidad y rehabilitación. Asimismo se dirigirá la perspectiva hacia los servicios de salud y conceptos relacionados con gestión de la atención y administración, con la finalidad de conocer la manera en que se prestan estos servicios.

Este capítulo consta de cuatro apartados distintos. Primeramente se tratará el término de salud y su rol como producto social, posteriormente se incluirán conceptos relacionados con la discapacidad. En una tercera parte se abarcarán los temas de Terapia Física y rehabilitación, para finalmente, en el cuarto apartado, hacer referencia a la conceptualización de la atención de salud en Costa Rica, respectivamente.

2.1. Cuestiones conceptuales de la salud

La salud como uno de los actores importantes en el desarrollo y crecimiento de la sociedad, suele desarrollarse de la mano de términos de uso común que a su vez se relacionan entre sí y suelen tener un gran número de definiciones y por ende connotaciones. A continuación se muestran algunas de las definiciones más importantes.

2.1.1. Concepto de salud

El concepto de salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño (2000): “La salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p.95).

Todas las características que envuelven la conceptualización de la salud no están aisladas ni son independientes entre sí, sino que se superponen unas con otras, por lo que la salud depende, en última instancia, de la capacidad de controlar la interacción entre esos procesos.

Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad

como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas. (Alcántara, 2008, p.95)

2.1.2 Los registros médicos en salud

Los registros que se puedan generar en materia de salud para cualquiera de las especialidades que esta contempla, logran ser un factor importante en el tratamiento de los usuarios.

Ya desde la década de los 90 se reconoce la importancia de los registros de la mano con los aspectos que le rodean, así Alba Moratilla N. García García A. & Benavides F. (1999) afirman que: “Los registros específicos, para su puesta en marcha y mantenimiento, necesitan de importantes recursos humanos, materiales y económicos” (p.62).

Actualmente, los datos recuperados de los usuarios para la actividad en materia de salud siguen siendo de importancia debido a que “al ser concreciones específicas de la realidad, otorgan contenidos que son la base para la interpretación, la toma decisiones y la actuación concreta de las personas y organizaciones” (Huaylupo, 2008, p.128)

De la mano con la importancia de los registros médicos, está cuales deben ser los datos específicos que se deben recoger para brindar un servicio y tratamiento de calidad al usuario y generar una expresión tangible de la realidad del usuario. Para esto Tolfo Silveira D. & De Fátima Marín H. (2006) exponen los dieciséis elementos que deben componer el conjunto mínimo de datos en materia de salud y los dividen en tres grandes categorías. Primero el aspecto demográfico, el cual incluye datos de identificación personal, fecha de nacimiento, sexo, raza – etnia y residencia. Segundo, datos de la especialidad que valora, como diagnóstico, la intervención, los resultados, y la intensidad del tratamiento. Por último los elementos del servicio con datos de número agencia de servicios de salud, número de registro único de salud del cliente o paciente, número de registro único del personal que presta atención, fecha de ingreso, fecha de alta, los datos de referencia de pacientes o datos del cliente sobre el tipo de pago por el servicio.

La connotación que se obtenga de los registros de salud resulta primordial para el desarrollo óptimo del tratamiento y la correcta evolución del usuario de ahí que se considere que el acceso a los datos es fundamental para la construcción de conocimientos en la práctica en materia de salud, para medir la contribución en el

sistema de salud, y así proporcionar las condiciones que determinan el costo de esta contribución para el individuo y la sociedad (Tolfo Silveira et al, 2006).

2.1.3 La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

En materia de salud, generar registros médicos que sean estadísticamente válidos para que ayuden a mejorar la gestión de los procesos es un hecho que resulta factible debido a que simplifica el lenguaje como se comunican los profesionales en salud.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), es una herramienta que favorece los sistemas de salud en general y como fin último, al usuario.

Una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos. La clasificación puede girar en torno a muchos ejes posibles, y la elección de uno en particular estará determinada por el uso que se hará de las estadísticas recopiladas. Una clasificación estadística de enfermedades debe abarcar toda la gama de estados morbosos dentro de un número manejable de categorías. (OPS, 2003, p.1)

En la actualidad, se utiliza la CIE – 10, la décima revisión de la CIE, para la cual, se recibieron muchas sugerencias que lograron mejorar las ediciones y facilitar su uso. A grandes rasgos, la clasificación que muestra la CIE – 10 divide las diferentes enfermedades y trastornos, agrupándolos según sus características y asignándoles una clave numérica, de esta manera se obtiene una clasificación estandarizada de las enfermedades que al utilizarse homogeniza la estadística.

2.2. Discapacidad en el contexto de la salud

Según la OMS, para el año 2011 en el mundo existían más de 1.000 millones de personas con alguna discapacidad, de las cuales 85% pertenecían a los países en vías de desarrollo (Somoza & Melcon, 2015). Por lo tanto, a nivel internacional se han hecho esfuerzos para fortalecer la salud de las personas y repercutir de manera positiva en la sociedad. Para esto, en el campo de la discapacidad se pueden encontrar varios paradigmas, algunos se desprenden de la legislación internacional y, de alguna manera, son síntesis de las normativas al respecto. A partir de lo anterior surge la importancia de conocer la relación entre los conceptos de salud y discapacidad.

2.2.1. Conceptualización de discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) define la discapacidad como una cuestión de aspecto genérico que comprende deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (OMS, 2001).

La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) establece lo siguiente:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (p.4)

Asimismo, discapacidad se entiende como “una serie de procesos sociales amplios: en la interacción interpersonal e interinstitucional, en las oportunidades que ofrece el medio social” (García & Fernández, 2005, p.3). En un sentido más amplio, García & Fernández (2005) plantean tres paradigmas para entender el concepto de discapacidad, los cuales se denominan *esencialista*, *materialista* y *posmoderno*.

Para el paradigma esencialista la discapacidad se explica desde la normalidad y se asocia con programas políticos conservadores; para el materialista está mediatizada por unas condiciones sociales y económicas dadas, es una etiqueta cuyo efecto es el afianzamiento de la marginación social. En el paradigma posmoderno se trabaja por el cambio de las normas y los valores, por el derecho a ser reconocido y a participar de los escenarios de la vida personal, profesional, económica y política, por la comprensión del uso del lenguaje, y se cuestiona el carácter universal en torno a la discapacidad (García & Fernández. 2005).

Actualmente, la discapacidad, tal y como lo señalan García & Fernández (2005) se logra entender principalmente como una construcción social que parte del no reconocimiento de las diferencias del otro:

Del cómo la sociedad aborda el tema de la diferencia, comparable con todas las formas de discriminación que han existido ya sea por género, etnia, clase social o, en este caso, discapacidad. La discapacidad, entonces, no existiría si todas las personas nos reconociéramos en las diferencias, simplemente seríamos o somos seres diferentes. (p.237)

2.2.3. Causas que dan origen a la discapacidad

La discapacidad no es un fenómeno de generación espontánea producto de la casualidad, pues existen una serie de causas que la originan y dependiendo del enfoque que se les dé, así se podrán diferenciar.

Para comprender de manera certera esto, Palacios (2008) muestra las principales bases de las causas que producen la discapacidad y afirma:

No son las limitaciones individuales las raíces de la “discapacidad”, sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de todas las personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto significa entender que, una cuestión es la diversidad funcional de la persona (esto es, una diferencia física, mental, sensorial o intelectual respecto de la media), y otra la desventaja que se presenta cuando dicha persona quiere interactuar en sociedad. Esta desventaja es la consecuencia del diseño de un tipo de sociedad pensada para una persona “estándar”, que deja afuera las necesidades de las personas con diversidad funcional. (p.314)

A partir de esas definiciones respecto a las causas, la discapacidad está integrada por dos condiciones: por un lado, la diversidad funcional de la persona y, por otro lado, las barreras sociales, las cuales determinan la discapacidad.

2.2.4. La salud desde la concepción de la calidad de vida: La importancia en el nuevo paradigma de la discapacidad

Para el ser humano existen aspectos claves que determinan su existencia, como es el caso de la calidad de vida, la cual conforme se desarrolla la vida humana va tomando más y más protagonismo. El interés por la calidad de vida surge cuando “se han satisfecho las necesidades básicas como lo son el alimento, vivienda, trabajo, salud, entre otras, para la mayor parte de los miembros de una comunidad y en un contexto determinado” (Ardila, 2003, p.162).

Asimismo, para lograr una calidad de vida “es preciso dejar de centrarse en las necesidades de déficit y empezar a trabajar en el crecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros temas similares” (Ardila, 2003, p.162).

Diversas entidades, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados, ha venido expresando la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los sistemas de salud del continente. De ese modo:

Ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deberían ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la Atención Primaria en Salud (APS), con el objeto de que el usuario de los servicios perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo, no existiendo quiebres en la cadena lógica de sus requerimientos, independientemente de que reciba prestaciones en distintos establecimientos o dispositivos. Este concepto de servicios de salud integrados está, desde hace décadas, en el discurso sanitario de los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), sin embargo, discrepancias en el ámbito de instrumentar medidas reales de coordinación y cooperación inter institucional, han puesto obstáculos hasta hoy difíciles de revertir, teniendo como base una realidad social, económica y política que no contribuye en lo absoluto a la sustentabilidad de sistemas integrados. (Artaza, Méndez, Holder & Suárez, 2011, p.83)

Por su parte, uno de los conceptos que se relaciona con el término calidad de vida es el de discapacidad. Este concepto ha tenido varias definiciones a través de la historia, cada una de ellas responde a una necesidad y contexto específicos, por eso, para efectos de esta investigación, se abordará el término discapacidad desde la visión del nuevo paradigma (paradigma posmoderno). Como nuevo paradigma de la discapacidad se han establecido varios modelos que intentan dar una respuesta certera y acorde a las características que desarrolla y vive una persona con discapacidad. Uno de los modelos que más se ajusta a la diversidad de la misma es el modelo social, del cual Palacios (2008) señala:

Se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas —sin discapacidad—. De este modo, partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. (p.103)

2.2.5. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos

La discapacidad como un tema, un concepto y un hecho que cada día toma mayor auge en la sociedad, inevitablemente se relaciona con los derechos de las

personas, por lo tanto, es una cuestión que atañe a los derechos humanos. Lo anterior supone dejar de ver a las personas como problemas para considerarlas titulares de derechos. Asimismo significa situar muchos de los problemas fuera de la persona con discapacidad, y centrar la atención en el modo en que los diferentes procesos económicos, sociales y culturales tienen presente o no la diferencia implícita en la discapacidad. Como expresa Palacios (2008):

Los derechos humanos deben ser la referencia desde la cual abordar el tema de la discapacidad —no solo desde la conciencia de que las actuales regulaciones jurídicas sobre la materia reflejan esta perspectiva— sino porque los derechos humanos son una serie de instrumentos que manifiestan una determinada concepción de la moralidad pública, y que, en este sentido, constituyen un criterio de legitimación y de justificación. (p.155)

2.2.6. Discapacidad en Costa Rica

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC 2011), la población total de Costa Rica ronda los 4 701 312 habitantes de los cuales, 603 212 poseen algún tipo de discapacidad, divide las manifestaciones de discapacidad en 7 categorías:

- Para ver aún con los anteojos o lentes puestos
- Para escuchar
- Para hablar
- Para caminar o subir gradas
- Para usar los brazos o las manos
- Del tipo intelectual
- Del tipo mental (INEC, 2011)

La mayoría de las personas con discapacidad en Costa Rica corresponde al sexo femenino pues un total de 315 398 mujeres presentan algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 52,3% de esta población. El tipo de discapacidad más común es la visual, seguido de la discapacidad física para caminar o subir gradas y para utilizar brazos o manos con un total de 189 239 personas (INEC, 2011).

Es en estos aspectos donde la Terapia Física interviene, pues es la especialidad que mejor se adapta a la atención de las personas con discapacidades, ya que “ha

dirigido su actividad principalmente hacia la restauración y el mantenimiento de la función y la calidad de vida de los individuos con trastornos y pérdidas de movimiento” (Cerpa, 2010, p.25).

De esta manera, por ejemplo, aspectos importantes como la vivienda, el empleo, la educación, la participación activa en la comunidad y las actividades de tiempo libre se convierten en intervenciones fundamentales para el proceso terapéutico dejando de ser opciones que, en ocasiones, sólo son posibles si las personas se curan (Cerpa, 2010).

En Costa Rica, el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud (MS) son las instituciones que rigen el accionar de los servicios de salud para personas con discapacidad. En este sentido:

La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o contrata prestadores del sector privado con los que establece contratos denominados compromisos de gestión (...) mientras que el Ministerio de Salud es el rector del sistema y como tal cumple con funciones de dirección política, regulación sanitaria, direccionamiento de la investigación y desarrollo tecnológico. (SaéNZ, Acosta, Muiser & Bermúdez, 2011, p.1)

Además de diversas instituciones, la legislación de Costa Rica cuenta con la ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, N° 7600, la cual establece diversas normas para la protección y defensa de la población que sufre algún tipo de discapacidad. Desde su artículo primero, la ley declara de interés público asuntos relacionados al desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes (Ley 7600, 1996). Y conforme avanza en su legislación, procura ser inclusiva en asuntos relacionados a su afinidad.

2.3. Conceptualización de Terapia Física y rehabilitación

La idea de salud responde, además, a la interacción de los servicios de atención, la Terapia Física de la mano de la rehabilitación figura como uno de ellos. La fisioterapia se define como “el arte y ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a las personas susceptibles de recibir tratamiento físico” (Caballero et al., 2008, p.49).

Otro concepto de gran relevancia y que guarda relación con la Terapia Física y la complementa es el de rehabilitación, la cual algunos autores la definen como un sumario de acciones con el sujeto y con el medio y cuyo resultado final dependerá del conjunto de acciones desarrolladas y que dependen de la adecuada interacción entre ellas. Este resultado repercutirá en el sujeto y su impacto se representará en la sociedad inmediata (Castillo Cristina.1997).

El manual de normas para la habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad, en relación con la Terapia Física y la rehabilitación, se establece ante la necesidad de generarse acciones para normalizar las condiciones de ejercicio de los establecimientos que actúan y prestan servicios, directa o indirectamente, en asuntos relacionados con la salud para procurar el bienestar de las personas con discapacidad (Ley 32831. Ministerio de Salud de Costa Rica).

El manual mencionado brinda cánones para aspectos generales de los centros como la administración, planta física, seguridad e higiene. Posteriormente se refiere a la especificidad de las diversas especialidades con las que deben contar, como Terapia Física, nutrición, medicina y enfermería, por mencionar algunas de las más importantes.

El cumplimiento o no de los aspectos que se solicitan en cada caso, determinan si el establecimiento puede o no ser habilitado, según la ley N° 32831, para brindar atención a personas con discapacidad.

2.3.1. Papel de la Terapia Física en el campo de la rehabilitación

Cuando los conceptos de salud y rehabilitación se integran y trabajan en conjunto, reflejan el papel de la Terapia Física. En esta línea conceptual, el Servicio Andaluz de Salud en España (2003) define el Servicio de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria como:

Un dispositivo asistencial que engloba la atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con déficits funcionales con posibilidad de recuperación total o parcial y a personas discapacitadas físicas para mejorar su capacidad funcional de forma compensatoria, en sala de tratamiento o en su domicilio. (p.8)

Para desarrollar ese papel, la Terapia Física debe presentar una oferta de servicios, que se define como el “conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea de forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero” (Gómez, & Ramírez, 1990, p.85). Esta oferta de servicios debe responder a una demanda de salud, entendida como la “percepción de una necesidad de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas” (Madueño, Alarcón & Sanabria, 2003, p. 63).

2.3.1.1 La sesión de Terapia Física

Según la Confederación Mundial de Terapia Física (2007) –World Confederation for Physical Therapy-, la Terapia Física consiste en maximizar la calidad de vida y el potencial de movilidad en las esferas de promoción, prevención, tratamiento/intervención, habilitación y rehabilitación. Esto incluye el actuar en circunstancias donde el movimiento y la función están amenazados por el envejecimiento, la lesión, la enfermedad o los factores ambientales.

La intervención/tratamiento se ha implementado y modificado con el fin de alcanzar los objetivos acordados, esta puede incluir:

- Ejercicios terapéuticos
- Entrenamiento funcional en el auto-cuidado
- Trabajo individual
- Técnicas de terapia manual (incluye movilización y manipulación)
- Técnicas de desobstrucción de las vías respiratorias
- Modalidades electro-terapéuticas
- Agentes físicos y modalidades mecánicas
- Prescripción, aplicación y, en su caso, la fabricación de dispositivos y equipos (ortesis , de protección , de apoyo y prótesis)
- Técnicas de reparación y protección tegumentarias (WCPT, 2007).

El Terapeuta Físico debe usar sus manos e imaginación de la mano con la cantidad de equipo que tenga disponible para la intervención y así poder llevar a cabo las técnicas de tratamiento que le sean posibles durante la cita del usuario.

El tratamiento ideal debe ser dialéctico y debe incluir la menor cantidad de agentes terapéuticos. En ese caso se le da solo una pequeña estimulación al organismo del paciente para que se active el proceso de autorrecuperación. Si se logra aplicar los medios físicos en las enfermedades donde tienen el mayor impacto, se obtendrá mayor efectividad, así como un ahorro de tiempo y recursos. (Martín, 2008, p.496)

La WCPT (2007) menciona las diferentes etapas en las que debe intentar abordar por el Terapeuta Físico, una de las más importantes es la intervención o tratamiento fisioterapéutico el cual se implementa con el fin de alcanzar los objetivos acordados y puede incluir la manipulación, mejora del movimiento, agentes físicos y mecánicos, electroterapia, entrenamiento funcional, instrucciones y asesoramiento de técnicas para realizar en el hogar. También puede ser dirigido a la prevención de las deficiencias, limitaciones en la actividad, la discapacidad y lesiones, incluyendo la promoción y mantenimiento de la salud, calidad de vida, capacidad de trabajo y la condición física en todas las edades y poblaciones.

2.3.1.1 Agentes Físicos en Rehabilitación Fisioterapéutica

Dentro de la rehabilitación física que el Terapeuta Físico realiza, trabajar con la biomecánica de los cuerpos utilizando las manos resulta ser su herramienta primordial. Sin embargo, para optimizar su intervención y obtener mejores resultados, el Terapeuta utiliza muchos agentes físicos, los cuales son definidos como aquel elemento físico natural o artificial al que se recurre para tratar una determinada entidad nosológica (Martín, 2008).

Dentro de una gran cantidad de agentes físicos naturales y artificiales que existen en la actualidad, los cuales son muy usados en rehabilitación física, Martín (2008) refiere los siguientes:

Hidroterapia: esta técnica se trata de aplicaciones tópicas de agua potable sobre la piel o mucosas con fines terapéuticos. El agua aquí conduce a acciones físicas, mecánicas y térmicas.

Dentro de la hidroterapia, los ejercicios físicos tienen un importante impacto en la recuperación de las personas, particularmente en la recuperación funcional. Esta técnica

que combina los ejercicios físicos con el agua recibe el nombre de hidrocinesiterapia, e incluye técnicas variadas para una gran cantidad de indicaciones terapéuticas.

Termoterapia: se refiere básicamente a la aplicación de calor o frío, con el fin de contribuir a la salud. En cuanto al calor, es el uso de agentes que transfieran calor al cuerpo para que este ponga en marcha respuestas fisiológicas dirigidas a mantener una constante térmica. Contrario a esto, la crioterapia es el conjunto de procedimientos que usan el frío dentro de la terapéutica médica. Siempre con el objetivo de reducir la temperatura del organismo y beneficiarse de los efectos fisiológicos que provoca.

Las aplicaciones de termoterapia carecen de un efecto curativo directo per se, este efecto se busca por medio de la respuesta del organismo a los cambios de temperatura.

Ultrasonido terapéutico: es la vibración mecánica, de gran frecuencia que no puede ser percibida por el oído humano, de esta manera el ultrasonido es el agente físico más efectivo para elevar la temperatura de forma localizada y profunda, también es la única fuente que puede calentar el interior de las articulaciones. Otra de sus características es que disminuye la velocidad de conducción de los nervios periféricos.

Tracción vertebral: es un método terapéutico basado en el estiramiento del raquis y suele estar dirigido a un segmento de este. Conocido como uno de los métodos de tratamiento conservador de la enfermedad vertebral.

Electroterapia: esta se puede precisar como el uso, con fines terapéuticos, de la corriente eléctrica. El cuerpo humano es un medio conductor de electricidad y al paso de la corriente se generan cambios fisiológicos. La corriente eléctrica crea un campo eléctrico en los tejidos biológicos. Por lo que interviene en muchos procesos como el metabolismo celular, puede inducir una estimulación neuromuscular e incluso estimular directamente el músculo.

Fototerapia: esta, en un sentido preciso, se debe entender como el uso terapéutico de la luz.

El uso de los agentes físicos es uno de los pilares para la Terapia Física y son una cantidad importante que incluye desde las técnicas menos pensadas como la talasoterapia (terapéutica con el uso de arena de mar) hasta las más comunes como la

cinesiterapia (terapéutica a través del movimiento). Sin embargo, solo se mencionan las más comunes y mayormente usadas en la práctica profesional diaria.

2.4. Atención en Salud en Costa Rica

En las dos últimas décadas, los servicios de atención en salud a las personas han sido prestados, principalmente, por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. También, aunque en menor medida, por el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y un decreto ejecutivo en 1989 incorporó a la Universidad de Costa Rica y a los gobiernos municipales.

Algunas de estas instituciones han desarrollado varias metodologías para promover la integración de la persona con algún tipo de disfuncionalidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria. La CCSS es la responsable de atender las enfermedades y los accidentes comunes de toda la población, y ha apoyado los programas del Ministerio de Salud. Este último ha tenido a su cargo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por su parte, “el INS administra el régimen de riesgos del trabajo, y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA) es el responsable de la mayoría del servicio de agua potable y de los servicios de alcantarillado” (Sáenz, 1998).

El país cuenta con tres niveles de atención en salud que se definen según la complejidad del servicio que se brinde, desde el más básico hasta el más específico: primer, segundo y tercer nivel de atención.

Para Villegas del Carpio (2003):

El modelo de atención de la salud del primer nivel de atención se readece como producto del proceso de modernización de la CCSS. Ese proceso se inicia en el marco de la Reforma del Sector Salud e incluye, entre otros aspectos, directrices, conceptos y criterios de calidad innovadores y antes poco explícitos en las disposiciones formales; entre ellos, el de la atención integral de la salud (AIS). (p.36)

Además, Villegas del Carpio (2003) afirma que la directriz de integralidad:

Amplía el sentido comúnmente restringido del sistema de salud y su modelo de atención reducido a la dimensión asistencial. Además de las curativas, propone acciones relativas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación. El mandato, sin duda, garantiza la organización del sistema de salud con servicios y acciones para la protección de la salud de todos y todas. (p.36)

El perfil del sistema de servicios de salud en Costa Rica también cuenta con el segundo y tercer nivel de atención, que integrado con el primer nivel de atención, intentan brindar una adecuada vigilancia y acción a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La atención de la salud en Costa Rica se fundamenta en tres niveles de atención que se ofrecen de manera escalonada tratando de ofrecer servicios de atención básica a especializada de acuerdo con las necesidades de las personas consultantes y en función de integrar los principios que por naturaleza le corresponden a cada instancia.

2.4.1. El Patronato Nacional de Rehabilitación

El Patronato Nacional de Rehabilitación es una institución adscrita al Ministerio de Salud, y que actualmente brinda servicios de atención integral, incluida la Terapia Física, a las personas que así lo requieren. Dentro de las políticas institucionales que PANARE maneja “se configura como el centro de atención a personas con discapacidad, responsable de la prestación de programas y servicios dirigidos a aquellas personas que se encuentran en condición de abandono, riesgo o marginación social” (PANARE, 2015, p.1). De este modo, las personas con discapacidad o alguna afectación física, pueden acudir a la institución y procurar dar solución a su patología. Al ser un órgano adscrito, cuenta con una dependencia económica al MS y es este el que ofrece los recursos para el funcionamiento de la institución.

La historia del PANARE se remonta a la década de los años 50 y se vincula al Dr. Humberto Araya Rojas, médico preocupado por la calidad de vida y de salud de los niños afectados por la poliomielitis, razón por la que creó el Hogar de Rehabilitación de Santa Ana, el cual fue concebido bajo el Decreto Ejecutivo N° 566 del 22 de mayo de 1955. Desde entonces la labor del PANARE, y uno de los pilares que lo sustentan, es que “ha estado orientada a prestar un servicio de tipo asistencial: alimentación, hospedaje,

atención médica, cuidados diarios y otros apoyos como terapia física, recreativa y ocupacional, con una visión integral” (PANARE, 2015, p.1).

La prestación actual de servicios en la institución, y según las impresiones dadas por el director médico de la institución, están dirigidos a la población costarricense en general y a las personas con discapacidad física en particular, estos servicios son brindados con prioridad a los asegurados de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el servicio actual de Terapia Física del PANARE se brinda atención a usuarios en cumplimiento de los fines públicos asignados por ley a la institución, cuyo fin último es alcanzar el mayor nivel de autonomía posible según las condiciones propias de cada usuario. Este servicio trata problemas de salud debidos a condiciones y enfermedades que van desde trastornos del sistema nervioso hasta problemas de salud en general que correspondan a su campo (PANARE, 2015, p.1).

2.5 Operacionalización de las variables

A continuación se presenta la definición de las variables a investigar en concordancia con los objetivos propuestos.

Cuadro 1. Operacionalización del Marco Teórico

Objetivo	Variable	Dimensiones	Definición	Indicador	Instrumento	Unidad observacional
Caracterizar la oferta del servicio de Terapia Física del PANARE durante el periodo de enero, febrero y marzo del año 2015.	Personas atendidas	Características de la situación del servicio de Terapia Física relacionadas con la atención de la persona usuaria del servicio.	Atención del usuario: es el procedimiento mediante el cual se brinda atención, fisioterapéutica en este caso, a las personas cuya salud física se encuentra afectada. Expediente clínico: Registro de salud	Cantidad de personas atendidas por mes en el servicio. Tipo de patologías atendidas y tratamientos. Cantidad de personas que inician tratamiento por mes. Cantidad de personas que se	Anexo 2. Instrumento para realizar un diagnóstico de la situación actual del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación, a partir del análisis de los expedientes. Anexo 3. Instrumento de	El servicio Planta física. Administración. Recurso material. Documentación. Seguridad e higiene laboral.

			<p>en el cual se plasman las diferentes acciones fisioterapéuticas realizadas para dar solución a su problema de salud, así como su evolución y tratamientos.</p> <p>Planta física: se refiere a la estructura donde se brindan los servicios de atención fisioterapéutica.</p> <p>Administración: son todos los procesos que</p>	<p>dan de alta por mes.</p> <p>Número de reincidencias de personas a tratamiento por mes.</p> <p>Recursos para la atención: humanos, financieros y materiales (planta física y técnicos)</p> <p>Existencia de protocolos de atención y manuales de procedimientos.</p>	<p>Evaluación para la Rehabilitación de Establecimientos de Atención en Terapia Física del Ministerio de Salud</p>	
--	--	--	---	--	--	--

			<p>conllevar a ella como lo son planificación, organización, control y evaluación</p> <p>Recurso material: son los elementos físicos con los que se cuenta para prestar un servicio de atención que cubra las necesidades y objetivos del servicio.</p> <p>Documentación: incluye el material con el que se recolecta la</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>información del estado de salud del usuario, tales como anamnesis, epicrisis, entre otros.</p> <p>Seguridad laboral: son los mecanismos que cercioran un ambiente seguro de trabajo a los trabajadores y a los usuarios del servicio. Evitando accidentes y controlando sus consecuencias.</p> <p>Higiene laboral: se refiere a todos los</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			procedimientos que deben seguir los trabajadores para prevenir lesiones en su ambiente de trabajo.			
Describir la demanda atendida y las generalidades del proceso de atención fisioterapéutica del Patronato Nacional de Rehabilitación, durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015.	Los procesos de atención del servicio de Terapia Física	Definición de los procesos de atención del servicio de Terapia Física	Servicio: es el área delimitada para brindar una acción definida, en este caso atención fisioterapéutica. Terapia Física: es el tratamiento médico que utiliza los medios físicos para dar solución a las enfermedades.	Cantidad de Terapeutas Físicos y personal que trabaja en el servicio. Recursos financieros y económicos con los que cuenta el servicio. Cantidad de recursos técnicos terapéuticos: 1.Electroterapia	Anexo 4. Instrumento para analizar la situación del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación	La atención del servicio

			<p>Documentación: son los instrumentos con los que se recolectan datos clínicos con la información del estado de salud del usuario. Esta incluye el expediente clínico.</p>	<p>2. Agentes físicos 3. Ejercicio terapéutico</p> <p>Utilización adecuada o inadecuada de los recursos que se debían emplear, según lo establecido por el Ministerio de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humano. • Técnico • Fisioterapéutico • Médico 		
--	--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración Propia, datos obtenidos de los objetivos y necesidades de la investigación.

Capítulo III: Metodología

3.1 Consideraciones generales

En el siguiente apartado se muestra el diseño metodológico por medio del cual se desarrollaron las diferentes etapas de la investigación. Éste pretende ser una guía para que el lector conozca cómo se aborda el problema, así como las razones para la elección de una investigación de tipo transversal cuantitativa. También, se señalan los métodos y estrategias utilizadas para la recolección de datos, su procedimiento de análisis y, finalmente, las consideraciones éticas en las que se apoyó esta investigación.

3.2 Estrategia metodológica

Este estudio es descriptivo observacional, tiene un corte transversal y de enfoque cuantitativo. Por una parte, es un estudio descriptivo porque define la realidad que caracteriza al servicio de atención fisioterapéutica del PANARE, asimismo, es de tipo observacional, porque se realizó un reconocimiento detallado del servicio.

No habrá un seguimiento a largo plazo en la investigación, lo que lo determina como un estudio de corte transversal; hecho, desde una óptica cuantitativa pues define la realidad objetiva, que se refiere a las actividades realizadas por el PANARE, y a las posibilidades con las que cuenta la institución para prestar atención fisioterapéutica.

Respecto a las características del estudio, un estudio cuantitativo es definido por Hernández, Fernández & Baptista (2010) como el enfoque que representa un conjunto de procesos, que: “es secuencial y probatorio, donde cada etapa precede a la siguiente y no se puede “brincar o eludir” pasos” (p.4). Desde el punto de vista cuantitativo se espera analizar la realidad objetiva asumiendo una posición epistemológica de distanciamiento de la misma, para así explicarla con la mayor objetividad. Por ser este un estudio trasversal, como lo precisa Hernández et al. (2010) se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.151) y al ser una investigación no experimental, lo que se hará es “observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos” (p. 149).

3.3 Cronograma de actividades

Esta investigación se desarrolló siguiendo y concluyendo varias actividades en un tiempo y espacio definidos. A continuación se muestra el tiempo específico de dichas actividades:

Cuadro 2. Cronograma de actividades

Diagrama de Gantt											
Cronograma de actividades del Trabajo Final de Graduación											
Actividades	Tiempo de duración										
	2015			2016							
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo/abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
Correcciones del anteproyecto											
Entrega del anteproyecto para ser evaluado por la comisión evaluadora											
Recopilación de la información											
Análisis de la información											
Resultados y conclusiones de la investigación											
Revisiones finales del equipo asesor											
Correcciones finales del TFG											
Entrega del TFG											
Defensa pública de la investigación											

Fuente: Elaboración propia.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis la conformarán los expedientes de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE en los meses enero, febrero y marzo del año 2015. La cantidad de usuarios atendidos para tales meses fue de 372 personas.

3.4.1 Criterios de inclusión

Como criterios de inclusión para formar parte de este estudio se tomaron en consideración los siguientes aspectos:

- Los expedientes de los usuarios que hayan recibido atención fisioterapéutica durante los meses enero, febrero y marzo del año 2015.
- Los expedientes de los usuarios que se les haya asignado mínimo 10 sesiones de atención.
- Los expedientes de los usuarios que no hayan desertado al tratamiento.

3.4.2 Criterios de exclusión

El principal criterio que genera la exclusión para formar parte de este estudio es:

- Los expedientes de los usuarios que concluyan su periodo de atención fisioterapéutica posteriormente al mes de marzo 2015.

3.5 Población de interés

Se tomó en cuenta el total de expedientes que cumplan con los criterios de inclusión, durante los meses de enero, febrero y marzo, de las personas que recibieron atención fisioterapéutica en el PANARE.

3.6 Objeto de estudio

El objeto de estudio corresponde a la atención brindada por el servicio de Terapia Física del PANARE.

3.7 Población meta

La población meta la representó el total de expedientes utilizados en el servicio de Terapia Física del PANARE. Esta población presentó distintas condiciones que incluyeron discapacidades físicas, visuales, menores de edad o adultos mayores. Dada la población, la investigadora optó por trabajar con la totalidad de usuarios de Terapia Física en el primer trimestre del 2015, que correspondió a 372 expedientes.

3.7.1 Población accesible

La población accesible la conforman el total de expedientes generados durante los tres meses elegidos, no representa estadísticamente a la población meta, representa a la población específica para el trimestre seleccionado.

3.8 Objeto de estudio y unidades de análisis

Para realizar el análisis, la población fue los expedientes y anamnesis de los usuarios del servicio de Terapia Física del PANARE, atendidos durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015. De igual forma se estudiaron los recursos humanos, financieros y materiales con los que cuenta el servicio de atención fisioterapéutica del PANARE.

3.9 Espacio y tiempo

Este estudio se desarrolló en tiempo retrospectivo, se investigó el periodo comprendido entre los meses de enero, febrero y marzo del año 2015. El espacio que lo determinó fueron las instalaciones del Patronato Nacional de Rehabilitación, en general, y la sala de Terapia Física, en particular.

3.10 Alcances del diseño

Una de las particularidades del alcance de esta investigación es que se identificaron características de la atención fisioterapéutica en el PANARE, lo cual podrá ser la base de otras investigaciones en el futuro.

El principal impacto que se obtuvo con el producto final de esta investigación radica en el aporte a la gestión de los servicios de salud, particularmente en un servicio

importante para la rehabilitación física de los usuarios en una institución del estado. Lo cual se enriqueció con la investigación en materia de gestión fortaleciendo esta como uno de los pilares fundamentales del sistema de salud costarricense.

3.11 Criterios de validez

Al ser este un estudio observacional descriptivo y no experimental, la validez del estudio fue aportada por los datos que se recolecten de la observación. Para tal efecto, se aplicó un instrumento de observación, el cuál definió las características físicas y administrativas de la gestión de atención fisioterapéutica en la institución y midió la realidad de la atención en el servicio.

Como criterio de validez externa, este estudio procuró la transferibilidad, debido a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras instituciones del país que trabajen en rehabilitación.

Los criterios de consistencia necesarios para aportar fiabilidad al estudio y efectuar las generalizaciones de los hallazgos derivados del análisis de las variables de este estudio, se detallan a continuación.

- Trabajo prolongado en el mismo lugar: la estudiante dispuso de tres días hábiles a la semana para integrarse al escenario de actuación de esta investigación y así evitar las distorsiones producidas por la novedad de su presencia en el lugar o las expectativas que pueda ocasionar en la etapa inicial. La observación fue prolongada para separar lo anecdótico de lo relevante. Tales estancias prolongadas en el mismo lugar facilitan su descripción.
- Separación periódica de la investigación: la separación temporal de la estudiante durante el desarrollo de esta investigación, para tomar perspectiva y evitar juicios de valor, fue de dos días hábiles a la semana. Estos espacios temporales se ocuparán en la redacción de informes, análisis de resultados y demás actividades entorno a la investigación. La duración de estas etapas de ausencias no será larga con el fin de evitar perder la secuencia de trabajo y la vinculación a la experiencia.
- Triangulación de métodos: la estudiante investigadora tomó en cuenta las observaciones realizadas por su equipo asesor de TFG en reuniones periódicas, planificación de estrategias y métodos, discusiones grupales y análisis del

documento, para valorar e integrar criterios con relación a las posibilidades que vayan surgiendo durante la investigación.

- Delimitación del contexto físico y social: para mantener el rigor científico de los datos obtenidos a través de la investigación, se ha delimitado el contexto físico al servicio de Terapia Física de PANARE y como contexto social a las personas atendidas en el servicio durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015.
- Instrumentos de recolección de datos: el uso de instrumentos para la recolección de datos es un procedimiento indispensable para garantizar la consistencia. Durante la aplicación de éstos, se utilizaron preguntas cerradas y se aplicó exactamente el mismo instrumento a las diferentes partes involucradas en el estudio.

3.12 Recolección de la información

Recopilar de forma precisa y certera la información necesaria para esta investigación resulta ineludible, por lo que se implementaron diversos instrumentos de evaluación con el afán de recolectar la mejor calidad de información posible.

A continuación se muestra un cuadro con las técnicas de recolección de la información detalladas por objetivo específico:

Cuadro 3. Técnicas de recolección de información

Objetivo específico	Técnica de recolección de información
1	Revisión del informe de labores rendido durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015. Aplicación de los instrumentos de evaluación del servicio de Terapia Física.
2	Observación del proceso de atención fisioterapéutica con una guía previamente creada.
3	No requiere recolección de información adicional.

Fuente: Elaboración propia. TFG.2016

Se utilizó un instrumento de recolección de datos cerrado, dirigido a la recolección de datos de los expedientes y anamnesis de la institución; otro instrumento se dirigió al servicio como tal, con el fin de caracterizar y describir de una manera óptima el servicio (ver anexos 2, 3 y 4).

Se realizó una observación del servicio para determinar las posibilidades, materiales, equipos, recurso humano, entre otros, con los que cuenta la institución para atender a las personas usuarias.

3.13 Técnicas de análisis de la información

Para la recolección de datos del estudio se utilizó una estadística descriptiva con instrumentos cerrados dirigidos a los terapeutas físicos y a los expedientes de la institución.

Con los instrumentos elaborados para cada una de las partes que forman la población, se construyó una base de datos que representó los principales indicadores que interesan para este estudio y se encuentran en el cuadro 1. Así, mediante el uso de medidas de dispersión, cuadros de frecuencia y gráficos, se describió la realidad del servicio. De este modo se obtuvo una radiografía de la situación del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante el periodo que comprendido entre enero, febrero y marzo del año 2015.

Con el análisis de esta información se buscó comparar las necesidades con la oferta del servicio, esto mediante la revisión de la documentación emitida por el servicio durante el periodo de enero, febrero y marzo del año 2015, para por último definir procedimientos que permitan cambios en la eficacia y eficiencia del mismo.

3.13.1 Análisis cuantitativo

Para analizar los datos, los resultados derivaron de los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva) mediante el uso de instrumentos cerrados, por lo que esta investigación no trasciende a la estadística inferencial, sino es eminentemente descriptiva. Además, se hicieron análisis combinados para integrar la información.

Para integrar los datos obtenidos se compararon los resultados provenientes de la recolección de datos cuantitativos entre los diferentes instrumentos de recolección y también se compararon las bases de datos adquiridas entre sí.

Esto se logró al aplicar un instrumento que generó datos relevantes que caracterizaron el servicio y la población atendida durante el primer trimestre del año 2015 para analizar la situación del servicio y posteriormente realizar sugerencias para mejorar su eficacia y eficiencia de atención.

3.14 Limitaciones de la investigación

Las presentes limitaciones restringen esta investigación:

1) Falta de instrumentos estandarizados para las evaluaciones generales de los usuarios: por la característica técnica de la investigación algunos aspectos como la descripción de los procesos de inicialización, evolución y finalización del tratamiento, requieren de instrumentos de recolección de datos específicos para cada rubro, con los cuales no se cuenta, esto genera que los datos que se obtengan sean datos aproximados y no datos precisos.

2) Características del evaluador: dentro de la población que aplica los procesos de inicialización, evolución y finalización de tratamiento fisioterapéutico, existe varios tipos de terapeutas, como son los Terapeutas Físicos licenciados con diferentes años de experiencia, estudiantes de Terapia Física y colaboradores ad honorem, por esta razón se dificulta obtener una muestra de procesos que sea homogénea debido a que no todos tienen los mismos conocimientos ni experiencia práctica en Terapia Física y recolección de la información.

3) Sesgo del evaluador: las respuestas que se obtienen para un proceso específico pero que no cuenta con un instrumento para la recolección de datos, dependerán del grado de conocimiento que se tenga a cerca de la importancia de la estadística y la investigación en cuestiones de recolección de datos de expedientes clínicos y el uso que se pueda hacer de esta información..

4) Los instrumentos no ofrecen información de la referencia: al recolectar datos respecto a la referencia médica al servicio de Terapia Física, los instrumentos no revelan la información específica de la referencia al servicio o especialista que realiza la misma.

5) La poca bibliografía en el tema: a nivel nacional la bibliografía es poca, lo que evidencia que el tema investigado es pionero en esta materia.

3.15 Consideraciones éticas

La elaboración y realización de este estudio de investigación tomó en consideración la ética necesaria para respetar y proteger la información de las personas cuyo expediente se utilizó.

Básicamente, se garantizó que de los datos utilizados solo se obtenga la información requerida para esta investigación, previamente firmado, el consentimiento informado de la persona o institución que tutele la información, además existió confidencialidad absoluta alrededor de la información obtenida, esto es, que la información no será usada para otros fines más que los estipulados y reconocidos por las partes.

La estudiante investigadora se compromete con las personas y bienes del PANARE a utilizar de manera académica y profesional los resultados obtenidos, durante y después del proceso de investigación.

Las implicaciones éticas que manejó la investigadora para garantizar la ética y moral de este estudio se basaron en tres principios fundamentales, los cuales se mencionan a continuación:

1. Respeto a la autonomía del sujeto: para garantizar el respeto a esa autonomía, previo a la consulta de datos de expedientes y bases de datos de la institución, se facilitó un consentimiento informado a los terapeutas físicos del departamento, así como al director médico de la institución, consentimiento que debió ser aprobado por tales actores para poder hacer uso del material requerido.
2. Respeto a la privacidad: se garantizó el anonimato, la protección de la identidad y la privacidad de los expedientes consultados mediante el consentimiento informado, el cual se compromete y garantiza la no divulgación de resultados, nombres y datos individualizados que surjan con la investigación. También, estos se trabajaron con número y no con el nombre de la persona al ser pasados a la base de datos.

Las bases de datos que arrojó la investigación van a ser conservadas por la investigadora en su casa de habitación bajo llave por el periodo de establecido por la

legislación cuatro años posteriores a la intervención, sin la posibilidad de utilizar los datos para otros fines. Posteriormente, serán destruidas por completo.

3. Beneficencia y no maleficencia: en esta investigación no se va a exponer a nadie a riesgo o peligro alguno. Es un estudio observacional, por lo tanto, no se practicará ningún tipo de intervención física a los sujetos.

Los beneficios que se generaron con esta investigación se relacionan con mejoras en la atención del servicio de Terapia Física del PANARE, lo que se traduce en ventajas directas para cada persona que acude y requiere el servicio. No solo los beneficios se verán reflejados en quienes participaron del estudio, sino también favorecerá a todos los usuarios posteriores del servicio.

Capítulo IV: Descripción y discusión de los resultados

En este capítulo se exponen los principales resultados de las evaluaciones realizadas en el servicio de Terapia Física del PANARE, con los usuarios que asistieron a consulta durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015. Inicialmente se presentan las características de la población atendida en el centro, la especificidad de las normas que establece el Ministerio de Salud y por las que se rige la institución; para después analizar la gestión con la que se desarrolla el sistema de atención específicamente en el servicio de Terapia Física del PANARE, las características del servicio y de los instrumentos para valorar a los usuarios.

4.1 Descripción de los resultados

Para describir los resultados que surgieron de la recolección de datos, se utilizaron técnicas estadísticas como tablas, gráficos y cuadros, con el fin de describir el proceso de atención del servicio y así caracterizar la oferta y demanda, y con esta información generar una propuesta de atención a los usuarios. Los cuadros de frecuencia que sustentan los gráficos con los resultados de la investigación se pueden encontrar como el anexo 5 adjunto al final del documento.

4.1.1 Características de la población y las principales enfermedades

Como parte de las características sociodemográficas y clínicas de la población atendida durante el primer trimestre del año 2015, se muestran los resultados obtenidos que hacen referencia a cantidad de usuarios, edad y sexo. Además, se señalan las características de las patologías correspondientes a las principales enfermedades por las que se consultó durante los meses analizados en este estudio.

Respecto al análisis de la situación del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015 y al total de usuarios atendidos por mes en el servicio de Terapia Física se obtienen los siguientes resultados.

Gráfico 1. Usuarios de consulta externa atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

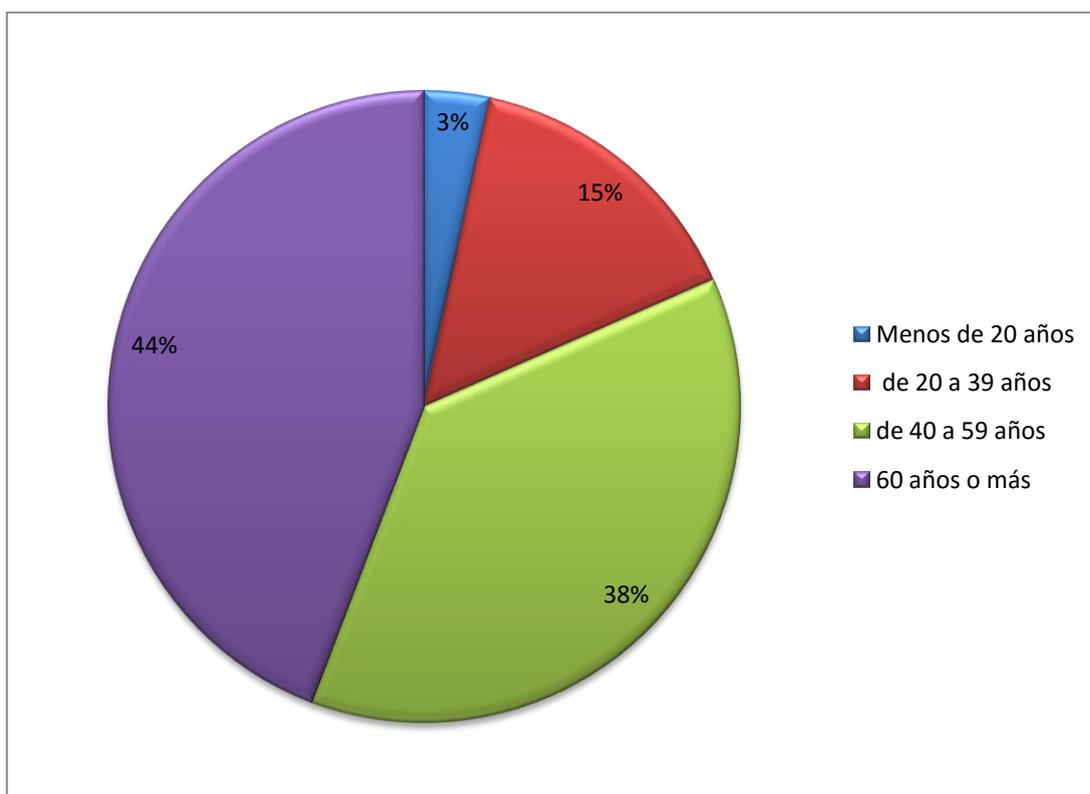


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

Se registraron un total de 372 expedientes para el trimestre en estudio (véase anexo 5, tabla 2), enero y marzo representan la mayoría, con 133 expedientes cada uno. Sin embargo, para el mes de marzo, según el informe de labores hecho por el equipo técnico de la institución, se reportó un total de 161 expedientes, lo que no coincide con los 133 expedientes señalados. La respuesta a esta desfase puede corresponder a que en ese momento los expedientes se encontraran en uso o estuvieran extraviados.

A continuación el gráfico 2 describe el promedio de la edad de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE en enero, febrero y marzo del año 2015.

Gráfico 2. Promedio de edad de los usuarios de consulta externa atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

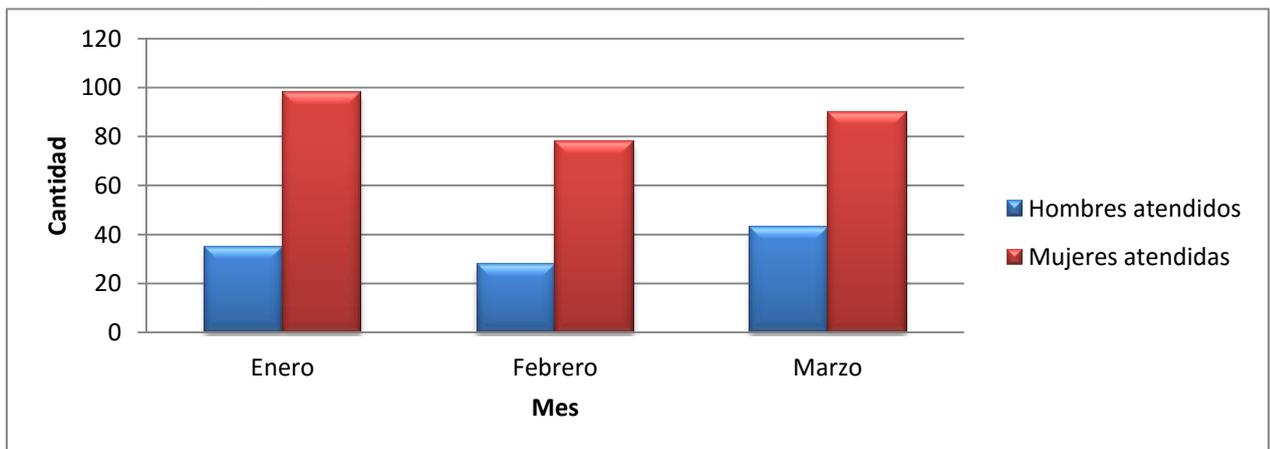


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

La población atendida para el primer trimestre del año 2015 se clasificó por edades bajo los rubros de “menos de 20 años, de 20 a 39 años, de 40 a 59 años y 60 años o más” (véase anexo 5, tabla 8). Para cada uno de los tres meses el comportamiento es similar entre los usuarios. Más del 70% de las personas atendidas representan los rangos mayores de edad: “de 40 a 59 años y 60 o más años”. Por el contrario, menos del 30% se refiere a las personas de edades menores.

Al haber un mayor número de mujeres en la población general de Costa Rica, en consecuencia puede que exista un mayor número de mujeres en la población atendida en el PANARE.

Gráfico 3. Usuarios atendidos en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE, según sexo, durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

Mediante la observación se determina que durante el primer trimestre del año 2015 se mantiene la misma situación de atención en cuanto al sexo, se atiende a más mujeres que hombres respecto a la consulta fisioterapéutica (véase anexo 5, tabla 3).

Una carencia importante del servicio es que ningún expediente de los utilizados especifica el sexo del usuario, por lo que para poder determinar el dato se hizo a partir de las características de los nombres de los usuarios.

Con respecto al tipo y cantidad de patologías atendidas en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015, se identifica el siguiente comportamiento.

Tabla 1. Tipo y cantidad de patologías atendidas en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

Patología	Sexo	Enero	Febrero	Marzo	Total patologías
Reumatológicas	Masculino	12	19	25	56
	Femenino	63	50	55	168
Ortopédicas	Masculino	9	4	12	25
	Femenino	7	14	19	40
Neurológicas	Masculino	4	4	4	12
	Femenino	9	9	11	29
Vasculares	Masculino	0	0	0	0
	Femenino	0	0	0	0
Congénitas	Masculino	0	1	1	2
	Femenino	0	1	1	2
Otro	Masculino	16	0	1	17
	Femenino	13	4	4	21
NS/NR	Masculino	0	0	0	0
	Femenino	0	0	0	0
Total		133	106	133	372

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

En general, para los tres meses la principal causa de atención fisioterapéutica es de origen reumatológico. Se observa que los usuarios consultan por enfermedades reumatológicas, ortopédicas, neurológicas principalmente, en orden de importancia. Pero la cantidad de usuarios atendidos disminuye de manera considerable al tratarse de patologías de tipo vascular y congénita, como por ejemplo accidente cerebrovascular y parálisis cerebral infantil, respectivamente.

Para recibir atención fisioterapéutica en el PANARE, tener referencia de un médico es requisito fundamental, de ahí que el total de expedientes de los pacientes que recibe el centro cuenta con una. El médico es quien determina el tipo de patología y sugiere el tratamiento a utilizar en el usuario. Sin embargo, se encuentran referencias de especialidades y diagnósticos que no son correspondientes entre sí. Existen casos de

médicos ortopedistas que refieren patologías reumatológicas, médicos generales que refieren patologías neurológicas, entre otros.

Relacionado con las referencias médicas que recibe el PANARE, destaca del análisis realizado durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015, que los grupos de especialidad que hacen mayor cantidad de referencias médicas durante el primer trimestre del año 2015 son medicina general, ortopedia y neurología. Sin embargo se encuentra una variada cantidad de tipos de referencias, por lo que también se registran de fisiatría, neurocirugía, medicina mixta y geriatría.

Otra situación que se reconoce al respecto es que existen diagnósticos médicos que no especifican la causa, por lo que el tratamiento fisioterapéutico no se enfoca hacia una dirección definida. Por ejemplo, la referencia dice: “*lumbalgia*”, pero no se define si es de origen mecánico, neurológico, idiopático, reumatológico, entre otros. Esto afecta principalmente el tratamiento fisioterapéutico debido a que para el Terapeuta Físico se dificulta atacar la causa de la enfermedad. Este dilema de diagnóstico – tratamiento se puede resolver con el uso de un protocolo de evaluación estandarizado que le permita al Terapeuta Físico ahondar en el diagnóstico propio de su especialidad.

4.1.2 La norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud

En Costa Rica se han generado políticas y normas para reglar las condiciones de operación de los establecimientos que actúan o prestan servicios, directa o indirectamente, en materias relacionadas con la salud para procurar el bienestar de las personas con discapacidad.

Para ello, el Ministerio de Salud, en conjunto con los demás entes en salud del país, establecen el Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad, en el que se crean los requisitos de operación, según lo dispuesto en la Ley N° 5395: Ley General de Salud y demás leyes y convenciones existentes en el país de relación inmediata con el tópico (Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que Brindan Atención en Centros para Personas con Discapacidad. 2005).

Dicha norma tiene como objetivo especificar las principales condiciones y requisitos que deben cumplir los establecimientos que brindan atención en centros para

personas con discapacidad, y de esta manera garantizar que el servicio ofrecido cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, equidad, igualdad y accesibilidad, para ser habilitados por el Ministerio de Salud (Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que Brindan Atención en Centros para Personas con Discapacidad. 2005). Cabe destacar que la norma no establece una cantidad exacta para cada rubro solicitado, solo define la necesidad de contar con los mismos y bajo el título de “si cumple” o “no cumple”.

A continuación se presenta la información correspondiente a la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud según los resultados obtenidos de las evaluaciones a través del instrumento aplicado.

Cuadro 4. Recursos disponibles en PANARE durante el año 2015

Tipo de Recurso	Recurso Disponible	Cantidad de unidades
Recurso Material	Camas totales	28
	Aposentos totales	4
	Servicios sanitarios	7
	Ambulancias disponibles	1
Recurso Humano	Médicos generales	1
	Médicos especialistas	0
	Nutricionistas	1
	Técnicos de nutrición	0
	Trabajadores sociales	1
	Oficinistas	2
	Misceláneos	2
	Enfermeras profesionales	3
	Auxiliares Enfermería	1
	Asistentes de pacientes	12
	Terapia Física	2
	Terapia Ocupacional	1
	Terapia de Lenguaje	0
	Terapia Respiratoria	0
Otro personal	16	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recolectados en el instrumento de evaluación 3.

Específicamente en cuanto al recurso material, derivado del cuadro, se reconoce que de las 28 camas totales, diez son ocupadas por los usuarios que viven de manera permanente en la institución y 18 son ambulatorias o de estancia corta con un promedio de tres meses por usuario, que se relaciona con el estándar aplicado en esta institución. Los diez usuarios residentes tienen una estancia prolongada debido a que son personas que han llegado a la institución con problemas de poliomielitis o Parálisis Cerebral Infantil (PCI).

Los diez usuarios permanentes tienen mucho tiempo de vivir en la institución, tiempo que varía y depende de usuario a usuario. Algunos han vivido ahí desde que se creó la institución hace más de 50 años. Otros han llegado a vivir por un periodo determinado, luego han dejado la institución y posteriormente han regresado. Así que cada usuario tiene su historia particular. Sin embargo, actualmente todos se encuentran incluidos en las agendas de atención fisioterapéutica en el servicio de Terapia Física del PANARE y reciben terapia de lunes a viernes.

Los servicios sanitarios se encuentran distribuidos en dos para cada uno de los pabellones generales, uno para los cuartos independientes y los restantes dos para uso de los funcionarios. En total son siete servicios sanitarios, de los cuales, cinco son exclusivos para los internos y cuentan con las adaptaciones necesarias de acuerdo con la ley 7600, los otros dos son para uso del personal.

Los aposentos totales se relacionan con los dormitorios, los cuales están divididos de la siguiente manera:

Dos pabellones generales, uno para hombres y otro para mujeres. Y dos dormitorios independientes para los usuarios más funcionales, los cuales cuentan con dos camas cada uno.

En el cuadro se demuestra que existe recurso material y humano en la mayoría de los puestos requeridos para la atención ofrecida en el Patronato Nacional de Rehabilitación, sin embargo, no se cuenta con médicos especialistas, técnicos en nutrición, ni terapeutas de lenguaje ni respiratorio, que, por el tipo de servicios que se ofrece, son necesarios para el desarrollo completo e integral de las funciones del centro, principalmente para el manejo adecuado de los usuarios de consulta interna, quienes presentan diversas patologías crónicas de segundo y tercer nivel de atención en salud.

De acuerdo con la investigación realizada, el aspecto “otro personal” que se señala como último dato en el cuadro 4, se refiere a servicios generales, tales como guardas de seguridad, lavandería, cocina, mantenimiento e incluye el servicio de psicología.

Cuadro 5. Recurso humano disponible en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el año 2015

Nombre del recurso	Cumple	No Cumple
Profesional en Terapia Física por cada 53 residentes	X	
Voluntario en Terapia Física	X	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 3.

Específicamente en el servicio de Terapia Física, el recurso humano es el adecuado para el servicio ofrecido de acuerdo con los criterios solicitados para la acreditación que solicita el Ministerio de Salud.

Cuadro 6. Recursos disponibles con respecto a la planta física del servicio de Terapia Física del PANARE en el año 2015

Nombre del recurso	Cumple	No Cumple
Espacio común mayor a los 10m ²		X
Accesibilidad al espacio físico que posibilite la movilidad del usuario	X	
Área de hidroterapia de acuerdo a lo establecido	X	
Área de gimnasio de acuerdo a lo establecido	X	
Salón general acondicionado para tratamiento fisioterapéutico	X	
Cubículos de tratamiento individual		X
Bodega	X	
Área de lavado de instrumentos	X	
Casilleros		X
Espejos de cuerpo entero	X	
Pisos conductivos y antibacterianos para el área de electroterapia		X
Accesorios de metal con	NA	NA

acabado pulido		
Circulación de aire que garantice 8 cambios del volumen total por hora	NA	NA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 3.

En lo que se refiere a la planta física del departamento de Terapia Física, el cuadro 6 denota que los aspectos más relevantes para la habilitación del servicio están presentes. A pesar de lo anterior, no se cuenta con recursos específicos que resultan importantes para el adecuado desarrollo del tratamiento físico de los usuarios, por ejemplo la ausencia de cubículos de tratamiento individual.

Cuadro 7. Recurso material disponible en el servicio de Terapia Física del PANARE en el año 2015

Nombre del recurso	Cumple	No Cumple
Barras paralelas	X	
Poleas	X	
Espejo de cuerpo entero	X	
Juego de pesas (saco con arena)	X	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 3

En el cuadro 7 se muestra que la disponibilidad de recurso material, específicamente para el servicio de Terapia Física, cumple al 100% con las solicitudes que demanda la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud, tal como se especifica en el anexo 3.

Por último, en cuanto a la norma evaluada, relacionado a la documentación con la que cuenta el servicio, en PANARE el servicio de Terapia Física no cuenta con un manual de funciones y responsabilidades del personal de Terapia Física. La existencia de esta documentación resulta importante para asegurar un proceso de calidad y darles herramientas a los gestores que respalden la exigencia de la calidad.

4.1.3 Diagnóstico de la atención del servicio de Terapia Física del PANARE

Con respecto a la realización de un diagnóstico de la situación actual del servicio de Terapia Física del PANARE, a partir del análisis de los expedientes, se encuentran los siguientes resultados:

Cuadro 8. Aspectos considerados en el instrumento de evaluación fisioterapéutica inicial durante el año 2015

Aspectos que se incluyen	Aspectos que No se incluyen
Nombre	Sexo
Edad	Jornada Laboral
Ocupación	Lesiones anteriores
Hijos	Dx Fisioterapéutico
APP	Pruebas Funcionales
APF	EMM
Dx médico	Goniometría
Puntos Gatillo	Metas de Tratamiento
Otros datos adicionales	Objetivos de Tratamiento

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 2.

El cuadro 8 muestra tanto los aspectos que incluye el instrumento de evaluación inicial, así como los que se excluyen. De acuerdo con el análisis que se desarrolla a partir del instrumento de evaluación 2, anexo 2, hay información que es necesario contabilizar, pero que en el instrumento actual no existe, esta información se refiere principalmente a aspectos generales como sexo, jornada laboral, lesiones anteriores y diagnóstico fisioterapéutico, y específicos como pruebas funcionales, examen manual muscular (EMM), goniometría, metas y objetivos de tratamiento.

La disponibilidad de la información, la cual no se encuentra definida en el instrumento actual que utiliza el PANARE, influye directamente en el desarrollo del tratamiento fisioterapéutico.

En los aspectos considerados para evaluación fisioterapéutica final, es importante destacar que no se cuenta con un instrumento con preguntas definidas y normalmente la

valoración queda a criterio del profesional encargado. Dentro de los aspectos que se incluyen está una descripción básica de la condición final de usuario que en ocasiones no es comparativa con la valoración inicial, se excluyen datos relevantes como metas y objetivos cumplidos, examen manual muscular y goniometría final, así como recomendaciones finales.

4.1.4 El servicio de atención de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación

Es importante conocer tanto una descripción física del servicio (el personal y equipo con el que se cuenta para brindar atención) como la gestión del mismo y la estrecha relación entre la oferta y la demanda que se complementan para dar atención en rehabilitación física.

4.1.4.1 Definición de los escenarios: características físicas

Este estudio utilizó como escenario el departamento del Terapia Física del PANARE, el cual muestra características propias que se aferran a los recursos que el gobierno de Costa Rica les facilita para funcionar.

El servicio de Terapia Física del PANARE cuenta con 2 profesionales en Terapia Física con una cantidad definida de usuarios por hora.

Cada uno de los terapeutas atiende tres usuarios por hora. Aproximadamente, el servicio presta atención a seis usuarios por hora. De este modo, por día de lunes a jueves se atiende alrededor de 21 usuarios y 18 los días viernes, para un total de 102 por semana y un promedio de 408 por mes. Es importante destacar que el número 408 corresponde al total de consultas. Si un mismo usuario acude a consulta tres veces a la semana, en este caso representa “tres usuarios”, pero, por el contrario, en la estadística general del servicio, se toman en consideración los datos como única persona.

Es importante mencionar que los fisioterapeutas además de la atención de la consulta, tienen otras funciones administrativas y de orden y aseo, como llenar la estadística básica de cantidad de consultas diarias, traer paños y acomodar las camas. De acuerdo con el Licenciado Sebastián Peña Alfaro, el tiempo dedicado a la consulta es de 7 horas de lunes a jueves y 6 horas los viernes, para un total de 34 horas por semana por cada terapeuta.

Respecto a la disponibilidad de equipo en el servicio de Terapia Física del PANARE para atender las patologías por las que es referida la población, el tipo de elementos con los que se cuenta en el servicio son: dos equipos de electroterapia, seis compresas calientes, ocho compresas frías, cuatro máquinas de cinesiterapia, unas barras paralelas, una cama balancín, cuatro tanques de remolino y una piscina.

Para determinar si los recursos disponibles son suficientes con respecto al flujo de usuarios, solo es necesario relacionar la cantidad de usuarios por hora con el tipo de tratamiento y cantidad de equipo disponible con el que se cuenta en el servicio.

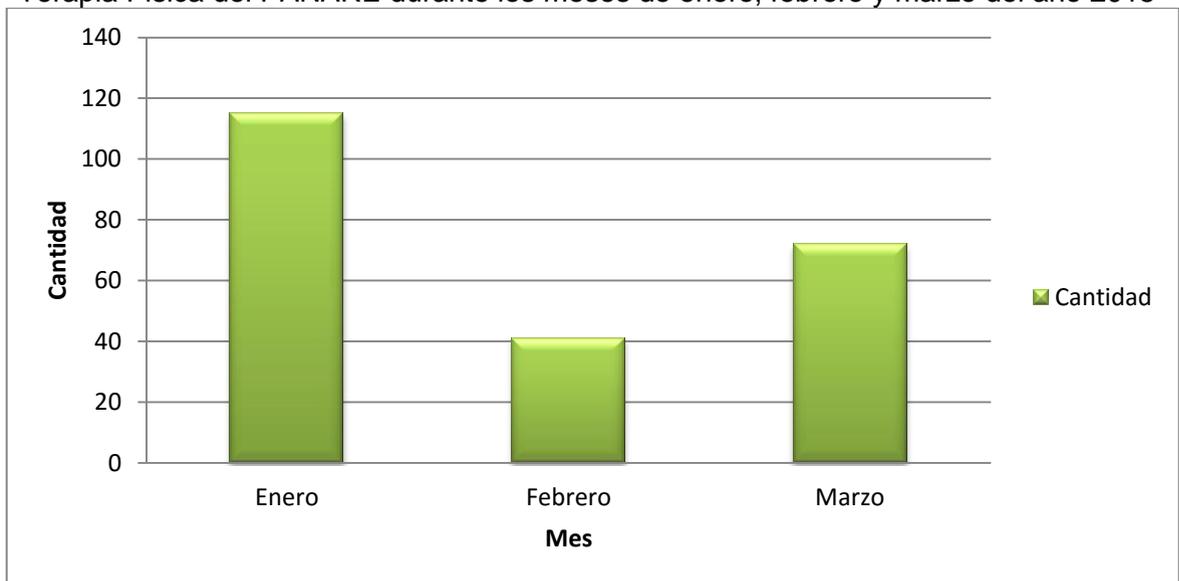
Como se mencionó anteriormente, se reciben seis usuarios por hora y con relación a las principales patologías atendidas, solo se cuenta con dos equipos de electroterapia, unas solas barras paralelas, pocos tanques de remolino, entre otro tipo de equipo, por lo que en ocasiones dar un tratamiento integral al 100% de los usuarios atendidos por hora se verá dificultado debido a la disponibilidad de los recursos.

De este modo, la disponibilidad y cantidad de equipo con el que cuenta el PANARE, parece no ser congruente ni suficiente con la demanda de usuarios que se recibe, así como el tipo de patología que atienden.

4.1.4.2 Gestión del servicio de Terapia Física del PANARE

En materia de gestión clínica, el comportamiento de la consulta en el servicio de Terapia Física del PANARE para brindar atención a la población que así lo requiere, se manifiesta de la siguiente manera.

Gráfico 4. Usuarios que iniciaron tratamiento en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

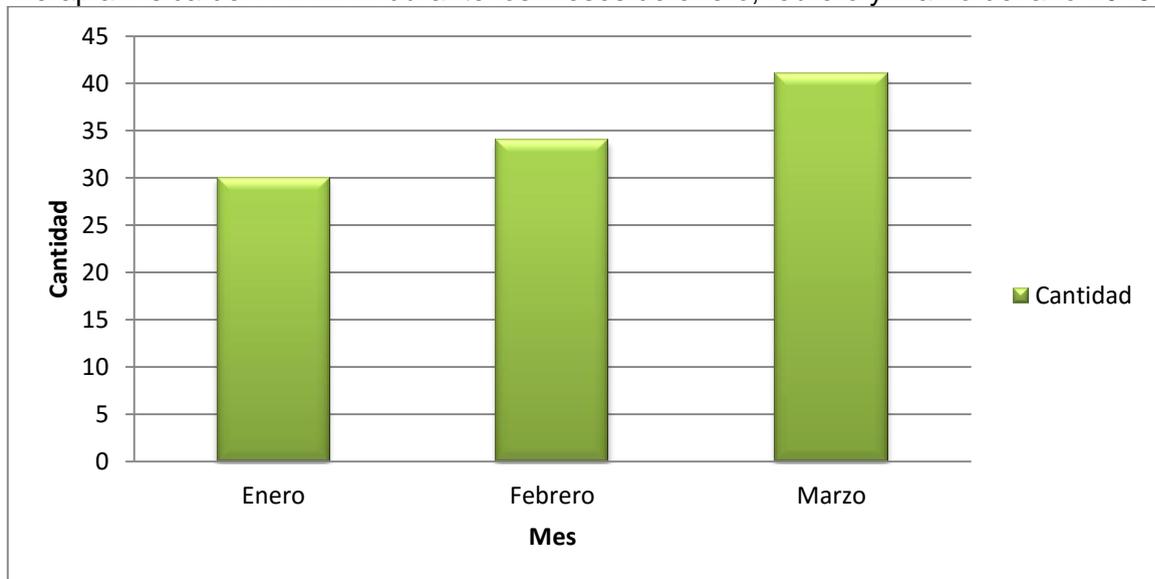


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

Durante cada mes, algunos usuarios inician tratamiento de atención en el servicio de Terapia Física (véase anexo 5, tabla 4). Se observa que es durante el mes de enero cuando la mayor cantidad de usuarios comienzan tratamiento fisioterapéutico, en relación a los demás meses analizados. Al realizar la distribución de los casos por sexo, tal y como se esperaba, según los datos iniciales que describen el servicio, es mayor la cantidad de mujeres en iniciar respecto al sexo masculino.

La cantidad de pacientes que finalizan tratamiento de atención fisioterapéutica se muestra a continuación:

Gráfico 5. Usuarios que finalizaron tratamiento en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015

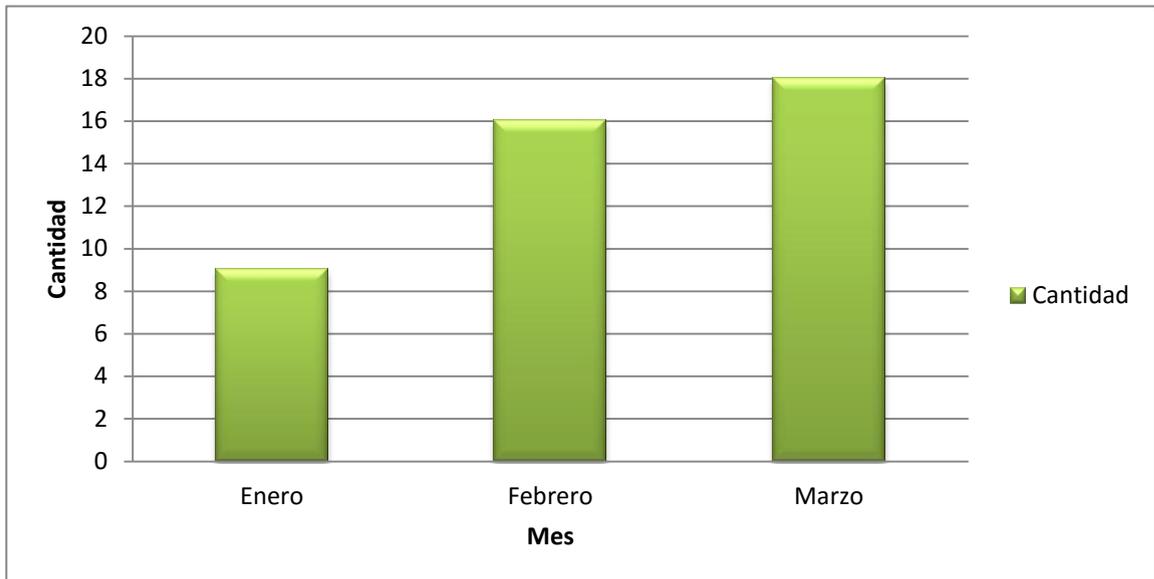


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

Al tener los usuarios femeninos la mayor cantidad de consultas fisioterapéuticas, de igual manera son la parte de la población atendida en tener más cantidad de finalizaciones de tratamiento y como lo demuestra el gráfico 5 (véase anexo 5, tabla 5), es en el mes de marzo cuando más cantidad de personas finalizan tratamiento de atención fisioterapéutica. Se debe tener en consideración que la cantidad de sesiones fisioterapéuticas varía de usuario a usuario según la indicación del médico tratante, lo que hace que el momento de finalizar tratamiento entre los usuarios sea variable.

Respecto a la valoración final analizada en cada uno de los expedientes que forman parte del estudio, en la gran mayoría no se especifica que se está realizando la valoración final, por lo que no se establece el cumplimiento de objetivos fisioterapéuticos y se puede generar un aumento del sesgo al definir el momento y la condición de finalización del usuario.

Gráfico 6. Cantidad de deserciones de tratamiento de consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4.

Algunos usuarios acaban tratamiento de atención ya sea por decisión propia o por omisión del reglamento de la institución, estas culminaciones se denominan deserciones de tratamiento.

El gráfico 6 muestra que durante el mes de marzo se detalla la mayor cantidad de deserciones (véase anexo 5, tabla 6). Éstas se pueden deber a que no se da un seguimiento adecuado de los pacientes porque, de acuerdo con la información recolectada por la investigadora, se determina que en la hoja de trabajo diaria, el fisioterapeuta no siempre anota todos los hallazgos encontrados en relación al seguimiento y a la evolución del usuario (ver anexo 4).

Otro hallazgo importante es que de acuerdo al instrumento aplicado (ver anexo 2), no hay un detalle del diagnóstico fisioterapéutico.

En cuanto a la descripción de los resultados, ese es el comportamiento detectado en la investigación desde las ópticas señaladas por los objetivos y la metodología establecidos.

4.2 Discusión de los resultados

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir aquellas experiencias que se generaron a partir del proceso de atención fisioterapéutico en el PANARE durante el primer trimestre del año 2015 y como estas inciden en el tratamiento de los usuarios y en la gestión del servicio.

Sobre todo, se pretendió examinar cuáles son aquellos eventos que más se presentaron en el grupo estudiado, considerando elementos como edad, género y tiempo. Además se identificaron aquellos factores asociados a la situación del PANARE en general y del servicio fisioterapéutico en particular, los cuales experimentan los usuarios expuestos a la atención y tratamiento en el servicio.

Según los resultados, se encontró un número de variables asociadas al proceso de atención fisioterapéutica en el PANARE, las cuales podrían desempeñar un rol importante y significativo en el tratamiento y evolución de la enfermedad de cada usuario atendido en el servicio. Así, los cambios en los hábitos y costumbres de las poblaciones, aunado a la diversidad de enfermedades que pueden presentar las personas, hacen que una adecuada y eficaz atención en los centros de salud resulten de suma importancia.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación se desarrolló un análisis de los principales datos revelados. Datos que pueden influir en el servicio brindado, así como en la oferta y la demanda de los servicios de salud en PANARE, Planas, Rodríguez & Lecha (2004) hacen referencia al tema cuando mencionan que:

Las decisiones sobre características de pacientes, tratamientos y cuidados deben ser recogidas y para ello deben desarrollarse definiciones estándar que permitan recoger los datos en los llamados registros o bases de datos que permitirán, básicamente, identificar y mejorar la calidad de los servicios (p11).

Con relación a la demanda de los servicios, autores como Mariños (2012) indican que:

La demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica de los tercios ofertados, los factores demográficos del hogar y sus miembros, los hábitos y costumbres de las personas. (p.13)

A continuación se analizarán aspectos que pueden influir en la demanda y en la calidad del servicio, a partir del análisis de los resultados del estudio.

4.2.1 Características demográficas

Con respecto a los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del año 2015 se atendió un total de 372 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres. Al mismo tiempo, el promedio de edad obtenido con mayor frecuencia supera los 40 años. Lo anterior coincide con investigaciones preliminares respecto al sexo de las personas que asisten en mayor cantidad de ocasiones a los servicios de salud.

En cuanto al género atendido con más frecuencia por los servicios de salud y rehabilitación, en el caso específico de Costa Rica un estudio realizado en el CENARE (principal establecimiento especialista en rehabilitación del país), Alfaro (2007) muestra que el sexo femenino es el que más consulta. Específicamente en el caso de la Sub-Área de Terapia Física del CENARE, el sexo femenino tiene una mayor presencia que el masculino. Lo cual coincide con los hallazgos de este estudio, donde por mes, la cantidad total de mujeres atendidas supera el 67% de usuarios que consultaron en el primer trimestre del año 2015.

Al hacer referencia al promedio de edad de las personas que asisten a los servicios de rehabilitación o Terapia Física, Alfaro (2007) encuentra que un 54.9% del total de consultas en la Consulta Externa de Fisiatría durante el año 2006, fueron realizadas por usuarios cuyas edades superaban los 42 años. Alfaro (2007) también afirma que por la existencia de la transformación de las actividades productivas y de la vida diaria de las últimas dos décadas, en la actualidad, la población que envejece tiende a variar sus diagnósticos.

Según el censo a la población realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2011, la mayoría de los costarricenses son mujeres y rondan edades por debajo de los 40 años, sin embargo, la población mayor de 40 años representa un 32.98% de la población total de Costa Rica. Coincidiendo con los resultados encontrados, esta podría ser una de las razones por las que la población femenina, mayor de 40 años, representa la mayoría de la población atendida en PANARE.

Lo anterior evidencia la transformación demográfica que atraviesa Costa Rica, la cual tiende hacia el envejecimiento de la población en nuestro país, lo que puede causar un aumento de carga sobre la mayoría de los servicios de salud. De acuerdo con el perfil epidemiológico de Costa Rica descrito por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya para el año 2009 la tasa de mortalidad sobrepasaba los 65 años de edad (OPS, 2009).

Existe una tendencia observada en el incremento de personas adultas mayores, gracias al aumento en la esperanza de vida. Esta tendencia incrementará la tasa de dependencia existente en el país durante los próximos años. Según estimaciones del Centro Centroamericano de Población (CCP), si bien para el 2007 la población mayor de 65 años representó un 6,7% (INEC, 2007), se estima que en el año 2025 alcance a representar un 11,50% de la población, doblándose la cantidad de personas pertenecientes a este rango de edad (OPS, 2009). Cabe destacar que los cambios físicos y fisiológicos que normalmente se presentan a causa del envejecimiento, pueden alterar la salud física de las personas y por ende requerir de atención física en rehabilitación. Lo que también se verá reflejado en los costos de la atención de la salud y en la necesidad de contar con servicios adecuados a este grupo poblacional.

4.2.2 Características de la demanda atendida

Al evaluar el diagnóstico de envío de los usuarios del servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015 se observa un comportamiento homogéneo en cuanto al tipo de patología atendida, pues las patologías de tipo reumatológico, ortopédico y neurológico fueron las más comunes, según orden de importancia.

Este comportamiento coincide con los hallazgos de estudios realizados en otras instituciones del país especialistas en rehabilitación. Alfaro (2007) expone que para el período del 2002 al 2006 las patologías que se presentaron en mayor volumen en el CENARE fueron de carácter ortopédico, reumatológico y neurológico, lo que coincide con los datos encontrados en esta investigación.

Según la Sociedad Española en Reumatología (2001) esto se puede deber a que las enfermedades de tipo reumatológicas suelen ser las responsables de numerosas lesiones en el aparato locomotor, integrado por los sistemas nervioso, musculoesquelético y articular, lo que genera déficits funcionales que son susceptibles

de ser valorados y mejorados. Y en general, la patología reumatológica, se encuentra asociada a las edades de la población por encima de los 40 años.

En este sentido, y desde una perspectiva multidimensional, la gestión terapéutica de las enfermedades reumatológicas requiere un abordaje biopsicosocial, donde los determinantes sociales de la salud (posición socioeconómica, ocupación, género) condicionan de forma decisiva el desarrollo y curso de estas enfermedades (Sistema Nacional de Salud de España, 2013), abordaje que debe incluir de manera primordial, la Terapia Física.

Además de las patologías por las que predominantemente consultan los usuarios del servicio, hay dos aspectos que complementan la descripción de la demanda atendida, son la cantidad de usuarios que inician y terminan tratamiento, lo cual se esperaría que sean cantidades correspondientes entre sí, sin embargo estos datos pueden cambiar debido a diversos fenómenos, el más común es la deserción al tratamiento.

Al hacer un conteo de la cantidad de usuarios en iniciar tratamiento en el primer trimestre del año 2015, se determina que 228 personas lo hicieron y fue enero el mes que mostró la mayor cantidad de individuos en iniciar. El aspecto varía en la finalización del tratamiento, donde solo 105 personas concluyeron la intervención, en este aspecto el fenómeno se manifiesta de manera diferente con respecto a la iniciación, representando el mes de marzo la mayor cantidad de sujetos en finalizar tratamiento. Resalta que el total de finalizaciones de tratamiento estudiadas, demuestran ese comportamiento debido a que la cantidad de consultas varía de usuario a usuario, existen causas externas que enlentecen el tratamiento (como consultas médicas en otros centros de salud), por lo que las finalizaciones de tratamiento también pueden ocurrir después del trimestre estudiado.

En cuanto a las deserciones encontradas en PANARE durante el primer trimestre de 2015, 11.6% del total de usuarios atendidos en ese periodo interrumpió su tratamiento. Resulta de suma importancia indagar las razones exactas del porqué de la decisión de desertar el tratamiento e intentar darle solución a las posibilidades inherentes al servicio, esto con el afán de disminuir el índice de deserción. Sin embargo, partiendo de la experiencia práctica de la investigadora en la institución, se presume que la

mayoría de las deserciones proviene de causas ajenas a la gestión institucional del PANARE.

La eficiencia de un servicio resulta de la articulación correcta entre los diferentes medios (productos intermedios) y fines (productos finales). De ahí que los establecimientos en salud requieren planificar de manera adecuada sus necesidades de recursos y gestionarlas de manera eficiente, minimizando desperdicios y optimizando su capacidad productiva, con el fin de garantizar mejoras en el estado de salud de los usuarios (Madueño et al, 2003) y evitar hasta donde les sea posible, los casos de deserciones de tratamiento.

4.2.3 Diagnóstico de la atención del servicio de Terapia Física del PANARE

En lo que se refiere a la atención en el servicio de Terapia Física del PANARE, se estudiaron los aspectos incluidos en el instrumento de los expedientes clínicos de los usuarios que recibieron tratamiento en el lugar durante el primer trimestre del año 2015.

Analizar y determinar los aspectos que son considerados para establecer la historia clínica del usuario, para posteriormente establecer un plan de tratamiento fisioterapéutico, resulta de suma importancia para la calidad de la atención brindada por el profesional y recibida por el usuario. Wanden, Sanz, & Culebras (2008) consideran que los datos son importantes para conformar los registros de los que se obtiene información de interés respecto a las características de las poblaciones sanas o enfermas, a sus predisposiciones y comportamientos, así como las conductas que generan, saludables o nocivas, los factores que inciden como causa o co-factor en el desarrollo de las enfermedades, así como aquellos que protegen frente a ellas. De la misma forma, se obtiene información referente a la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, sean estas farmacológicas o no.

En cuanto al instrumento de evaluación fisioterapéutica inicial utilizado en el PANARE, los resultados obtenidos en esta investigación permiten determinar la ausencia de varios aspectos importantes, lo cual reduce la cantidad y calidad de la información disponible para el profesional en salud, influyendo directamente en el desarrollo del tratamiento fisioterapéutico.

Se cree que para brindar un servicio que beneficie de manera integral a los usuarios, se debe considerar un conjunto de datos mínimos, con el propósito de

establecer un mecanismo que facilite la comparación de los datos a través de las poblaciones clínicas, el medio ambiente y las áreas geográficas; describir los clientes (y sus familias) de acuerdo a los cuidados de salud que requieren en una variedad de contextos (escenarios, ambientes); determinar las necesidades con referencia a la asistencia al tratamiento y que permitan la asignación de recursos para los individuos o poblaciones, de acuerdo con sus diagnósticos de salud; estimular la investigación en salud, utilizando los elementos del conjunto de datos mínimos; y proporcionar datos sobre los cuidados para influir y facilitar la toma de decisiones en políticas de salud (Tolfo & De Fátima, 2006).

Específicamente en cuanto al registro de tratamiento fisioterapéutico utilizado en el PANARE, éste muestra datos inespecíficos o ausentes que imposibilitan una visualización clara del tratamiento utilizado. Es por eso que en el área de salud, los sistemas de información representan un conjunto de herramientas que apoyan las acciones para facilitar la documentación, procesar los datos y producir información para la evaluación, planificación y ejecución de acciones en el cuidado de la salud (Tolfo et al, 2006).

Los registros médicos de datos del paciente son una herramienta fundamental para el correcto desarrollo de la Terapia Física. Esto debido a que son los que permiten que cada profesional que tenga acceso al expediente clínico pueda entender de manera eficaz todo lo relacionado con el usuario y su patología. La calidad con la que se obtengan las bases de datos clínicas, aumenta o disminuye la importancia de las mismas, “si éstas son pobres, los resultados de los estudios que las han utilizado pueden ser sesgados y de poca confianza. Además, si la calidad de los datos registrados no ha sido verificada, la credibilidad de los mismos puede verse minimizada” (Planas et al, 2004, p.11).

Basado en el conjunto mínimo de datos expuesto por Tolfo et al. (2006) y en la importancia de una eficiente obtención de la información clínica de cada usuario, se realiza una comparación entre los datos que idealmente debe tener un expediente y los que poseían los instrumentos de evaluación utilizados en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del 2015. Se observa coincidencias en aspectos como:

- Fecha de nacimiento

- Residencia
- Diagnóstico
- La intervención / tratamiento
- Número de registro del usuario
- Fecha de ingreso
- Fecha de alta
- Datos de referencia

Cabe señalar que los instrumentos existentes en el PANARE para la obtención de datos clínicos representan un 50% de la cantidad y el tipo ideal de datos que según Tolfo et al. (2006) deben componer el conjunto mínimo de datos que deben ser recopilados en una ficha técnica de salud, faltando datos de gran relevancia como sexo, diagnóstico, intervención, intensidad del tratamiento, entre otros.

Al respecto, Martínez (2007) opina que: “la adopción de estandarización de procesos supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales y la comprensión de los beneficios aportados por el uso de estos estándares” (p.9).

Otros aspectos fundamentales que definen la atención de un servicio de salud, como lo es el de Terapia Física son el tratamiento, el tiempo de la consulta y el equipo médico disponible para dar tratamiento, ya que éstos, de igual modo, influyen directamente en la evolución del usuario.

En relación con este aspecto, se encuentra a Alfaro (2007), quien señala varias clases de tratamientos aplicados en el Sub-Área de Terapia Física del CENARE categorizados en cinco tipos generales: fisioterapéuticos, electroterapia, ultrasonido, agentes físicos y otros, para los cuales resulta necesario contar con equipo especializado como tanques de remolino, electroterapia, termoterapia, cinesiterapia, entre otros. Con respecto a lo mencionado por Alfaro (2007), solamente cinco de los recursos individuales disponibles en el servicio de Terapia Física del PANARE son correspondientes con lo indicado por el autor.

Por último, un aspecto relevante en la consulta médica, es el tiempo que se le dedique a la misma. En PANARE se atiende a tres clientes por cada Terapeuta Físico por hora, por lo que en promedio el tiempo de consulta efectivo para cada usuario es de 20 minutos. Sin embargo, múltiples autores como Outomuro y Actis, han expuesto diferentes argumentos para defender sus puntos de vista al respecto, coincidiendo la mayoría de estos en que el tiempo de consulta efectivo debe ser de 30 minutos como mínimo.

Un estudio en Alemania demostró la obtención de grandes beneficios en el devenir de pacientes con enfermedades crónicas, donde las consultas médicas tenían un mínimo de 30 minutos. Parte de estos resultados se asocian con el mayor tiempo para dar indicaciones para mejorar hábitos de vida y establecer un compromiso en la relación médico-paciente, para el cumplimiento de los planes terapéuticos. (Outomuro & Actis, 2013, p.363)

Sin embargo, la necesidad de satisfacer la demanda de la institución, hace que 20 minutos sea la cantidad de tiempo establecida para llevar a cabo el tratamiento, no obstante, cada usuario permanece la hora completa en el salón de Terapia Física, abriendo de este modo la posibilidad de aumentar la cantidad de tiempo de la consulta en algunas ocasiones. Outomuro & Actis. (2013) estiman que: “una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención médica, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis” (p.364).

Un último dato que es importante rescatar en el diagnóstico de la atención en el servicio, es que PANARE recibe referencias de todo el país, por ejemplo: del Hospital de Puntarenas, Hospital México, Hospital Rafael Ángel Calderón, entre otros.

En la actualidad no recibe referencias de medicina general, solo de médicos especialistas, sin embargo, para el momento en el que fue hecho el estudio, si recibían referencias de los tres niveles de atención. Cabe destacar que actualmente PANARE solo recibe referencias emitidas por médicos de la CCSS.

4.2.4 Habilitación del servicio de Terapia Física

Para la habilitación de un servicio, como lo es el de Terapia Física del PANARE, es necesario seguir los lineamientos que establece el ente que lo rige, en este caso particular, el MS.

Al evaluar los requisitos propuestos por el MS para la habilitación de un servicio de Terapia Física, el PANARE cuenta con la cantidad mínima de unidades de recurso material, no así con el 100% de las exigencias de recurso humano. Por ejemplo, no tiene médicos especialistas ni terapeuta de lenguaje. Sin embargo cumple con la mayoría de los demás aspectos que solicita el MS (desde el punto de vista fisioterapéutico) para que el centro sea habilitado.

En un estudio realizado por la Universidad Rafael Landívar de México en el año 2013, Anléu (2013) determina parte del equipo básico con el que debe contar el área de medicina física y rehabilitación en un hospital para que el proceso de atención sea el mejor. Define así, las secciones fundamentales con las que se debe contar, desde el equipo básico de un consultorio hasta las diversas secciones especializadas que se espera estén presentes. Y de esta manera se plantea lo siguiente:

Una sala de espera y control, la cual debe contar con el suficiente espacio para el uso de sillas de ruedas o camillas. Además de un auxiliar administrativo que es quien se debe encargar de coordinar los trámites del usuario y un camillero que transporte a los usuarios que lo necesiten.

Un consultorio o sala donde se recibe la consulta, que es el lugar donde se examina al usuario para elaborar su historial clínico y se prescribe su tratamiento. Anléu destaca que en esta área resulta importante contar con un asistente médico para apoyar la función de los demás profesionales. El mobiliario que debe estar presente en este local incluye: escritorio, sillón, sillas, computadora, mesa Pasteur con lava manos, mesa de exploración, lámpara flexible, báscula y algunos aparatos específicos para la práctica de la medicina como el estroboscopio.

Muchos de los aspectos que se mencionan en el estudio de Anléu (2013) coinciden con los que cuenta el PANARE, encontrados en este estudio, tales como área de hidroterapia, acabados: como tipo de piso y materiales, barras paralelas, poleas, espejos y pesas. Anléu (2013) justifica la importancia de otros recursos para un área de medicina física y rehabilitación con el objetivo de atender todos los niveles de atención a la salud de la población, menciona elementos como una sección para terapias con aparatos electro médicos, cubículo de tracción cervical, sección pediátrica y sección de psicomotricidad, los cuales para el primer trimestre del año 2015 no formaban parte del conjunto de materiales presentes en PANARE.

4.2.5 Validez de los resultados

Como el presente estudio fue de corte transversal (en un momento definido) no se realizaron mediciones posteriores que comparen resultados y den confiabilidad al estudio. La confiabilidad la genera el hecho de que los resultados del estudio caracterizaron concretamente la situación de atención en el PANARE en un momento determinado.

Para lo anterior:

- Se utilizaron categorías descriptivas, lo más concretas y precisas posibles, cercanas a la realidad observada.
- Se validaron los instrumentos a utilizar para confirmar la objetividad de los mismos y asegurar que lo que se registró es consistente con la situación real del PANARE.
- Se utilizaron todos los medios técnicos disponibles posibles, en la actualidad, para conservar la realidad evaluada e investigada.

4.2.6 Principales hallazgos

A modo general, los principales hallazgos encontrados en esta investigación coinciden de manera importante con los criterios de otras investigaciones científicas.

Respecto a las características demográficas de la población que participó en el estudio, los resultados obtenidos concuerdan de manera significativa con los datos de otros estudios realizados en el país, principalmente como lo señala el INEC en los censos a la población, como el caso del censo 2011, donde destaca que la población costarricense es predominantemente femenina y muestra a la población dividida en dos grandes partes: una parte muy joven y otra muy vieja. Aunque la población con mayor edad no representa la mayoría, es una cantidad importante, es la que más se enferma y por ende acude con mayor frecuencia a centros médicos.

En relación con las características de la demanda atendida en el PANARE para el periodo establecido y analizado, se muestran coincidencias con estudios anteriores respecto a las principales enfermedades atendidas. Para PANARE las patologías que más se atendieron durante el periodo consultado son de tipo reumatológico, así también lo señala Surís et al (2013) cuando manifiesta que la normalidad de las enfermedades

del aparato locomotor es que son problemas crónicos, siendo las enfermedades reumatológicas un claro ejemplo, muy comunes al menos en la población adulta europea y muy comunes en Costa Rica, tal y como lo demostró este estudio.

El diagnóstico en la atención del servicio tiene un comportamiento individual. En los instrumentos de evaluación inicial se encuentra la ausencia de gran cantidad de aspectos relevantes como sexo y jornada laboral, sin embargo, diversos estudios como por ejemplo Tolfo Silveira & De Fátima Marin (2006) detallan una gran cantidad de datos los cuales los muestran como una estructura capaz de captar la esencia del proceso trabajo – salud – enfermedad. Lo que convierte la recolección de datos en una herramienta de soporte para lo que es la práctica profesional. En cuanto al equipo especializado para dar atención fisioterapéutica en PANARE sólo se cuenta con cinco tipos de recursos de los que indican estudios como por ejemplo el de Alfaro (2007) que menciona que los recursos con que se debe contar en un servicio de TF son los siguientes: electroterapia, ultrasonido, agentes físicos, entre otros, y por supuesto todo el espectro que incluyen las técnicas mencionadas.

Aunado a lo anterior, el tiempo destinado para la atención fisioterapéutica en PANARE, según estudios como el realizado por Outomuro et al. (2003), es el adecuado, de 20 minutos de tiempo efectivo (en promedio) por cada usuario atendido.

Según todos los datos obtenidos, analizados y discutidos, el servicio de Terapia Física en PANARE cumple muchos de los estándares que han sido solicitados para este tipo de atención en diversos lugares como por ejemplo en CENARE e inclusive en otros países del mundo, lo que convierte esta en una opción para la atención y el cuidado de las personas en casos de enfermedad física. Sin embargo, a pesar de los recursos y la gestión que maneja PANARE, es necesario mejorar el sistema, principalmente en cuanto a la prestación de los servicios.

Capítulo V: Propuesta de atención fisioterapéutica

5.1 Propuesta de atención en el servicio de consulta externa de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación

Derivado de la investigación realizada, los resultados obtenidos demuestran que existe un flujo de 372 usuarios atendidos durante el primer trimestre del año 2015, y que 266 son mujeres, con edades superiores a los 60 años cumplidos. Las patologías atendidas por el servicio de manera más frecuente son de tipo reumatológicas.

Los datos obtenidos muestran que a los instrumentos utilizados para trabajar en la valoración de los usuarios les falta aspectos importantes que complementan la valoración, como: sexo, jornada laboral, lesiones anteriores, diagnóstico fisioterapéutico, pruebas funcionales, goniometría, examen manual muscular, metas y objetivos de tratamiento. Tales faltas generan la necesidad de proponer técnicas que mejoren el proceso de atención fisioterapéutico.

Los resultados obtenidos conducen a una propuesta para la implementación de un protocolo de atención para el servicio de Terapia Física del PANARE, donde se mejore el sistema y los instrumentos para la recolección de datos que se utilizan actualmente. Con el fin de fortalecer el servicio y mejorar la eficacia en el tratamiento del Servicio de Terapia Física del PANARE, es importante considerar el desarrollo de un protocolo de intervención que permita uniformar criterios que faciliten la toma de decisiones y la mejora en el uso de la información sobre el usuario y su tratamiento.

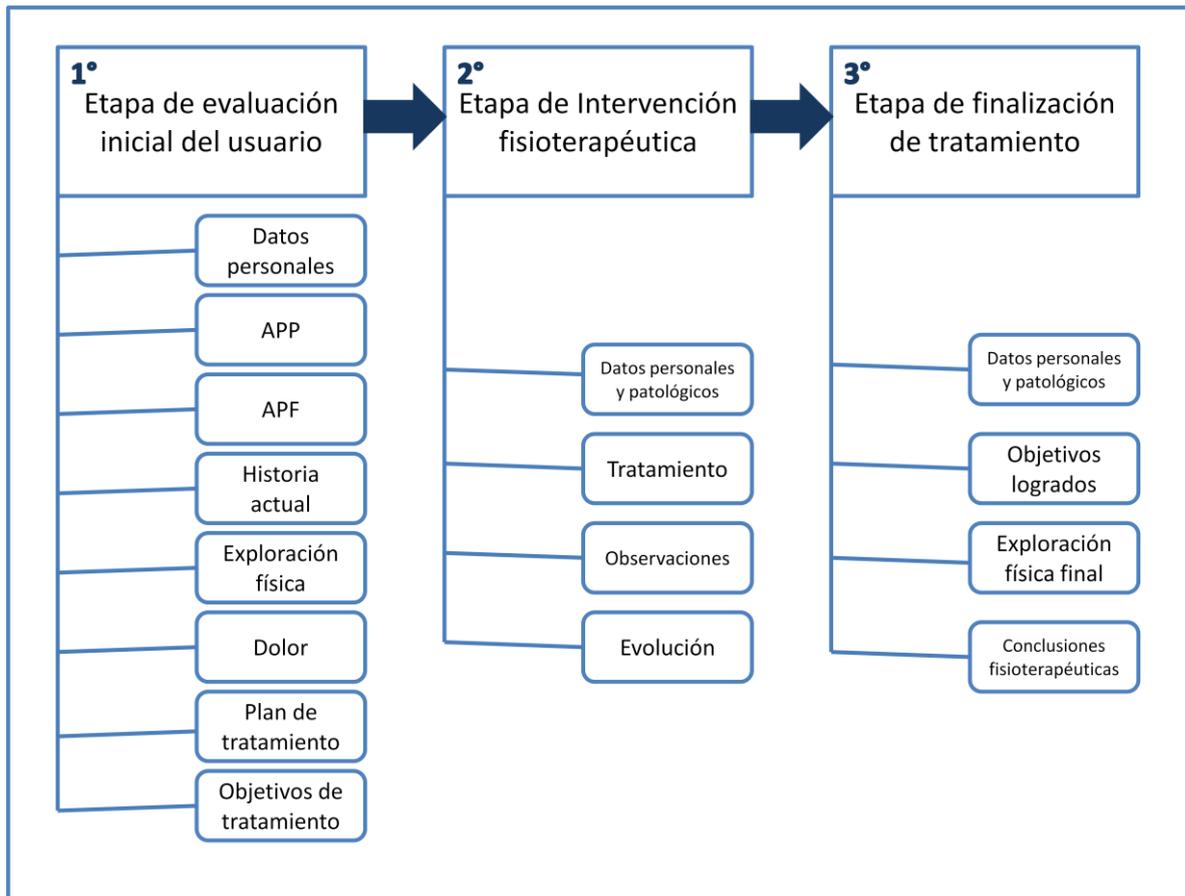
Se propone un procedimiento de evaluación inicial del usuario, seguido del establecimiento de un plan de tratamiento con objetivos fijados según la evaluación, que una vez implementado permita obtener resultados claros del avance o retroceso del usuario. Para esto, es necesario considerar estándares que por su manera de aplicación y uso sean factibles de medir, contabilizar y que permitan a su vez generar estadística para su respectivo análisis y que de estos datos se pueda tener evidencia probatoria para la toma de decisiones.

Debido a lo anterior se planteó una propuesta que pretende, estandarizar el método de recolección de datos del PANARE, mediante la elaboración de instrumentos con características integrales. Es importante resaltar que un correcto uso de los instrumentos de registro de la información en el área de Terapia Física del PANARE

proporciona evidencia documentada sobre la evolución de la relación salud – enfermedad con la atención al usuario.

A continuación se muestra el diagrama de la propuesta:

Ilustración 1. Diagrama de la propuesta de atención fisioterapéutica en el PANARE



Fuente: elaboración propia. Trabajo final de graduación. 2016

La propuesta se estructura en tres etapas:

La primera etapa se basa en la valoración inicial realizada en la primera cita de Terapia Física, en esta etapa se analizan los criterios que indica el médico tratante en su solicitud de Terapia Física, se establecen objetivos y en seguida un plan de tratamiento. En esta etapa también se incluye la autorización del usuario para que se le dé atención fisioterapéutica mediante la firma de un consentimiento informado.

La segunda etapa se refiere a la ejecución del plan de tratamiento y se denomina intervención fisioterapéutica, se basa en dar respuesta con agentes físicos y mecánicos a la solicitud del médico tratante, acorde con las necesidades del usuario una vez valorado por el servicio de Terapia Física.

Por último, la tercera etapa corresponde a la finalización del tratamiento. En esta fase se da de alta y se determina el avance, que ha tenido el usuario, así como sugerencias derivadas de la intervención y de la respuesta por parte del usuario.

El fisioterapeuta establecerá una valoración previa y diferenciada para cada usuario, emitirá el diagnóstico fisioterapéutico, que consistirá con el sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica de fisioterapia, en función de los cuales se planteará objetivos y metas terapéuticos, y en consecuencia diseñará un plan terapéutico.

Es esperable que en la práctica, aspectos de la propuesta deban ser variados, adaptándose a las necesidades particulares de cada entidad patógena atendida y que la posterior evaluación de la atención fisioterapéutica, genere cambios operativos. Por esta razón se habla de una propuesta de atención, a la cual es conveniente realizarle una validación, analizar constantemente y realizar las modificaciones pertinentes.

5.1.1 La cita de Terapia Física

La primera cita en el servicio de Terapia Física resulta ser la más importante, debido a que es la herramienta de los Terapeutas Físicos para determinar si el servicio posee la capacidad resolutive necesaria para suplir las necesidades del usuario de consulta externa.

Al necesitar del servicio de Terapia Física y contar con una referencia médica, el usuario deberá acudir a la secretaría del PANARE con el respectivo documento emitido que es la referencia de un hospital nacional de la CCSS en el horario de oficina de la institución que es de lunes a viernes de 7:15 am a 4:00 pm, para establecer el día y hora de su cita de valoración.

Según las características que debe tener una clínica de Terapia Física, de acuerdo con la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica (2010), la valoración que se realice tiene como propósito orientar al usuario de acuerdo con su resultado. Si la condición del usuario es susceptible de una mejoría sintomática

mediante tratamientos fisioterapéuticos, se le indicará el procedimiento a seguir, en caso contrario se realizará la respectiva contrarreferencia, que consiste en la repuesta que el prestador del servicio de salud, en este caso el PANARE, da al remitente que solicitó el servicio.

5.1.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión que figura determinante para recibir tratamiento en el departamento de Terapia Física del PANARE es principalmente que la condición de salud del usuario se encuentre dentro del listado de procesos susceptibles de atención fisioterapéutica y que tenga una referencia médica emitida por un médico de la CCSS.

Cuadro 9. Listado de procesos/patologías susceptibles de intervención fisioterapéutica en el departamento de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación

Aparato locomotor
Reumatismos inflamatorios. Lesiones músculo-tendinosas. Capsulitis articulares. Secuelas de inmovilizaciones reversibles tales como: atrofas por desuso, edema, otros.
Lesiones traumáticas y ortopédicas
Lesiones traumáticas, musculares, tendinosas, articulares y nerviosas sobre cualquier segmento corporal, incluyendo la columna vertebral. Intervenciones pre y posquirúrgicas en el aparato locomotor (siempre en plazos adaptados a las posibilidades de la institución).
Enfermedades neurológicas
Enfermedades del sistema nervioso central con reagudizaciones y procesos asociados susceptibles de mejoría a corto plazo. Enfermedades del sistema nervioso periférico y procesos asociados susceptibles de mejoría a corto plazo. Lesiones de nervio periférico y plexo. En tanto existan posibilidades de reinervación o de mejorar la compensación por otros grupos musculares.
Alteraciones posturales
Alteraciones posturales moderadas o graves que pueden o no estar en tratamiento ortopédico, tales como: cifosis, escoliosis, hiperlordosis, genu varo, genu valgo, entre otras.
Algias vertebrales
Enfermedades linfáticas
Procesos que NO SON SUSCEPTIBLES de intervención fisioterapéutica en consulta externa del PANARE: traumatismos craneoencefálicos, lesiones medulares, tumores cerebrales, parálisis cerebral (tratamientos por largos periodos) y patología osteoarticular degenerativa crónica.

Fuente: Elaboración propia a partir de listado de patologías susceptibles de atención de Sala de Terapia Física: características de un espacio docente-asistencial. UCR. 2010

Como criterios de exclusión figura la posibilidad de no existir un consentimiento del usuario para aplicar el tratamiento propuesto. Que la familia u otros cuidadores no presten su colaboración cuando esta resulta imprescindible para lograr los objetivos de tratamiento y por último, si la condición de la persona no cumple con los criterios de inclusión.

En cuanto al listado de procesos susceptibles a ser atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE, se recomienda trabajar con patologías simples, referidas como parte del primer nivel de atención en salud, esto principalmente porque con las características propias del servicio, como el recurso humano y el recurso material, al existir infinidad de patologías y complicaciones de las mismas, a muchas no se les lograría dar una resolución completa, exceptuando casos crónicos, debido a la falta de recursos como el tipo de equipo fisioterapéutico disponible, profesionales en Terapia Física y la existencia de personal de apoyo como un profesional en registros médicos, asistentes de pacientes y personal de limpieza. El atender casos que no se encuentren en el listado, generaría un deterioro en el sistema debido a que el usuario pasaría a tener una condición de reincidencia y atascaría el sistema.

5.1.2 Actividades de intervención fisioterapéutica

Las actividades de intervención fisioterapéutica estarán basadas en el plan de tratamiento, el cual se deberá establecer el día de la cita de valoración (o cita inicial), una vez que el Terapeuta Físico evaluador lo considere como candidato susceptible para recibir el tratamiento en la institución y que mediante el mismo se logre mejorar su estado de salud.

El tratamiento e intervención fisioterapéutica se hará de acuerdo con los recursos y posibilidades disponibles en la institución, bajo las siguientes técnicas: cinesiterapia, hidroterapia, masoterapia, termoterapia superficial, termoterapia profunda, crioterapia, electroterapia, indicaciones para el auto-cuidado y actividades complementarias. Dicho tratamiento deberá ser anotado en la hoja de evaluación diaria del usuario, procurando que el tipo y aplicación del tratamiento sean los adecuados para la persona consultante. Cada día de consulta (o en cada cita) del usuario se deberá anotar de manera clara el avance del usuario en su tratamiento.

El tratamiento deberá poseer las siguientes características:

- Ser constante durante las citas fisioterapéuticas siempre y cuando los avances y resultados del usuario sean perceptibles y se encuentren acorde a los objetivos de tratamiento.
- Deberá contener al menos tres de las técnicas de tratamiento fisioterapéutico disponibles en la institución. En caso de no poder llevar esta directriz a cabo, las razones deben quedar documentadas en el expediente.
- Deberá procurar un avance mínimo en cada sesión de tratamiento y dejarlo documentado.

5.1.3 Finalización de la intervención fisioterapéutica

El concepto de finalización de tratamiento o intervención fisioterapéutica, que consiste en la repuesta que el prestador del servicio de salud, en este caso el PANARE, da al remitente que solicitó el servicio, se espera que sea, en el mejor de los casos, debido al cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del tratamiento. Sin embargo, el tratamiento puede ser interrumpido o finalizado por distintas causas, tales como:

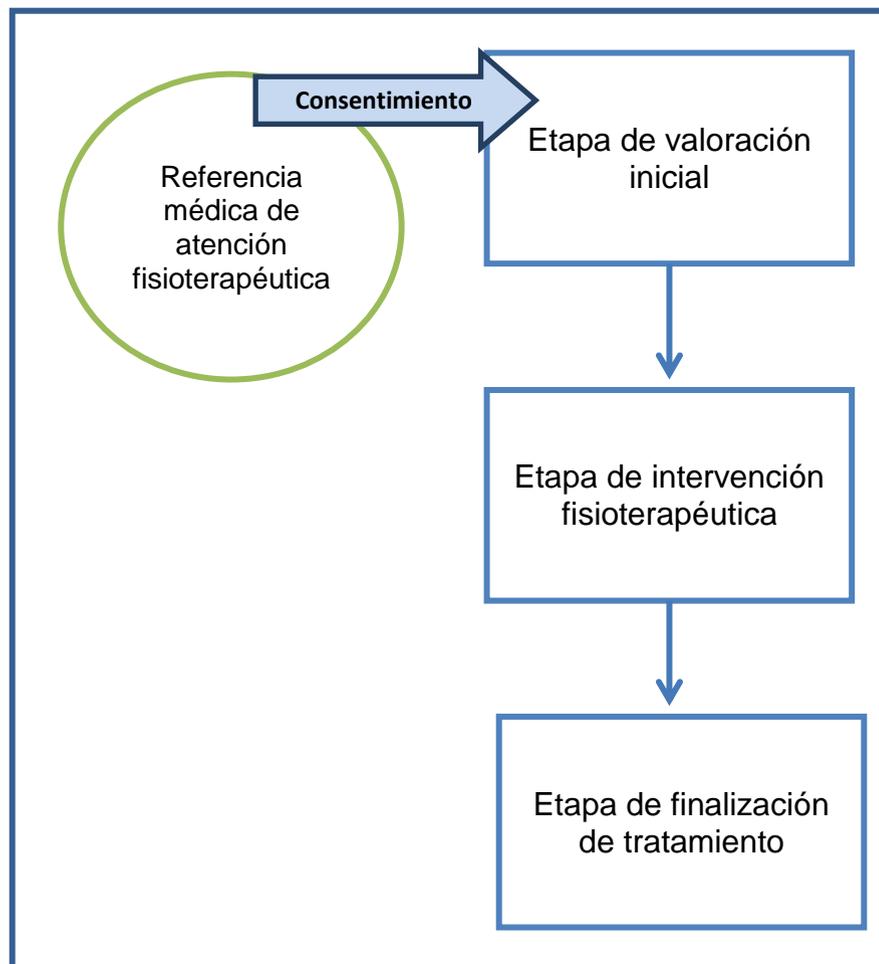
- Referencia a otro nivel de atención en salud.
- Aparición de efectos adversos que superen los efectos beneficiosos.
- Ausencias no justificadas de forma repetida por parte de la persona a su tratamiento.

Para llevar a cabo una adecuada finalización del tratamiento, el Terapeuta Físico deberá hacer una valoración final de usuario y compararla con los hallazgos de la condición inicial con la que se presentó el usuario. De esta manera además de medir su evolución, se tendrá un criterio íntegro para generar estadística respecto al abordaje fisioterapéutico realizado.

Con el afán de estructurar de manera más adecuada la propuesta, así como estandarizar la recolección y la estadística de los datos, que permita crear estadísticas adecuadas para la generación de evidencia que favorezca la toma de decisiones, se incluye la opción de aplicar los lineamientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud establecida por la OMS en colaboración con la OPS en su décima revisión.

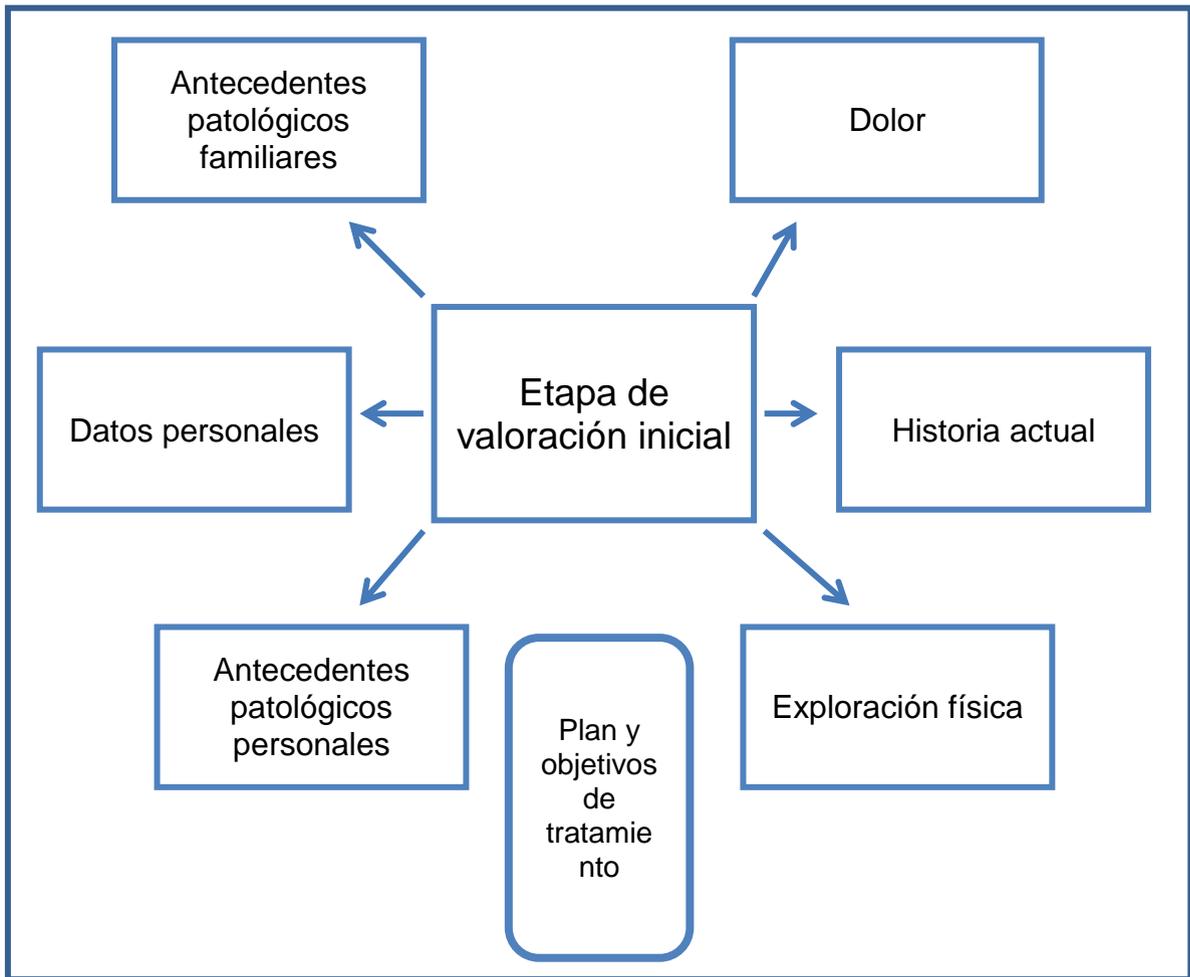
Las siguientes ilustraciones representan la estructura general de la propuesta de atención fisioterapéutica para el servicio de Terapia Física del PANARE, con el objetivo de facilitar su comprensión. Las ilustraciones se muestran en el orden que se espera sean usados los instrumentos.

Ilustración 2. Estructura general de la propuesta de atención fisioterapéutica en el PANARE



Fuente: elaboración propia. 2016

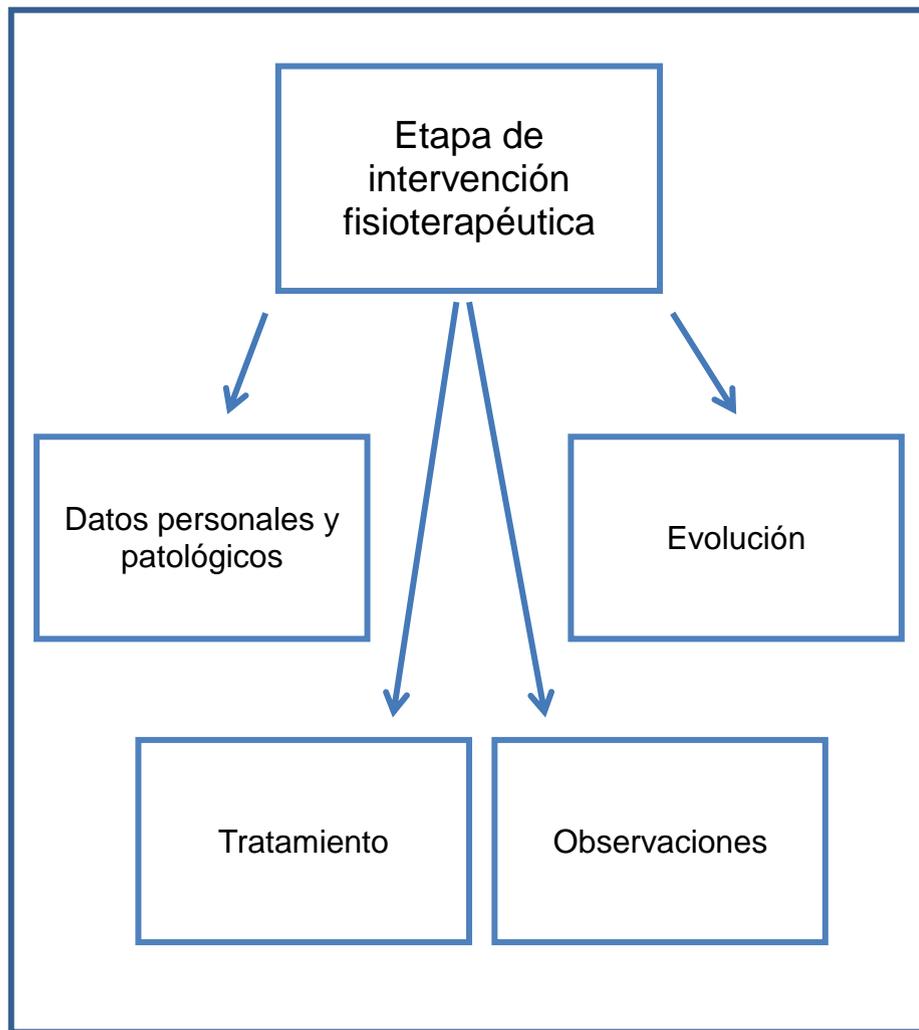
Ilustración 3. Etapa de valoración inicial



Fuente: elaboración propia. 2016

La ilustración 3 muestra los principales datos que, se espera, se encuentren presentes en la valoración inicial de los usuarios. De esta valoración se genera el plan de tratamiento y los objetivos del mismo. Por una parte, el plan de tratamiento se forja con el fin de mantener una homogeneidad en el uso de los agentes físicos seleccionados y aplicados. Por otra parte, los objetivos, además de servir de estímulo para el usuario, sirven como dato cuantificable y estadístico del servicio y atención brindados al usuario, además permiten fortalecer un sistema de registro que sea confiable y adecuado a los intereses de la institución.

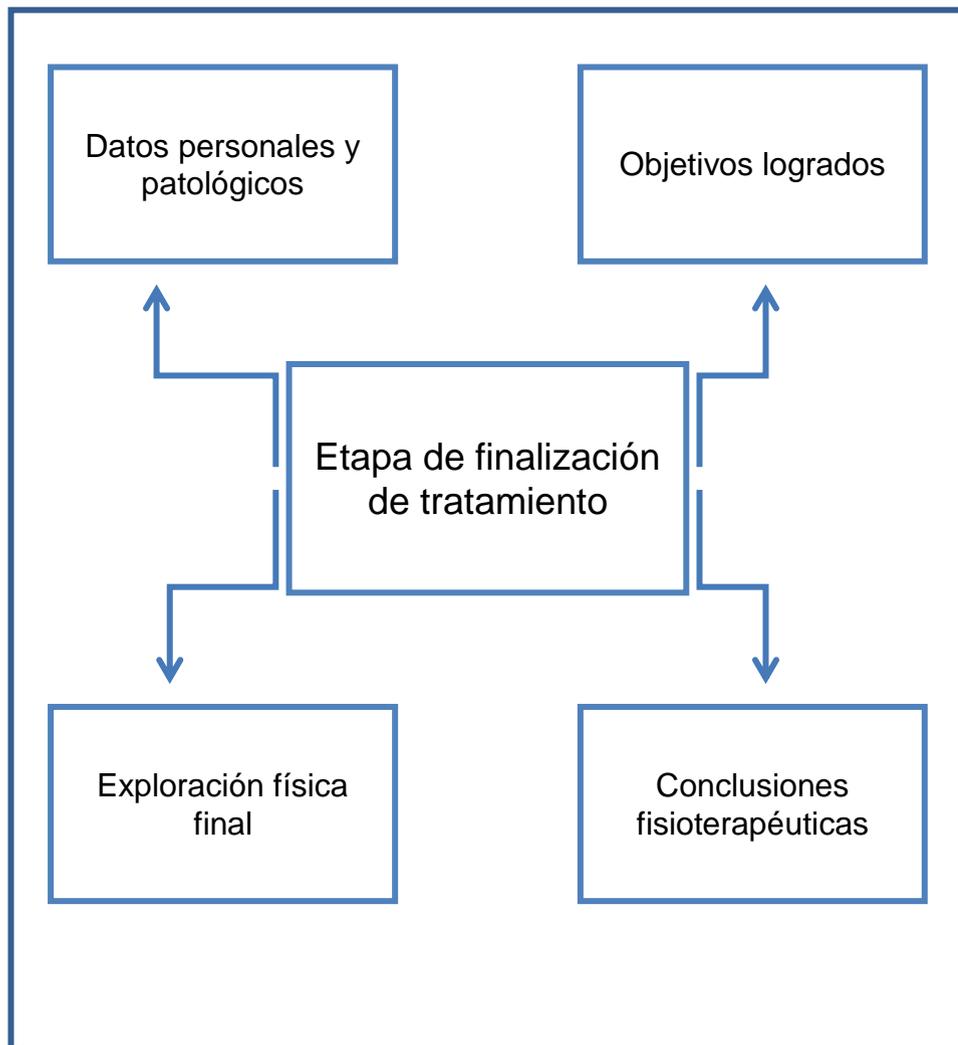
Ilustración 4. Etapa de intervención fisioterapéutica



Fuente: elaboración propia. 2016

En la ilustración 4 se muestran las principales características que se incluyen en la etapa de intervención fisioterapéutica, donde figuran aspectos claves como lo es la evolución del usuario, dato que facilita la elección del tratamiento fisioterapéutico y hace que esta sea la más acertada para su bienestar.

Ilustración 5. Etapa de finalización de tratamiento



Fuente: elaboración propia. 2016

Por último se encuentra la ilustración 5 que representa la etapa de finalización de tratamiento, donde se resaltan aspectos claves como lo son: la exploración física y los objetivos del tratamiento, resultados que permiten ser comparativos, lo cual arroja datos claros y concisos de la efectividad del servicio brindado a los usuarios y pueden permitir una toma de decisiones acertadas.

A continuación se proponen los instrumentos de llenado para el servicio de Terapia Física del PANARE, donde se espera contemplar las tres etapas definidas anteriormente.

5.1.4 De la primera etapa: valoración inicial

Ilustración 6. Anamnesis de valoración fisioterapéutica

I. DATOS PERSONALES			Fecha:
Nombre:			Cédula:
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:	Teléfono:
Domicilio:		Ocupación:	Estado civil:
		→ Posición:	
Diagnóstico Médico:			
Diagnóstico Fisioterapéutico:			
Cód. CIE 10:			
II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemias <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Medicamentos utilizados:			
1.	Cantidad:	Frecuencia:	
2.	Cantidad:	Frecuencia:	
3.	Cantidad:	Frecuencia:	
4.	Cantidad:	Frecuencia:	
Antecedentes quirúrgicos:			
Fracturas:			
III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES			
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipidemias <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____			
IV. ESTILOS DE VIDA			
<input type="checkbox"/> Tabaco # _____ <input type="checkbox"/> Alcohol # _____ <input type="checkbox"/> Drogas Tipo: _____ Duerme bien: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por qué: _____			
Nivel de Estrés: ningún estrés 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho estrés			

Actividad Física:	Sí realiza <input type="checkbox"/> Tipo: _____ # Días: ____ Tiempo: ____min	No realiza <input type="checkbox"/>
-------------------	---	-------------------------------------

V. HISTORIA ACTUAL

VI. DOLOR

Aparición:

Localización:

Intensidad:

Frecuencia:

Irradiación:

Características:

Analgesia:

VII. EXPLORACIÓN FÍSICA

EMM Goniometría Evaluación Postural Evaluación de la Marcha

Pruebas Funcionales realizadas: _____

Circunferencia de la zona a tratar _____cm

VIII. OBSERVACIONES

Firma del evaluador : _____

Fuente: elaboración propia a partir de instrumentos de la sala de Terapia Física de la UCR. 2016

Dentro de la primera etapa, de valoración inicial, también se incluye el plan de tratamiento fisioterapéutico, cuya propuesta se ilustra a continuación.

Ilustración 7. Plan de tratamiento fisioterapéutico

I. DATOS PERSONALES			Fecha:
Nombre:			Cédula:
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:	Teléfono:
Diagnóstico Médico:			
Diagnóstico Fisioterapéutico:			Cód. CIE 10:
Nº de sesiones asignadas:			
Fecha de finalización de tratamiento:			
II. Objetivos de tratamiento			
•			
•			
•			
•			
III. Metas de tratamiento			
•			
•			
•			
•			
IV: Plan de tratamiento sugerido			
Firma del evaluador : _____			

Fuente: elaboración propia. 2016

5.1.5 De la segunda etapa: intervención fisioterapéutica

Ilustración 8. Intervención fisioterapéutica: control del tratamiento

I. DATOS PERSONALES			Fecha:
Nombre:			Cédula:
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:	
Diagnóstico Médico:			
Diagnóstico Fisioterapéutico:			Cód. CIE 10:
II. CONTROL DE EVOLUCIÓN			
Nº de la sesión: _____		Fecha de la sesión: _____	
Condición de ingreso	Condición de egreso	Tratamiento	Observaciones
END: _____ <u>Hallazgos</u>	END: _____ <u>Hallazgos</u>	<input type="checkbox"/> Estímulos eléctricos <input type="checkbox"/> Agentes físicos <input type="checkbox"/> Terapia manual <input type="checkbox"/> Ejercicios <input type="checkbox"/> Recomendaciones para el hogar	
		Descripción:	
Firma del evaluador : _____			

Fuente: elaboración propia. 2016

5.1.6 De la tercera etapa: finalización de tratamiento

Ilustración 9. Finalización de tratamiento

I. DATOS PERSONALES			Fecha:
Nombre:			Cédula:
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:	Teléfono:
Diagnóstico Médico:			
Diagnóstico Fisioterapéutico:			Cód. CIE 10:
II. OBJETIVOS LOGRADOS			
•			
•			
•			
•			
III. METAS ALCANZADAS			
•			
•			
•			
•			
IV. EXPLORACIÓN FÍSICA FINAL			
<input type="checkbox"/> EMM <input type="checkbox"/> Goniometría <input type="checkbox"/> Evaluación Postural <input type="checkbox"/> Evaluación de la Marcha			
Pruebas Funcionales realizadas: _____			

V. CONCLUSIONES FISOTERAPÉUTICAS FINALES			
Firma del evaluador : _____			

Fuente: elaboración propia. 2016

5.1.7 Complementos de la valoración inicial

En seguida se muestran instrumentos extra que se utilizaran como complemento de la valoración fisioterapéutica inicial para posteriormente continuar con el establecimiento de un plan de tratamiento más acertado.

La primer herramienta que se utilizará y figura ser de carácter obligatorio, consiste en llenar y firmar el consentimiento informado, un documento donde el usuario acepta la intervención fisioterapéutica que se le va a realizar y la comprende, además acepta que sea el Terapeuta Físico asignado del PANARE quien trabaje con él.

Otras herramientas se utilizaran cuando la valoración inicial precise de datos exactos, bajo las siguientes consideraciones:

- El Examen Manual Muscular (EMM) se aplicará al encontrar patologías que estén afectando el sistema muscular directamente, el componente motor de los nervios o algún otro aspecto relacionado por el cual el Terapeuta Físico considere de relevancia la valoración de la fuerza muscular.
- La goniometría se aplicará para patologías donde se encuentre comprometido el rango de movimiento articular independientemente de la causa, incluye patologías de tipo reumatológicas, ortopédicas, neurológicas y otras por las que el Terapeuta Físico crea importante el examen.
- La valoración de la marcha y de la postura se realizará en patologías en las que se encuentre afectado el control motor o nervioso de la marcha o de la postura, afectaciones del sistema vestibular, esquelético y cualquier otra patología relacionada según el criterio del Terapeuta Físico.

Relacionado a la evaluación de la marcha

Ilustración 12. Evaluación de la Marcha

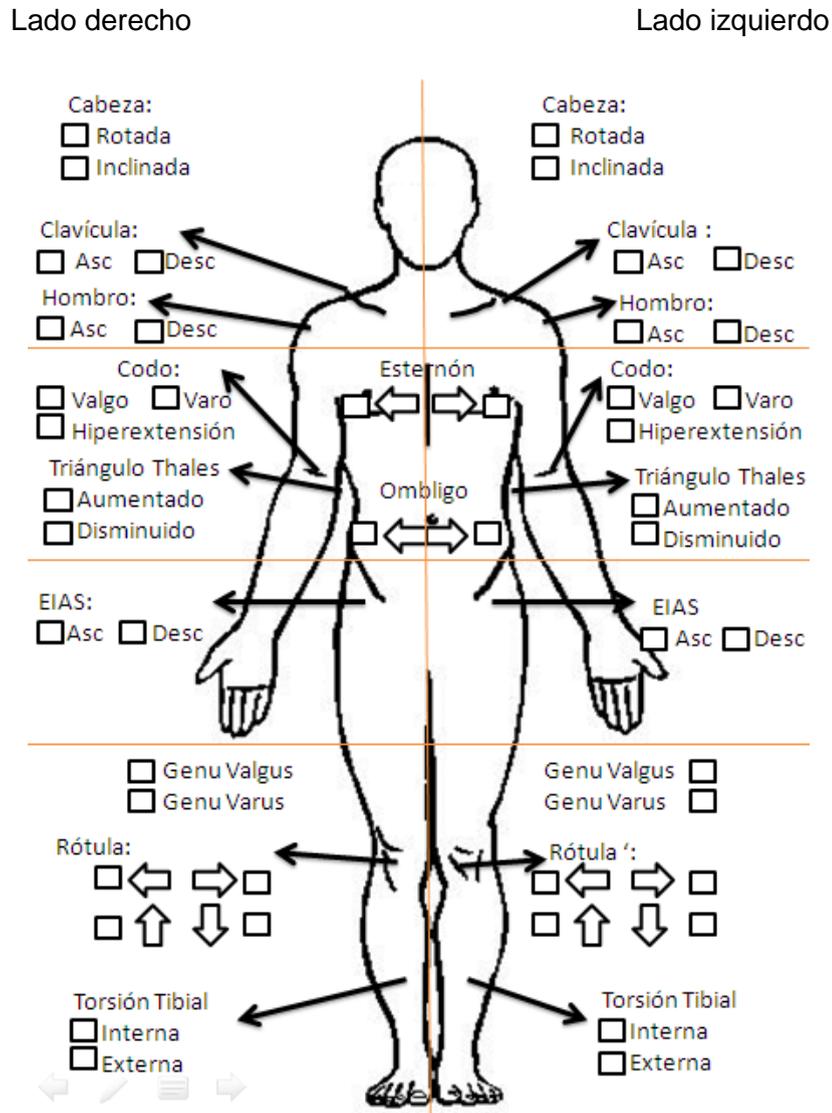
I. DATOS PERSONALES			Fecha:		
Nombre:			Cédula:		
Sexo:	Edad:	Nacionalidad:	Teléfono:		
Diagnóstico Médico:					
Diagnóstico Fisioterapéutico:			Cód. CIE 10:		
II. Ciclos de la marcha					
			Los realiza	Sí	No
1. Zancada					
2. Fase de apoyo					
a. Fase de contacto inicial					
b. Fase inicial de apoyo					
c. Fase de apoyo medio					
d. Fase final de apoyo					
e. Fase previa a la oscilación					
III. Otras acciones durante la marcha					
Acción de		Lo realiza	Sí	No	
1. Algunas variaciones o múltiples intentos para iniciar					
2. Siempre hay un pie en contacto con el suelo					
3. Se realiza el apoyo inicial de solo talón con cada pie					
4. Pierna/pie derecho realiza el ciclo talón – planta – punta					
5. Pierna/pie izquierdo realiza el ciclo talón – planta – punta					
6. Las caderas se mueven en el plano horizontal (adelante – atrás)					
7. las caderas se mueven en el plano vertical (de arriba – abajo)					
8. Se da el movimiento del brazo hacia adelante simultáneamente al adelantamiento de la pierna opuesta.					
9. Torsión del tronco para compensar el avance de las caderas.					
10. La longitud de los pasos (derecho e izquierdo) es igual					
11. Los pasos parecen continuos					

12. Paradas entre los pasos		
13. Desviación grave de la trayectoria		
14. Balanceo marcado al caminar		
15. Amplia base de sustentación		
16. Claudicación al caminar		
17. Usa ayudas técnicas para caminar		
IV. Postura vertebral al caminar		
	La presenta	No
1. Rectificación cervical		
2. Rectificación dorsal		
3. Rectificación lumbar		
4. Hipercifosis		
5. Hiperlordosis		
6. Escoliosis		
Impresiones fisioterapéuticas		
Firma del observador: _____		

Fuente: elaboración propia. 2016

Con relación a la valoración de la postura, se utilizarán los siguientes instrumentos.

Ilustración 13. Evaluación postural. Vista anterior



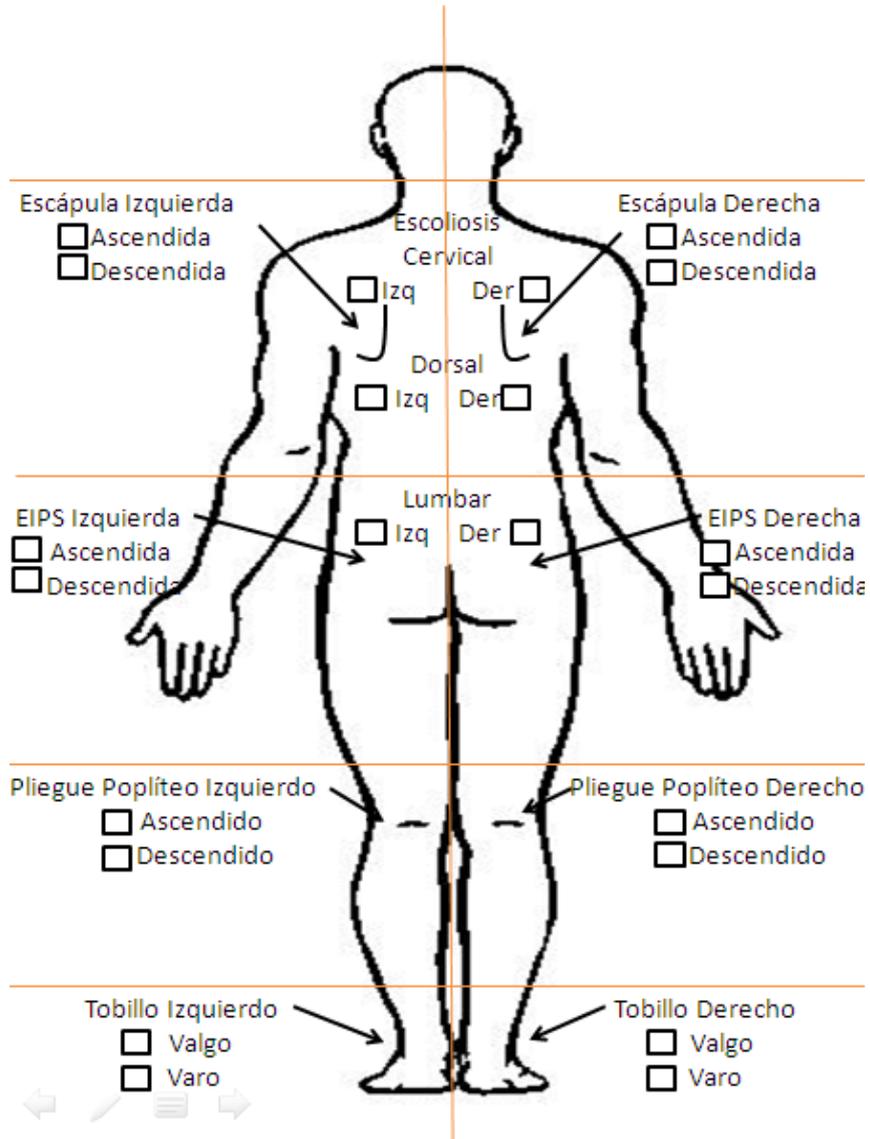
Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de evaluación postural utilizado en la sala de Terapia Física de la Escuela de Tecnologías en Salud. Universidad de Costa Rica. 2016

Observaciones:

Ilustración 14. Evaluación postural. Vista Posterior

Lado derecho

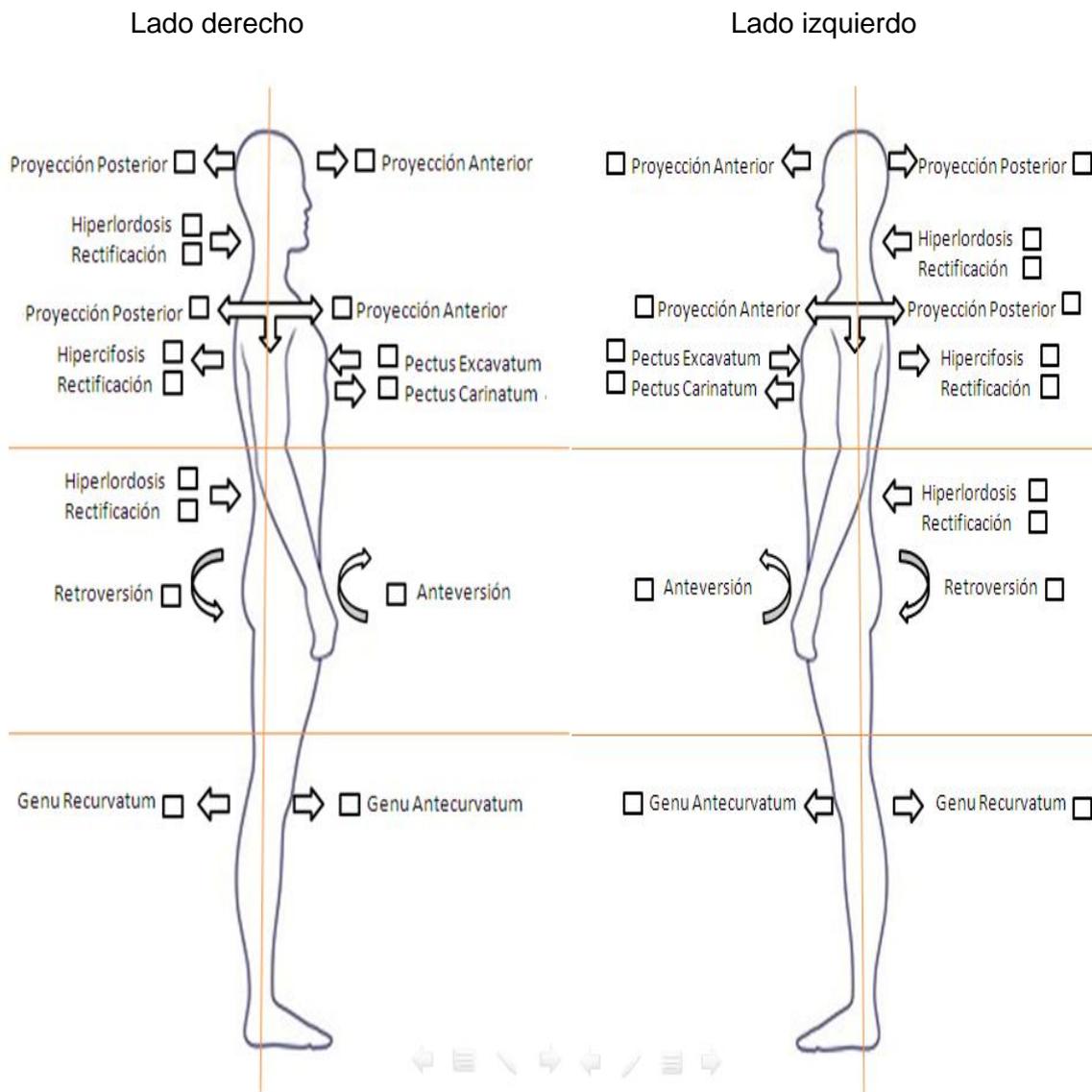
Lado izquierdo



Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de evaluación postural utilizado en la sala de Terapia Física de la Escuela de Tecnologías en Salud. Universidad de Costa Rica. 2016

Observaciones:

Ilustración 15. Evaluación postural. Vista lateral



Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de evaluación postural utilizado en la sala de Terapia Física de la Escuela de Tecnologías en Salud. Universidad de Costa Rica. 2016

Observaciones:

Respecto al consentimiento informado.

Ilustración 16. Fórmula de consentimiento informado

He comprendido, toda la información y procedimientos respecto a mi condición de salud realizada durante esta evaluación, antes de firmar el consentimiento. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a recibir tratamiento de atención fisioterapéutica en el Patronato Nacional de Rehabilitación por el Terapeuta Físico:

Antes de dar su autorización para recibir tratamiento fisioterapéutico, usted debe haber hablado con el Terapeuta Físico a cargo de su tratamiento y él/ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información en adelante, puede obtenerla llamando al Patronato Nacional de Rehabilitación al teléfono 2282 6047 en el horario de lunes a viernes de 7:00am a 4:00pm.

Nombre	Cédula	Firma	Fecha
--------	--------	-------	-------

Nombre del terapeuta	Cédula	Firma	Fecha
-------------------------	--------	-------	-------

Última línea

Al llevar a cabo esta propuesta y establecerse, de manera inicial el Terapeuta Físico podrá percibir un gran cambio en la cantidad y tipo de llenado debido a que difiere, principalmente en cantidad y método, al que se utiliza en la actualidad en el PANARE. Sin embargo, se espera que con la práctica y el conocimiento para aplicar los instrumentos propuestos, se logren agilizar los procesos.

A largo plazo, al obtener la información del usuario, completa y organizada con estándares y cánones definidos, las acciones de estadística anual del servicio serán más fiables debido a la disminución del sesgo que generan instrumentos que no aportan todos los datos requeridos.

5.2 Instructivo de llenado de datos de la propuesta de atención en el servicio de consulta externa de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación

El presente instructivo está basado en los instrumentos realizados y en el instructivo de llenado que se utiliza en la sala de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica. Pretende ser una herramienta de consulta y apoyo en el uso del consentimiento informado y de los instrumentos de anamnesis de valoración fisioterapéutica, plan de tratamiento fisioterapéutico, intervención fisioterapéutica y finalización de tratamiento en el PANARE, que precise el método de la aplicación de los mismos. Fue diseñado para que se realice el reconocimiento de los datos que se deben incluir y se omitan los que no son necesarios o los que puedan generar sesgo de información.

5.2.1 Indicaciones generales

Los expedientes son un conjunto de documentos y datos de tipo legal y administrativo, razón por la cual al ser confidencial, no debe salir de la institución (PANARE).

Es de carácter obligatorio que el documento sea llenado en letra imprenta con lapicero de tinta color azul, que no existan tachones o marcas hechas adrede sobre la escritura, está completamente prohibido el uso de corrector. En caso de errores no intencionales se debe hacer la nota aclaratoria y proseguir con los datos correctos.

Resulta indispensable que sea el Terapeuta Físico quien aplique los instrumentos a los usuarios y llene los documentos. Por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia el usuario llenará sus propios documentos de valoración – evaluación fisioterapéutica. En caso de que el usuario no comprenda la pregunta, el Terapeuta Físico evaluador deberá buscar sinónimos de jerga coloquial para explicarse de mejor manera

En los ítems de los instrumentos de registro de datos, que así lo necesiten, deberá seleccionarse la casilla por medio de una “x”.

A continuación se definen los datos con los que se espera se llenen cada uno de los espacios en blanco de los instrumentos elaborados en la propuesta de atención fisioterapéutica para el PANARE.

5.2.1 Requisitos para la aplicación

Es necesario poseer una copia de los instrumentos a llenar, haber leído y comprendido de manera adecuada este instructivo, siguiendo el siguiente orden.

1. Consentimiento informado.
2. Anamnesis de valoración fisioterapéutica.
3. De acuerdo al criterio del Terapeuta Físico y relacionado a la condición del usuario, se debe aplicar los instrumentos de valoración adicionales para obtener una mejor valoración fisioterapéutica.
4. Plan de tratamiento fisioterapéutico.
5. Una vez definido el plan de tratamiento fisioterapéutico, se procede a llevarlo a cabo en el proceso de intervención fisioterapéutica teniendo un control de la evolución del usuario, en cada sesión.
6. Luego de haber recibido la cantidad total de sesiones fisioterapéuticas asignadas, el día de la consulta final se aplica el instrumento de finalización de tratamiento.

5.2.2 Sección anamnesis de valoración fisioterapéutica

Los datos con los que se debe llenar cada parte de este instrumento se exponen en seguida.

Cuadro 10. Llenado de datos de la sección anamnesis de valoración fisioterapéutica

Campo	Descripción
Nombre	Es el nombre completo del usuario como lo indica su carné de seguro social. En el orden: primer apellido, segundo apellido y nombre. Ejemplo: Arias Barboza Cristina.
Fecha	La fecha del día que se está realizando la anamnesis. Se debe emplear dos dígitos para el día y el mes y cuatro dígitos para el año: dd/mm/aaaa. Ejemplo: 14/07/2016
Cédula	Es el número de cédula de identidad, incluye todos los números "0" presentes en el documento oficial. Para separar los números se usarán guiones. Ejemplo: 1-7429-0557
Sexo	Masculino o femenino, según lo indique su cédula de identidad. Se indicará con la letra "M" cuando se refiere a masculino y con la letra "F" para femenino.
Edad	La edad en años cumplidos al día de la valoración. Se deberá anotar dos cifras en cada caso. Ejemplo: 09 años, 37 años
Nacionalidad	País en el que nació el usuario, tal y como lo indique su cédula de identidad (o de residencia).
Teléfono	El número de teléfono con el que se contacte con mayor facilidad al usuario, separado con guiones cada dos cifras. Ejemplo: 82-14-98-11
Domicilio	Lugar donde vive la mayor parte de los días en que asiste a Terapia Física el usuario. Se debe incluir provincia,

cantón y distrito. Ejemplo: San José. Santa Ana. Pozos.

Ocupación / posición A que se dedica el usuario la mayor parte de su tiempo y en qué posición física lo hace predominantemente.

Estado civil La condición civil actual del usuario al día de su consulta.

Diagnóstico médico La condición de envío del usuario, tal y como lo indica la referencia médica con la que se presenta el usuario.

Diagnóstico fisioterapéutico Luego de una evaluación física de la condición general del usuario, se emite un diagnóstico desde la perspectiva del Terapeuta Físico.

Cód. CIE-10 El Terapeuta Físico, basado en la lista de patologías emitidas en el CIE-10, elige el código que mejor se adapte a la condición del usuario. En caso de que la patología no se encuentre codificada, debe seleccionar el código más genérico relacionado al padecimiento.
Ejemplo: M17.0

Antecedentes patológicos personales Son las patologías de mayor importancia que padece el usuario y que han sido diagnosticadas por un médico. Deberá seleccionarse con una equis “x” la casilla o casillas que corresponden a condiciones patológicas que presenta el usuario.

Medicamentos utilizados Se refiere a los medicamentos que utiliza el usuario actualmente al día de la valoración y que han sido indicados por un médico. Se deberá anotar el nombre del medicamento y la dosis respectiva.
Ejemplo: carbamazepina (10mg una vez al día).

Antecedentes quirúrgicos Son las cirugías de cualquier tipo que se le hayan realizado al usuario previo a la atención fisioterapéutica. Se debe anotar el tipo de cirugía, la zona anatómica (de ser necesaria) y la fecha de la misma.
Ejemplo: colecistectomía (abril, 2004)

Fracturas Son las fracturas de huesos que haya sufrido el usuario previo al tratamiento fisioterapéutico por el que consulta. Debe indicarse el tipo de fractura, zona anatómica y fecha en que ocurrió. Se debe señalar la existencia de osteosíntesis. Ejemplo: Fx tercio distal radio derecho (diciembre, 2007)

Antecedentes patológicos familiares Son las patologías de mayor importancia que padecen familiares de consanguinidad de línea directa del usuario. Deberá seleccionarse con una equis “x” la casilla o casillas que corresponden a condiciones patológicas que presenta el usuario.

Estilos de vida

Tabaco Se marca con una equis “x” si se da el uso de tabaco y en la línea continua se indica cantidad/frecuencia.

Alcohol Se marca con una equis “x” si se da el consumo de alcohol y en la línea continua se indica cantidad/frecuencia.

Drogas Se marca con una equis “x” si se da el consumo de drogas y en la línea continua se indica el tipo, así como cantidad/frecuencia.

Duerme bien En las casillas de al lado se marca si el usuario duerme bien, contiguo se anota las posibles razones, así como la cantidad y calidad del sueño.

Nivel de estrés Se marca con una equis “x” el nivel de estrés que posee el usuario donde cero no representa ningún estrés y diez se refiere a mucho estrés.

Actividad física Se marca con una equis “x” si realiza o no actividad física, de realizar se indica el tipo, la frecuencia en número de días y el tiempo en minutos que el usuario realiza la actividad cada vez.

Historia actual	Se describe los signos y síntomas de la condición actual de salud del usuario basado en el diagnóstico fisioterapéutico. Debe contener los siguientes aspectos: motivo de consulta, fecha, mecanismo de lesión, medidas realizadas (asistencia a médicos, terapias alternativas, etc.)
Dolor	<p>Aparición: se refiere al momento en fecha y razón de la aparición del dolor. Ejemplo: sobreesfuerzo al levantar un objeto (16/05/2014).</p> <p>Localización: se refiere al lugar del cuerpo del usuario donde se encuentra el dolor. Ejemplo: lado medial de pierna izquierda.</p> <p>Intensidad: del 1 al 10 donde uno es el dolor mínimo y diez el máximo, que calificación le da al dolor actual. Ejemplo: 07/10 END</p> <p>Frecuencia: se refiere a la frecuencia con la que se presenta el dolor en el usuario. Ejemplo: todas las noches.</p> <p>Irradiación: es si el dolor actual suele irradiar y si es así, hacia donde lo hace. Ejemplo: sí, con irradiación a glúteo derecho.</p> <p>Características: son las características actuales del dolor del usuario. Ejemplo: es tipo punzón durante las mañanas y quemante por las noches.</p> <p>Analgesia: se refiere a que cosas, situaciones o razones hacen que el usuario presente analgesia al dolor. Ejemplo: al elevar las piernas.</p>
Exploración física	Deberá anotarse todos los hallazgos obtenidos de la evaluación fisioterapéutica. Se marca con una equis “X” las pruebas de exploración física que el Terapeuta Físico le va a realizar al usuario para determinar o comprobar su patología, así como las pruebas funcionales realizadas y la circunferencia de la zona a tratar. La especificidad de estos datos se anota en la hoja de control de la evolución del usuario en los campos de la sesión primera.
Observaciones	Si existe alguna observación adicional destacada.

Fuente: elaboración propia. 2016

5.2.3 Sección plan de tratamiento fisioterapéutico

En esta sección se elabora el plan de tratamiento con el que se va a trabajar durante la intervención fisioterapéutica.

Los datos iniciales de identificación del usuario deben ser llenados exactamente igual en cada instrumento, por lo que los datos de nombre, fecha, cédula, sexo, edad, nacionalidad, teléfono, diagnóstico médico, diagnóstico fisioterapéutico, y código CIE-10, se llenan de igual forma como lo indica el apartado de “sección anamnesis de valoración fisioterapéutica”.

Los demás datos se explican a continuación.

Cuadro 11. Llenado de datos de la sección plan de tratamiento fisioterapéutico

Campo	Descripción
N° de sesiones asignadas	Son la cantidad de sesiones fisioterapéuticas a las que asistirá el usuario y que fueron determinadas previamente por el médico tratante. Se anota en números ordinales. Ejemplo: 10 sesiones
Fecha de finalización de tratamiento	De acuerdo a las fechas que le fueron asignadas las citas de consulta fisioterapéutica, se anota la última fecha que se espera que el usuario asista a tratamiento. Empleando dos dígitos para el día y el mes y cuatro dígitos para el año: dd/mm/aaaa. Ejemplo: 25/02/2007
Objetivos de tratamiento	Se refiere a las expectativas de tratamiento que tienen el usuario y el Terapeuta Físico, esto es, las mejorías que se espera obtener en la situación de salud del usuario. Ejemplo aliviar el dolor al caminar.
Metas de tratamiento	Se relacionan directamente con los objetivos de tratamiento pero establecidas por el Terapeuta Físico con el uso de datos que sean medibles o contables. Tales metas inician con un verbo en infinitivo. Ejemplo: mejorar la fuerza muscular del bíceps dos puntos, hasta alcanzar 3+.

Fuente: elaboración propia. 2016

5.2.4 Sección de intervención fisioterapéutica: control de tratamiento

Este apartado incluye los datos de identificación del usuario: nombre, fecha, cédula, sexo, edad, nacionalidad, teléfono, diagnóstico médico, diagnóstico fisioterapéutico, y código CIE-10, de igual forma que en los instrumentos anteriores.

Los demás datos, que se encuentran bajo el apartado control de evolución, se proceden a completar así.

Cuadro 12. Llenado de datos de la sección intervención fisioterapéutica: control de tratamiento

Campo	Descripción
N° de sesión	Se refiere a cuantas veces ha asistido el usuario a recibir tratamiento fisioterapéutico, Una vez, dos veces, tres veces, etc., correspondiente al número de sesión. Se utilizan números ordinales con dos cifras. Ejemplo: 03
Fecha	Es la fecha en la que está recibiendo la sesión de tratamiento fisioterapéutico. Se utilizan dos dígitos para el día y el mes y cuatro dígitos para el año: dd/mm/aaaa. Ejemplo: 03/09/2016.
Condición de ingreso / Condición de egreso.	Se anota lo que narre el usuario respecto a su condición de salud tanto al momento de su llegada, como al momento de finalizar su sesión del día. Debe incluir los cambios que refiere el usuario tener en su condición de salud por la que está siendo atendido. Tales cambios pueden ser positivos o negativos, ambos casos se deben anotar. El espacio END corresponde a la calificación que le da el usuario a la percepción actual del dolor en la zona a tratar o tratada. Ejemplo: ingreso: usuario se presenta con claudicación al caminar y califica el dolor lumbar como 9/10END. Egreso: usuario refiere disminución del dolor a 7/101END. Presenta una claudicación mínima.
Tratamiento	Bajo la celda de tratamiento se establecen los diferentes tipos de tratamiento fisioterapéuticos posibles, se marca con una equis "x" los que se le aplicaron al usuario y abajo en el apartado de descripción se define explícitamente como se aplicó el tratamiento. Ejemplo: [x] Agentes físicos – descripción: se aplica COCA en zona lumbar durante 20 minutos.
Observaciones	De ser necesario y existir datos relevantes que no son acordes en otro apartado, se hacen las anotaciones aquí.

Fuente: elaboración propia. 2016

5.2.5 Sección finalización de tratamiento

Se deben llenar los datos de identificación del usuario: nombre, fecha, cédula, sexo, edad, nacionalidad, teléfono, diagnóstico médico, diagnóstico fisioterapéutico, y código CIE-10, de igual manera que en los instrumentos anteriores.

A continuación se detalla la forma indicada de completar los siguientes datos.

Cuadro 13. Llenado de datos de la sección finalización de tratamiento

Campo	Descripción
Metas alcanzadas	En relación directa con el plan de tratamiento fisioterapéutico, solo se anotan las metas que sí fueron alcanzadas por medio del tratamiento recibido en la institución.
Objetivos logrados	En estrecha relación con el plan de tratamiento fisioterapéutico, solo se anotan los objetivos que sí fueron logrados mediante el tratamiento recibido en la institución.
Exploración física final	Se marca con una equis “x” las pruebas de exploración física que el Terapeuta Físico le realizó al usuario para comparar su condición final versus la condición inicial con que se presentó, así como las pruebas funcionales realizadas de manera comparativa. Los datos de las pruebas realizadas se anotan en el campo correspondiente al control de tratamiento.
Conclusiones fisioterapéuticas finales	Son las conclusiones de la condición final de salud del usuario que el Terapeuta Físico puede percibir. Se deberá registrar un resumen de la condición del usuario luego de recibir las sesiones de Terapia Física. A la vez este espacio puede ser utilizado para dar recomendaciones del abordaje médico de salud que el usuario puede requerir.

Fuente: elaboración propia. 2016

5.2.6 Llenado de datos para los instrumentos complementarios de valoración inicial

Cada uno de estos instrumentos se llenarán cuando el Terapeuta Físico considere hacerlo para complementar, ya sea la valoración inicial, o bien, puede decidir realizarlos en cualquier otro momento de la atención al usuario como complemento al avance del tratamiento.

En breve se muestra el detalle de cómo se debe llenar cada instrumento.

Cuadro 14. Llenado de datos Examen Manual Muscular

Campo	Descripción
Nombre	Es el nombre completo del usuario tal y como viene en su carné de seguro social. Ejemplo: Jesús Alberto Zúñiga Salazar
Cédula	Es el número de cédula de identidad, incluye todos los números "0" presentes en el documento oficial. Se utiliza los guiones para separar los números. Ejemplo: 2-0895-0144
Sexo	Masculino o femenino, según lo indique su cédula de identidad. Se utiliza la letra "F" para femenino y la letra "M" para masculino.
Edad	Es la edad cumplida en años al día de la valoración inicial. Esta se escribe siempre con dos dígitos. Ejemplo: 09 años, 20 años, 53 años.
Zona	Se escribe la zona general que va a ser valorada mediante el EMM. En los reglones siguientes, se escribe exactamente el músculo que se valora. Ejemplo: miembro inferior. En los renglones siguientes se escribe la especificidad evaluada: cuádriceps, isquiotibiales, peroneos, glúteos, etc.
Izquierda / derecha	Se refiere al lado izquierdo o derecho del músculo que está siendo valorado. Debajo de cada palabra se da la posibilidad de anotar la fecha correspondiente, de esta manera existe la posibilidad de tres valoraciones diferentes.
Observaciones	De ser necesario y existir datos relevantes que no son acordes en otra parte, se hacen las anotaciones aquí.

Fuente: elaboración propia. 2016

El llenado de datos respecto a la goniometría se procede a hacer de la siguiente manera.

Cuadro 15. Llenado de datos goniometría

Campo	Descripción
Nombre	Es el nombre completo del usuario tal y como viene en su carné de seguro social. Ejemplo: María Cecilia Porras Sandi
Cédula	Es el número de cédula de identidad, incluye todos los números "0" presentes en el documento oficial. Ejemplo: 1-1543-0056
Sexo	Masculino o femenino, según lo indique su cédula de identidad. Se utiliza la letra "F" para femenino y la letra "M" para masculino.
Edad	Es la edad cumplida en años al día de la valoración inicial. Esta se escribe siempre con dos dígitos. Ejemplo: 09 años, 20 años, 53 años.
Zona	Se escribe la zona general que va a ser medida en grados mediante la goniometría. En los renglones siguientes, se escribe exactamente el movimiento que se mide. Ejemplo: Cadera. En los renglones siguientes se escribe la especificidad evaluada: abducción, flexión, extensión, aducción, etc.
Izquierda / derecha	Se refiere al lado izquierdo o derecho de la articulación que está siendo valorada. Debajo de cada palabra se da la posibilidad de anotar la fecha correspondiente, de esta manera existe la posibilidad de tres valoraciones diferentes.
Observaciones	De ser necesario y existir datos relevantes que no son acordes en otra parte, se hacen las anotaciones aquí.

Fuente: elaboración propia. 2016

Con relación a la evaluación de la marcha, se aplica el instrumento que se debe llenar con los datos como se muestra en seguida.

Se deben llenar los datos de identificación del usuario: nombre, fecha, cédula, sexo, edad, nacionalidad, teléfono, diagnóstico médico, diagnóstico fisioterapéutico, y código CIE-10, de igual forma como en los instrumentos de valoración inicial.

Antes de llenar los siguientes puntos, se establece el recorrido que va a hacer el usuario, se le indica que debe realizar el camino tantas veces como el terapeuta se lo indique, sin zapatos, con el uso de poca ropa (solo ropa interior preferiblemente, por lo que la zona de valoración debe ser un lugar discreto) y a la velocidad que el Terapeuta Físico le indique.

Cuadro 16. Llenado de datos evaluación de la marcha

Campo	Descripción
Ciclos de la marcha	
Zancada	Se refiere a la acción de dar el paso con cada miembro inferior. Se marca con una equis "X" si lo realiza.
Fase de apoyo	Muestra las diversas fases que se desarrollan durante la acción de la marcha. Se marca con una equis "X" si realiza o no cada una de las acciones propuestas.
Otras acciones durante la marcha	Detalla una variedad de aspectos relacionados con el patrón de la marcha. Se debe marcar con una equis "X" si durante la evaluación el usuario las realiza.
Postura vertebral al caminar	Indica diferentes posturas y vicios posturales que se pueden mostrar al caminar. Se debe marcar con una equis "X" si el usuario las presenta.
Impresiones fisioterapéuticas	Se debe anotar todas las impresiones importantes respecto a la marcha del usuario a manera de conclusión general relacionado con los hallazgos determinados durante la evaluación.

Fuente: elaboración propia. 2016

Es importante no olvidar firmar cada uno de los instrumentos con los datos registrados, pues esto le dará validez profesional al hecho. Al tomar en cuenta estas consideraciones, el llenado de datos será el más acertado y facilitará la estadística.

5.2.7 Llenado de datos evaluación postural

La valoración de la postura se realiza de una forma muy simple y funcional tanto para el evaluador como para el usuario. Inicialmente es primordial que el evaluador realice una evaluación de la postura del usuario completa, incluyendo las tres posibles vistas: anterior, posterior y lateral. El usuario debe tener puesta la menor cantidad de ropa, de preferencia adosada al cuerpo (como licras, shorts y camisetas) y mantenerse en la posición que le sea indicada hasta que la examinación termine.

Una vez tenga en sus manos los tres instrumentos en blanco, simplemente debe posicionar al usuario de pie y en la vista que coincida con la postura a evaluar (preferiblemente en un fondo liso y de color neutro). Se examina cada uno de los aspectos solicitados en el instrumento. Si el usuario presenta la cualidad analizada, el evaluador marcará con una equis “x” el cuadro que represente la alteración detectada. De no existir la alteración, se dejan los cuadros en blanco, representando el dato como normal.

Se deberá utilizar el espacio denominado observaciones para anotar todos aquellos hallazgos que el evaluador obtenga, que considere importantes y no se encuentren contemplados en ninguna otra parte del instrumento. En este espacio nunca estará demás anotar talla y peso del usuario.

Ejemplo:

Vista posterior

Lado izquierdo

Escápula izquierda

X Ascendida

Descendida

Observaciones: el usuario además presenta la condición de “escápula alada” bilateral.

5.2.8 Llenado de datos para fórmula de consentimiento informado

La fórmula de consentimiento informado, a pesar de ser un instrumento importante en la valoración de los usuarios requiere de datos mínimos, de los cuales se presenta la forma adecuada para su llenado..

Cuadro 17. Llenado de datos fórmula de consentimiento informado

Campo	Descripción
Primera línea en blanco	Se completa con el nombre y apellidos del Terapeuta Físico asignado a cargo del tratamiento del usuario.
Segunda línea en blanco	El usuario es quien completa esta parte con los siguientes datos: nombre y apellidos, número de cédula como aparece en su documento de identificación, firma del usuario y por último la fecha en la que está completando el documento oficial.
Tercera línea en blanco	En esta parte es el Terapeuta Físico quien se encarga del llenado por medio de los datos de: nombre y apellidos, número de cédula como aparece en su documento de identificación, firma y por último la fecha en la que está completando el documento oficial.

Fuente: elaboración propia. 2016

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones generadas a partir del proceso metodológico de la investigación que llevó a describir la atención en el servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación, durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015, conclusiones derivadas básicamente de las características de la oferta del servicio, así como las de la demanda.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo observacional cuya unidad de análisis fue los 372 expedientes clínicos utilizados en el primer trimestre del año 2015, donde se logró un reconocimiento detallado del servicio que especificó la realidad que lo define, con lo que se obtuvo lo siguiente.

Relacionado a lo anterior se concluye:

Durante el estudio, principalmente relacionado a la recolección de datos, se da una carencia de la información debido a múltiples situaciones como que los datos no estaban disponibles, se encontraban dispersos o las personas encargadas de tutelar la información no se encontraban disponibles. Otra de las limitaciones generales encontradas durante la elaboración de la investigación es la carencia en el país de bibliografía relacionada directamente con el tema de la investigación.

La metodología empleada fue efectiva para conocer y analizar de manera acertada la realidad de la gestión administrativa del departamento de Terapia Física del PANARE, lo que generó la posibilidad de crear una propuesta de atención en cuanto al uso de instrumentos de valoración acorde a las necesidades administrativas determinadas.

Esta metodología demostró la importancia de una correcta recolección de información, especialmente en el campo de la salud. La investigación demostró además la relevancia de contar con un expediente integral, al momento de diagnosticar, tratar y/o rehabilitar, y prescribir determinado tratamiento. Lo logrado permite visualizar elementos para la mejora del servicio estudiado y lo más significativo es que puede adaptarse a otras instancias similares.

6.1.1 De la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud

Dentro de las características de la oferta, en cuanto a la planta física del departamento de Terapia Física, aspectos relevantes para la habilitación del servicio, como la accesibilidad, diferentes áreas de tratamiento acondicionadas y espejos de cuerpo entero, se encuentran disponibles en el servicio. A pesar de esto, se da la inexistencia de recursos específicos, como contar con cubículos de tratamiento individual, falta de casilleros y ausencia de pisos conductivos y antibacterianos para el área de electroterapia, los cuales influyen indirectamente en la calidad del servicio.

En cuanto a los recursos materiales disponibles en la institución, el PANARE cuenta al menos con la cantidad mínima de cada uno de los materiales que exige la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud. Por el contrario, el PANARE incumple algunos aspectos de la norma, pues carece de médicos especialistas, técnicos de nutrición, terapeuta de lenguaje y terapeuta respiratorio, que son profesionales que solicita la norma y además son necesarios para ofrecer un tratamiento integral

En el caso del apartado específico titulado “recurso humano” solicitado por la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud, para el servicio de Terapia Física específicamente, el servicio cumple el 100% de los requerimientos solicitados. La Terapia Física puede entonces considerarse fundamental en la gestión del PANARE, ya que es el servicio especializado que a nivel de recurso humano, cuenta con la disponibilidad de los Fisioterapeutas necesarios que exige la norma.

En lo que se refiere al recurso material exigido por la norma de habilitación de establecimientos que brindan atención en centros para personas con discapacidad del Ministerio de Salud, para el servicio de Terapia Física particularmente, se cumple con el 100% de los materiales requeridos.

6.1.2 De la atención en el servicio de Terapia Física del PANARE

Se evidencia un sistema de recolección de la información inadecuado en el servicio de Terapia Física, que para efectos del PANARE pueden ser mejorados. Resulta

innegable que el método de recolección de datos del centro no es el idóneo, pues se dejan de lado una serie de aspectos que pueden influir en el éxito del tratamiento.

En cuanto a los aspectos considerados en el instrumento de evaluación fisioterapéutica inicial de los usuarios del servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015, se encuentran deficiencias importantes en información debido a la falta de datos como: sexo, jornada laboral, lesiones anteriores, diagnóstico fisioterapéutico, pruebas funcionales, Examen Manual Muscular, Goniometría, propuesta de metas y objetivos de tratamiento.

Respecto al instrumento de uso diario que se utilizó en el Patronato Nacional de Rehabilitación, durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015, se detectan faltas como que no se considera la evolución diaria del usuario ni aspectos clave como la continuidad del tratamiento, o los hallazgos de la intervención del día.

En referencia a los agentes físicos disponibles en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015, el agente que más se utiliza para brindar tratamiento es la termoterapia a través de compresas frías y calientes. Dadas las características de las principales patologías atendidas en el PANARE, se puede concluir que se está dando un uso ineficiente de las herramientas fisioterapéuticas, provocando una subutilización de los recursos y de las posibilidades de tratamiento que se poseen.

Se encuentra que en el servicio de Terapia Física del PANARE la disponibilidad y cantidad de equipo con el que cuenta no es congruente, ni suficiente con la demanda de usuarios que se recibe, tampoco con el tipo de patología que mayormente se atiende.

6.1.3 Respecto a la demanda del servicio y las generalidades del proceso de atención

El análisis de la cantidad de usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015 lleva a concluir que son los meses de enero y marzo los que reportan el mayor flujo de usuarios. Se determinó que el género predominante es el femenino, sobrepasando el 65% de usuarios atendidos, y esto se mantiene constante durante cada mes en el primer trimestre del año.

El comportamiento demográfico obtenido por la investigación coincide con los resultados de estudios anteriores nacionales e internacionales. Al respecto, el promedio

de edad reportada entre los usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015 es de más de 60 años de edad cumplidos, lo cual representó el 44% de la población atendida en el periodo establecido.

Se considera como un dato significativo para la investigación y para el PANARE, el promedio de edad de los usuarios atendidos, pues los cambios físicos y fisiológicos que normalmente se presentan a causa del envejecimiento, pueden alterar la salud física de las personas y por ende requerir de atención física en rehabilitación, lo que representa un aumento en la demanda de este centro.

Un hallazgo importante es que de los expedientes analizados, ninguno especifica el sexo del usuario y la existencia de una cantidad diversa de nombres dificulta determinar el género con exactitud. Sin embargo, con los datos que se pudo recabar, se determinó que para cada uno de los meses analizados, la mayoría de los usuarios correspondió al sexo femenino. Y por este motivo, dentro de las reincidencias, la población es mayormente femenina.

Las patologías atendidas con mayor frecuencia en el servicio de Terapia Física del PANARE durante el periodo de enero, febrero y marzo del 2015, son las patologías de tipo reumatológicas. En este caso, son las mujeres las que predominantemente presentan este tipo de malestar, durante cada uno de los tres meses analizados.

Relacionado con las referencias médicas que recibe el PANARE, no se cuenta con un filtro en cuanto a la procedencia de las referencias médicas, ya que de acuerdo con los registros de las mismas; se aceptan provenientes de cualquier especialidad, no obstante, la mayor cantidad de referencias durante el primer trimestre del año 2015 provienen de medicina general, ortopedia y neurología. Sin embargo se encuentra una variada cantidad de tipos de referencias, por lo que también se registran de fisioterapia, neurocirugía y geriatría.

Una cantidad de los expedientes que formaron parte de este estudio corresponden a usuarios reincidentes en la atención fisioterapéutica. En enero representa un 21.8% de la población total atendida en ése mes, un 19.8% para el mes de febrero y un 20.3% durante marzo. Esto indica que la capacidad resolutoria del servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015 es

buena, debido a que le da una respuesta completa en mejoras de salud física a más del 75% de los usuarios atendidos durante cada mes.

Posterior al análisis realizado, no se encuentra una correspondencia entre la oferta y la demanda atendida del PANARE, pues a pesar de que cumple con lo establecido por la norma de habilitación del MS en relación con el recurso humano y material “necesario”, éste no es suficiente con respecto a las necesidades del servicio. Son diversos factores presentes en el servicio de TF del PANARE, los que pueden causar este fenómeno, sin embargo es importante mencionar que se concluyó que el tiempo de consulta por persona es muy corto y los recursos no se están empleando de manera efectiva, lo que puede afectar directamente en la calidad del servicio.

6.1.3.1 De la gestión del servicio

De los usuarios que iniciaron tratamiento fisioterapéutico en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del 2015, enero fue el mes que presentó un mayor número de inicializaciones de tratamiento y febrero fue el mes que presentó menos cantidad.

Referente a quienes finalizaron tratamiento en consulta externa en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del 2015, la cantidad de usuarios fue creciendo por mes, siendo marzo el mes que presentó el mayor número de finalizaciones.

En cuanto al fenómeno de deserciones de tratamiento mostrado en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo del 2015 por los usuarios de consulta externa, en el mes de marzo se registró la mayor cantidad de deserciones, para un total de 18, mostrando el doble de deserciones que las encontradas en el mes de enero.

El tiempo de consulta determinado para la atención fisioterapéutica de los usuarios es de 20 minutos efectivos por persona, tiempo, que según los datos recolectados, influye directamente en la calidad del tratamiento y en el volumen de usuarios atendidos.

Al revisar las finalizaciones de tratamiento en los expedientes analizados, ninguno explica lo que se está realizando, por lo que tampoco se expone el cumplimiento de

objetivos fisioterapéuticos. De esta manera, aumenta el sesgo de definir el momento y la condición de finalización del usuario.

Debido a las muchas faltas detectadas en los registros médicos del PANARE durante el primer trimestre del año 2015, se obtiene que la calidad de las bases de datos que se generan del servicio de Terapia Física a nivel interno no son suficientes ni precisas, por lo que los resultados de los estudios que se realicen a nivel interno pueden ser sesgados y de poca confiabilidad.

6.2 Recomendaciones

Las siguientes son las recomendaciones derivadas de la investigación, son elaboradas con la intención de dar un nuevo enfoque al objeto de estudio analizado.

De manera general, se recomienda realizar futuras investigaciones utilizando la misma metodología de investigación debido a su fácil aplicación y simpleza para recolectar y analizar datos. El mantener un constante análisis de la gestión administrativa, permite generar mejores estadísticas que pueden permitir cambios consistentes en beneficio de los usuarios de los servicios analizados.

6.2.1 Recomendaciones al Patronato Nacional de Rehabilitación

Se recomienda trabajar con instrumentos de recolección de datos más integrales y estandarizados, como los propuestos en esta investigación, que generen en primera instancia un tratamiento más certero con respecto a la condición con la que se presenta el usuario. También el realizar estos instrumentos estandarizados permite una mejor estadística del quehacer del servicio de Terapia Física para que la atención a los usuarios pueda ser calificada por los jefes, y se puedan detectar mejor las faltas y así los tratamientos sean optimizados, lo que refiere directamente a mejoras de gestión en el servicio estudiado.

Se muestra la importancia de incluir en la valoración inicial el sexo del usuario porque así, al determinar con exactitud su sexo, se logra ser más preciso en la elección del tratamiento y se le dará una mejor atención.

Es importante proveer al servicio de los recursos faltantes que exige la Norma de Habilitación de Establecimientos que brindan Atención en Centros para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud. Los recursos aconsejados son: cubículos de tratamiento individual, casilleros y pisos conductivos y antibacterianos para el área de electroterapia, debido a que estos aspectos generarían una mejor eficiencia en el tratamiento aplicado a los usuarios.

Se aconseja solicitar códigos laborales al Ministerio de Salud para contratar y contar con más médicos especialistas, técnicos en nutrición, terapeuta de lenguaje y respiratorio, para que la atención y servicios dados a los usuarios que atiende el PANARE sean integrales y se logre mejoras completas en la persona usuaria de los

servicios. Sería ideal la creación de un grupo interdisciplinario de profesionales que brinden atención a las personas que reciben los diversos servicios del PANARE.

Debido al tiempo que pasa el usuario en consulta fisioterapéutica, 60 minutos, versus el tiempo efectivo de tratamiento, 20 minutos, se recomienda contratar más Terapeutas Físicos para mejorar la atención y la aplicación del tratamiento. Esto es primordial para las citas de evaluación inicial, donde resulta esencial un exhaustivo estudio fisioterapéutico y suficiente tiempo es una necesidad.

Se recomienda a los Terapeutas Físicos que atienden en el servicio de Terapia Física del PANARE, que en el llenado de los datos diarios de los usuarios, se considere la evolución diaria del tratamiento con mayor exactitud, y se anote de manera clara los hallazgos de la intervención del día, para obtener así criterios puntuales de la evolución del usuario y que la elección diaria del tratamiento sea oportuna. Resulta necesario aumentar la cantidad y el tipo de agentes físicos disponibles en el servicio de Terapia Física del PANARE, debido a que además de que el flujo de usuarios atendidos es grande, el tipo de patologías atendidas es muy variado, por lo que tener disponibilidad de todo tipo de agentes aumenta la efectividad del tratamiento.

También es recomendable que en cuanto a los procesos patológicos que figuran como elegibles para optar por atención en el servicio, sean analizados y estudiados profundamente por el equipo técnico de la institución para que se establezcan con exactitud una mayor o una menor cantidad y tipo de patologías acorde con la trayectoria completa en rehabilitación del PANARE.

Debido a la variabilidad de las referencias médicas que recibe el centro, se recomienda que la persona encargada de recibir tales referencias y de asignar las citas al Terapeuta Físico, sea quien esté capacitado en materia de registros médicos y de gerencia y administración de los servicios de salud, para que logre establecer agendas con usuarios y diagnósticos correspondientes. De esta manera el Terapeuta Físico podrá crear tratamientos integrales y eficaces a los usuarios. Puede ser conveniente también que la persona encargada de ofrecer las citas tenga la disponibilidad para dar seguimiento a cada caso y en este sentido, tener información sobre la posibilidad de acceder a las citas para hacer reprogramaciones. En esto es válido que haya una comunicación muy fluida con las personas encargadas del servicio de Terapia Física.

Se recomienda establecer un mecanismo de filtro de referencias, acorde a las necesidades de la institución. De esta manera la demanda de usuarios procurará ser más homogénea debido a los criterios de inclusión establecidos, se proporcionará un mejor orden a la gestión y por ende esta será más eficiente.

Se aconseja a los Terapeutas Físicos y gestores del PANARE, ser estrictos con el tiempo de consulta y tratamiento asignado a cada usuario, esto con el afán de ser eficaces en su aplicación y en la respuesta que se le dé a la condición del usuario, bajo ninguna circunstancia se recomienda disminuir el tiempo de tratamiento asignado a cada usuario.

Para el PANARE se destaca la importancia de estar preparado, en cuanto a recurso físico, humano y material, para atender a la población costarricense, donde la mayoría de las personas sobrepasan los 40 años de edad cumplidos (según datos de los censos de la población realizados por el INEC) y en muy poco tiempo pertenecerán a la población adulta mayor. Por eso es importante un enfoque integral dirigido a la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la enfermedad.

Resulta necesario reestructurar el salón de Terapia Física y crear cubículos de tratamiento individual para la atención de casos especiales que requieran un tratamiento delicado, además para cuidar la privacidad e integralidad física de los usuarios, especialmente para los casos difíciles que así lo exijan.

Se exhorta capacitar al personal de áreas de intervención del PANARE, como terapia ocupacional, psicología, trabajo social y enfermería, en temas relacionados con investigación y estadística en general, con el fin de generar documentación que sea precisa, de relevancia para la institución y para orientar sobre proyectos futuros.

Se sugiere desarrollar una investigación sobre percepción de la satisfacción del cliente en el servicio de Terapia Física del PANARE y comparar esos resultados con la estadística que se maneja a nivel interno en la institución para detectar faltas y mejorar el servicio.

Se recomienda al personal del PANARE que trabaja y tiene acceso a los expedientes médicos de los usuarios, tener especial cuidado con la ubicación de los mismos para evitar que se pierdan o se dañen. Se debe recordar que un expediente clínico es un documento oficial legal que debe ser tutelado con esmero y dedicación.

Para el servicio de Terapia Física del PANARE es conveniente, y de suma importancia, contar con un manual de funciones y responsabilidades del personal de Terapia Física, para asegurar un proceso de calidad para el usuario y dotar de herramientas a los gestores que los respalden en la exigencia de la calidad.

Se insta a realizar una revaloración, desde la perspectiva fisioterapéutica, a los usuarios internos permanentes, y de esta manera crear un programa de atención integral que mejore la calidad de vida y la estancia de las personas en la institución.

Se sugiere que se elaboren protocolos de atención que permitan estandarizar los criterios de atención.

6.2.2 Recomendaciones a la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica

Se recomienda a la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, incentivar este tipo de estudios, donde se aborde temas o ejes de interés que vayan más allá de la promoción de la salud y la rehabilitación de la enfermedad. Se recomienda apoyarse en áreas más amplias y diversas, como es el caso de la gestión y administración de los servicios de salud.

Se invita a reforzar el curso TF-0155 Ejercicio Profesional y Gestión en Servicios dentro del plan de estudios de la carrera Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física y a la vez impartirlo como un curso de educación continua para los egresados que no lo llevaron.

Se recomienda incluir cursos prácticos con enfoque en gestión y administración de los servicios de salud, áreas donde la Terapia Física tiene una relación mínima en la actualidad pero donde, como el estudio lo demuestra, el campo de acción es enriquecedor e importante. También se recomienda buscar centros como PANARE donde la práctica fisioterapéutica se puede enfocar en campos como lo es la administración y el trabajo con poblaciones especiales.

Es importante fortalecer y darle prioridad al curso de “Registros, información y calidad de los servicios” impartido por la Escuela de Tecnologías en Salud, debido a que estos conocimientos son una base firme en cuanto al desarrollo de un sistema de información exitoso en la gestión clínica y administrativa de los centros de salud en Costa Rica. En este aspecto, otro curso que se debe reforzar es el de Áreas Específicas

de Intervención Fisioterapéutica, así como su práctica profesional, debido a que la gestión y la administración de los servicios de salud desde la óptica fisioterapéutica representan una importante línea de acción en el desarrollo del ámbito laboral. Además de la observación e implementación de nuevas tecnologías en Terapia Física para responder con los avances actuales y procurar tratamientos que vayan de la mano con los avances tecnológicos que pueden encontrarse disponibles en las instituciones de salud.

Es importante que se conozcan elementos sobre el uso apropiado de los datos para orientar los servicios y de esa manera ir creando un bagaje común para que los Terapeutas Físicos cuenten con criterios uniformes a la hora de elaborar informes y estudios relacionados con el trabajo.

Capítulo VII: Referencias bibliográficas

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9 (1), 93-107.
- Alba Moratilla N. García García A. Benavides F. (1999). El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. *Rev Esp Salud Pública*, Vol. 73, N°1
- Alfaro, C. (2007). Análisis de la oferta y demanda atendida de la Sub-Área de Terapia Física del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2002-2006. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Terapia Física, Universidad de Costa Rica.
- Anléu Calderón A. (2013). Propuesta de implementación del servicio de fisioterapia en el Hospital Juan de Dios Rodas, Solalá. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud. Quetzaltenango, México.
- Ardila, R. (2003) Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35 (2), 161-164.
- Ávila Barrios, E. (15 mayo 2014). (Entrevista personal). Patronato Nacional de Rehabilitación, San José: Costa Rica.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño - León, M. De Souza y C. Coimbra (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Caballero, J. & Chacon, M. (2008). La fisioterapia en el marco de atención primaria. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 5(7), 49-51.
- Castillo, C. (1997) La rehabilitación integral de la persona con discapacidad. *Revista ciencias sociales*. Edición 75: 103 – 112. Universidad de Costa Rica.
- CCSS, CENDEISSS. (2004). *Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Gestión en Atención Primaria*. Sexta unidad modular. Primera edición.
- CCSS, CENDEISSS & UCR. (2004). *Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. Sexta unidad modular. Gestión en atención primaria*. Proyecto fortalecimiento y modernización del sector salud.

CENDEISS. (s.f.). *Inicio*. Recuperado el 30 de mayo de 2015 de <http://www.cendeiss.sa.cr/>

_____ (2004). *Gestión en atención primaria*. Proyecto fortalecimiento y modernización del sector salud.

Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta edición.

Huaylupo, J. 2008. La Relatividad y Significación de los Datos. *Cinta Moebio* 32: 127-152

INEC. Censo 2011. Características sociales. Disponible en línea: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>

Jiménez, Roberto (1976). *Manual de proyectos de promoción popular*. Centro de Estudios para el Desarrollo e Integración de América Latina. Bogotá, Colombia. Ley N° 7600. Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica (1996).

Madrigal Badilla, M. (02 junio 2014). (Entrevista personal). Patronato Nacional de Rehabilitación, San José: Costa Rica.

Madueño, M.; Alarcón, J. & Sanabria, C. (2003). *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Perú, Lima: Partners for Health Reformplus.

Manterola, C. & Otzen, T. (2004). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 32(2), 634-645.

Manual instructivo de autoevaluación para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud de Costa Rica. Mejora participativa de la calidad basada en la evidencia (2012).

Manual de Normas para la Habilitación de Establecimientos que Brindan Atención en Centros para Personas con Discapacidad N° 32831. Ministerio de salud de Costa Rica Disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr. Visitado el 09/03/2016

- Mariños Anticono José Carlos. (2012). Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Ministerio de Salud del Perú. Dirección general de epidemiología.
- Martín Cordero, J.E. (2008) *Agentes Físicos Terapéuticos*. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez Sagasta C. (2007). Estandarización de los procesos asistenciales. Calidad de gestión clínica. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Méndez G, Morales M, Preciado M, Ramírez M, Sosa V, Jiménez M y Villegas. (2001). La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*; 9 (1-4): 11-17
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Plan Nacional de Salud 2010 – 2021. San José. Costa Rica. (2010)
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. (2013) Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades*. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, © 1995. 3 v. — (Publicación Científica; 554)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Outomuro Delia, Actis Andrea Mariel. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista médica de Chile*; 141: 361 – 366.

- Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección CERMI N°36. *Obra Social Caja Madrid "Discapacidad y Derechos Humanos" 2007-2008.*
- PANARE. (2010). Departamento de Terapia Física. Recuperado de <http://www.panare.sa.cr/terapia-fisica.php>
- Planas M., Rodríguez T. & Lecha M. (2004). La importancia de los datos. Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. Nutr. Hosp. XIX (1) 11-13
- Rectoría en Salud en Costa Rica. Funciones de rectoría. Ministerio de Salud. Costa Rica. 2005
- Sáenz L. (1998). *Administración de los servicios de salud*. 2da edición. San José, Costa Rica: EUNED.
- Seoane, J. A. (2004). Derecho y personas con discapacidad. Hacia un nuevo paradigma. *Revista española sobre discapacidad intelectual* 35(209), 20–50.
- Servicio Andaluz de Salud. (2003). *Rehabilitación y fisioterapia en atención primaria. Guía de procedimientos*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, España.
- Somoza, M & Melcon, M. (2015). Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Neurología Argentina*, 2015. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S1853002815000828/1-s2.0-S1853002815000828-main.pdf?_tid=ce5905b2-686c-11e5-afd2-00000aacb360&acdnat=1443725403_845153d5e3934d965daf61339daa03e3
- Somoza M. Melcon M. (2015). Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Revista neurología* 2015. Argentina 2015
- Sociedad Española de Reumatología, GUIPCAR. (2011). Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología. Madrid España.

- Surís, X.; Larrosa, M.; Pueyo, M.J.; Auleda, J.; Baranda, L. & De la Puente, L. (2013). Atención a las enfermedades músculo-esqueléticas: distintas visiones del mismo problema. *Reumatol Clin*, 9 (1), 31–37.
- Tolfo Silveira D. De Fátima Marín H. (2006) Conjunto de Datos Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(2):218-27
- Universidad de Costa Rica. (2010). Sala de Terapia Física: características de un espacio docente-asistencial. San José. Costa Rica
- Vargas, K. (2010). *El desarrollo del derecho a la salud por parte de la sala constitucional y su influencia en el sistema público de salud en Costa Rica*. (Trabajo final de investigación aplicada). Universidad De Costa Rica.
- Villegas, O.; Castillo, A.; Montero, D.; Holthuis, K.; Álvarez, A.; Freer J. & Vázquez, F. (2003). *Bases para la Atención Médica Integral*. Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales. 1 ed. San José, Costa Rica.
- Wanden-Berghe C., Sanz-Valero J., y Culebras J. (2008). Información en nutrición domiciliaria: la importancia de los registros. *Red de malnutrición en Iberoamérica. Nutr Hosp.*;23(3):220-225
- World Confederation for Physical Therapy (2007). Position Statement. First approved at the 14th General Meeting of WCPT, May 1999. Revised and re-approved at the 16th General Meeting of WCPT, June 2007.

Bibliografía consultada

- Armijo, M. (2009). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Área de políticas presupuestarias y gestión pública. Recuperado de http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf
- Artaza, O.; Méndez, C. A.; Holder, R. & Suárez, J. M. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS.
- Ávila, E.; & Peña, S. (2014). *Rendición de cuentas terapia física del PANARE*. Enero – marzo.
- Avilés, C. A. (1973). *Los derechos y garantías sociales en el desarrollo constitucional de Costa Rica*. Facultad de derecho. Universidad de Costa Rica. San José.
- Banco Interamericano de Desarrollo & Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. (2002). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*.
- Cerpa, J. (2010). *Análisis de las acciones del fisioterapeuta en la ejecución de la política de salud pública en el hospital de suba*. Empresa social del estado II nivel. (Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gestión Pública). Escuela superior de administración pública. Bogotá D.C.
- Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y la OPS. *I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar*. Documentos Técnicos. España, Mayo 2002.
- Del Pino Montes J. (2010) Epidemiología de las fracturas osteoporóticas: las fracturas vertebrales y no vertebrales. *Rev Osteoporos Metab Miner*; 2 (Supl 5): S8-S12. Servicio de Reumatología - Hospital Universitario de Salamanca. España
- García, A. & Fernández, A. (2005). La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (2), 235-246.
- Gómez, I. & Ramírez, I. (1990). La oferta y la demanda de los servicios de salud. *Revista de la división de ciencias de la salud de la Universidad del Norte*, 7 (2), 85-88.

- Gordon, A. & Friesen Asociados S.A. (1958). Plan de coordinación Hospitalaria en Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Hoskins I., Kalache A., Mende S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17(5/6).
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales & Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Madrid, España.
- La Gaceta No. 56, Alcance 17 del 22 de marzo de 1983. Reglamento de construcciones. Sesión de Junta Directiva del INVU No. 4290. 04 de marzo de 1993.
- La Gaceta Nº 31886-S. Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra-hospitalaria de pacientes en Costa Rica Ambulancia “Tipo B” — Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias). 20 de julio de 2004.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Representación en Costa Rica. 100 años de salud- Costa Rica: Siglo XX*. San José, Costa Rica.
- _____ (2007). *Salud en las Américas 2007*. Vol. I. Washington, DC.
- _____ (2010). Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades. Washington, D.C.: OPS.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España.
- Miranda, G. (1988). *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- _____ (1989). *Historia de la medicina social en Costa Rica: la ciencia y la tecnología en la sociedad costarricense*. Asociación costarricense de historia y filosofía de la ciencia. San José, Costa Rica.
- PANARE. (s.f.). *Historia*. Recuperado el 06 de abril de 2014 de <http://www.panare.sa.cr/historia.php>

_____ (s.f.). *Quienes somos*. Recuperado el 21 de febrero de 2015 de www.panare.sa.cr/quienes-somos.php

Quinn, G. & Degener, T. (2002). *Derechos Humanos y Discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*. Documento Naciones Unidas HR/PUB/02/1, Nueva York y Ginebra.

Rivera Casado J. M. (2003) Epidemiología de la enfermedad en la persona mayor. Patología osteoarticular en las personas mayores. JANO 21-27. VOL. LXIV N.º 1.468. Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Sáenz M; Acosta M.; Muiser J. & Bermúdez J. (2011). *Sistema de salud de Costa Rica*. Salud Pública Mex. 53 supl 2:S156-S167.

Salas A. & Castillo A. (2003). *Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de atención de la salud: módulo I*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

Sistema costarricense de información jurídica (2015). Normas para la Habilitación de Establecimientos que brindan la Atención en Medicina y Cirugía General y/o por Especialidades Médicas y Quirúrgicas con Internamiento con más de 20 camas. Ley N° 30694-S. Recuperado de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo

Sociedad Española de Reumatología, GUIPCAR. (2001). *Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España*. Madrid, España.

Anexos

Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Escuela de Tecnologías en Salud

Teléfonos: (506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Descripción de la atención del servicio ofrecido por el departamento de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación durante el período de enero y febrero del año 2015.

Código (o número) de proyecto: _____

Investigador: Keila Mora Valverde

Nombre del participante:

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** esta investigación es realizada por Keila Mora Valverde, estudiante de Licenciatura de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, con el afán de realizar su trabajo final de graduación bajo la modalidad de tesis y así adquirir su título universitario. Con esta investigación se espera obtener información clara y concisa sobre el tipo y de atención que brinda el servicio de Terapia Física del PANARE durante el primer trimestre del año 2015, basándose en una recolección de datos de 372 expedientes (sin exclusión de la patología presentada sea de tipo ortopédica, reumatológica, neurológica o de otro tipo) aproximadamente y así contribuir a una mejor calidad en la atención brindada. El periodo de recolección de datos demorará un mes; sin embargo, el tiempo que usted contribuirá, de ser necesario, es de aproximadamente 20 minutos.
- B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** su participación en éste estudio es confidencial, las únicas personas que tendrán acceso a la información especificada será la investigadora y su equipo de tres profesores, los datos podrán ser mostrados y analizados de manera general como parte de los resultados del estudio. Su participación consiste en autorizar a la investigadora a utilizar su expediente de atención fisioterapéutica del PANARE y en otros casos completar una entrevista que le aplicará la investigadora. Al formar parte de la población de estudio, usted se compromete a responder con veracidad las preguntas formuladas. Completar la entrevista le tomará alrededor de 20 minutos, Se hará fuera de su horario de trabajo o de consulta fisioterapéutica, sin interferir en sus responsabilidades de rutina, en el lugar que la investigadora le indicará. Para tal efecto usted contará con absoluta privacidad y solo necesitará lápiz y papel, los cuales serán facilitados por la investigadora.

Las respuestas manifestadas en este estudio son completamente confidenciales. Para garantizar esto, su nombre no aparecerá en ninguna evaluación.

Posterior a este estudio, los documentos generados, los guardará la investigadora por un periodo de cuatro años y no serán empleados para otros fines investigativos.

- C. BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, las conclusiones de la investigación evidenciarán la situación de atención y darán sugerencias para su mejora en el futuro cercano.
- D.** Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con Keila Mora Valverde y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información, puede obtenerla llamando a Keila Mora al teléfono 8855-1531 en el horario de lunes a viernes, de 7 a.m. a 4 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m. Para cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- E.** Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- F.** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte sus labores profesionales.
- G.** Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de manera anónima.
- H.** No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

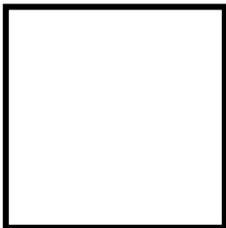
Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante (menores de edad) fecha

No firmantes



Huella digital

Fecha

Anexo 2. Instrumento para realizar un diagnóstico de la situación actual del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación, a partir del análisis de los expedientes.

Fecha: _____

N° Instrumento: _____

Los servicios en salud, según diversos autores, son a los que les corresponde la articulación, la gestión y el desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

La información que se recolecte en este instrumento es de carácter anónimo y confidencial, por lo cual, no precisa recolectar nombre, número de cédula o alguna identificación. La información solicitada consta de datos con respecto al servicio de atención fisioterapéutica del PANARE, por lo que los datos brindados se respetarán y se garantizará absoluta confidencialidad. Los cuestionarios se guardarán por un periodo de cuatro años y luego serán destruidos por completo. La estudiante a cargo de la investigación se hace responsable de lo anteriormente estipulado.

Marque con una equis (x) las opciones que describan los materiales, instrumentos, equipo, entre otros, con los que cuenta PANARE.

A. De los planes de atención existentes en el servicio de Terapia Física del PANARE			
1) El instrumento de evaluación inicial fisioterapéutico contiene los siguientes elementos:			
Rubro	Si	No	Observaciones
1. Nombre			
2. Edad			
3. Sexo			
4. Ocupación			
5. Jornada laboral			
6. Hijos			
7. Antecedentes patológicos personales			
8. Antecedentes patológicos familiares			
9. Diagnóstico médico			
10. Lesiones anteriores			
11. Diagnóstico fisioterapéutico			
12. Pruebas funcionales			
13. Examen Manual Muscular inicial			

14. Goniometría inicial			
15. Puntos gatillo			
16. Establecimiento de metas de tratamiento			
17. Establecimiento de objetivos de tratamiento			
18. Otros			

2) El expediente cuenta con los siguientes elementos para registrar el tratamiento fisioterapéutico realizado en cada sesión:

Rubro	Si	No	Observaciones
1. Evaluación diaria y/o periódica de la evolución			
2. Continuidad del tratamiento			
3. Mínimo tres tipos de tratamiento diferente por sesión			
4. Principales hallazgos de la intervención del día.			
99. Otros			

3) El expediente cuenta con los siguientes elementos para registrar los resultados de la evaluación final:

Rubro	Si	No	Observaciones
1. Condición final del usuario			
2. Metas cumplidas			
3. Objetivos cumplidos			
4. Examen manual Muscular final			
5. Goniometría final			
6. Recomendaciones			
99. Otros			

Fuente: elaboración propia

Anexo 3. Instrumento de Evaluación para la Habilitación de Establecimientos de Atención en Terapia Física del Ministerio de Salud

Nombre del Establecimiento: _____

1. Datos Generales

1.1 Dirección exacta			
1.2 Dirección postal			
1.3 Teléfono		1.4 Fax:	
1.5 Fecha de la evaluación		1.6 Tipo de Centro:	
1.7 Director			
1.8 Evaluadores:			
1.9 Contraparte			

2.a Recursos Materiales

2.1 Camas totales		2.4 Ambulancias disponibles	
2.2 Aposentos totales			
2.3 Servicios Sanitarios			

2.b Recursos Humanos

2.5 Médicos Generales		2.13 Auxiliares Enfermería	
2.6 Médicos especialistas según tipo:		2.14 Asistentes de pacientes	
2.7 Nutricionistas		2.15 Terapia Física	
2.8 Técnicos de nutrición		2.16 Terapia Ocupacional	
2.9 Trabajadores sociales		2.17 Terapia del Lenguaje	
2.10 Oficinistas		2.18 Terapia Respiratoria	
2.11 Misceláneos		2.19 Otro personal	
2.12 Enfermeras Profesionales			

➤ Instrucciones para el uso del cuestionario

El cuestionario está dividido en las mismas secciones en que está estructurada la norma de habilitación. Cada estándar tiene una o varias preguntas asociadas por medio de las cuales se verifica el cumplimiento de los mismos.

En el cuestionario se preguntan los aspectos necesarios para comprobar si el establecimiento cumple con los requisitos mínimos para ser habilitado. En principio todas las preguntas se evalúan en términos de si se cumple la norma (estándar) o no, sin embargo, en algunos casos es necesario anotar alguna información extra o justificar la misma respuesta.

El cumplimiento de los estándares se ha dispuesto como **SI** o **NO**. A pesar de esto, para responder cada pregunta es posible utilizar tres opciones que deben ser anotadas según los siguientes códigos:

Código	Descripción
NA	No aplica. Cuando el estándar no puede ser aplicado al establecimiento
1	Si cumple. El estándar es cumplido en su totalidad
0	No cumple. El estándar no se cumple del todo

Todas las preguntas deben ser respondidas, anotando si fuera el caso los aspectos relevantes o de deficiencia que hacen que el centro no cumpla con el estándar específico. Las respuestas del equipo de evaluación deben ser anotadas en la columna **E**.

3 Terapia Física

3.1 Recurso Humano

CODIGO	ITEM	E	OBSERVACIONES
3.1.1	Cuenta el establecimiento con un o una profesional en Terapia Física, a tiempo completo, por cada 53 residentes.		
3.1.2	Cuenta el establecimiento con una o un voluntario, capacitado en las actividades de Terapia Física.		

3.2 Planta Física

CODIGO	ITEM	E	OBSERVACIONES
3.2.1	Cuenta el establecimiento con acceso a un espacio o salón multiuso, común para actividades de la población residente, al menos de 2 m ² por persona y no menor a 10 m ² metros cuadrados.		
3.2.2	Cuenta el establecimiento un área exclusiva, con accesos y circulaciones especialmente contruidos para facilitar el del desplazamiento de las personas con limitaciones físicas y cuenta al menos con las siguientes áreas.		
3.2.3	Cuenta con un Área de Hidroterapia, con acabados superficiales especiales para condiciones húmedas, impermeables y antideslizantes, tinas o piscinas temperadas entre 20 °C y 35 °C.		
3.2.4	Cuenta con un Área para Gimnasio, con pisos especiales para este propósito, lavables, con sistema de absorción de impacto, deflexión máxima de 1.0 cm.		
3.2.5	Cuenta con una Sala de tratamiento General a razón de 2m ² por usuario.		
3.2.6	Cuenta con cubículos de Tratamiento Individual, con área mínima de 4m ² por persona.		
3.2.7	Cuenta con Área de Bodega, para aparatos de terapia.		

3.2.8	Un área para lavado de material e instrumentos con una pila de acero inoxidable, exclusiva para este propósito.		
3.2.9	Cuenta con un espacio con casilleros para servir al menos el 15% de los usuarios / 1,0 m ² x persona.		
3.2.10	Se deberán tener espejos de altura total de cuerpo, por lo menos en una de las paredes del área.		
3.2.11	Los pisos en las áreas de electroterapia serán conductivos y antibacterianos.		
3.2.12	Los accesorios de metal que se usen deberán ser de superficie con acabado pulido para facilitar su limpieza.		
3.2.13	La circulación de aire deberá garantizar al menos 8 cambios del volumen total por hora		

6.3 Recurso Material

CODIGO	ITEM	E	OBSERVACIONES
3.3.1	Cuenta el establecimiento al menos con el siguiente equipo para esta actividad:		
	3.3.1.1 Barras paralelas		
	3.3.1.2 Poleas		
	3.3.1.3 Espejo de cuerpo entero pegado pared.		
	3.3.1.4 Juego de pesas (sacos con arena)		

3.4 Documentación

CODIGO	ITEM	E	OBSERVACIONES
3.4.1	Cuenta el área con el Manual de Funciones y Responsabilidades del personal del Terapeuta Físico.		

Fuente: Ministerio de Salud. Unidad de servicios de salud de atención directa a las personas. Instrumento de evaluación para la habilitación de establecimientos de atención en Terapia Física. San José, Costa Rica, 2005.

Anexo 4. Instrumento para analizar la situación del servicio de Terapia Física del Patronato Nacional de Rehabilitación

Fecha: _____

N° Instrumento: _____

Los servicios en salud, según diversos autores, es a los que les corresponde la articulación, la gestión y el desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

La información que se recolecte en este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial, por lo cual, no precisa recolectar nombre, número de cédula o alguna identificación. La información solicitada consta de datos con respecto al servicio de atención fisioterapéutica del PANARE, por lo que los datos brindados se respetarán y se garantizará absoluta confidencialidad. Los cuestionarios se guardarán por un periodo de cuatro años y luego serán destruidos por completo. La estudiante a cargo de la investigación se hace responsable de lo anteriormente estipulado.

Se completa marcando con una equis (x) o con la con la (s) palabra (s) o número (s) que se adapte mejor a la respuesta solicitada.

I. Documentación			
1) Cantidad total de usuarios atendidos durante los meses de:			
1. Enero:	2. Febrero:	3. Marzo	
Masc. _____	Masc. _____	Masc. _____	
Fem. _____	Fem. _____	Fem. _____	
2) Cantidad de usuarios que iniciaron tratamiento durante cada mes:			
1. Enero:	2. Febrero:	3. Marzo	
Masc. _____	Masc. _____	Masc. _____	
Fem. _____	Fem. _____	Fem. _____	
3) Cantidad de usuarios que finalizaron tratamiento durante cada mes:			
1. Enero:	2. Febrero:	3. Marzo	
Masc. _____	Masc. _____	Masc. _____	
Fem. _____	Fem. _____	Fem. _____	
4) Tipo de patologías atendidas:			
1. Reumatológicas	2. Ortopédicas	3. Neurológicas	4. Vasculares
5. Congénitas	6. Otro	99. NS/NR	
5) Cantidad de patologías atendidas por mes:			
1. Enero:	2. Febrero:	3. Marzo:	
a) Reumatológicas	a) Reumatológicas	a) Reumatológicas	
_____	_____	_____	
b) Ortopédicas	b) Ortopédicas	b) Ortopédicas	
_____	_____	_____	

c) Neurológicas	c) Neurológicas	c) Neurológicas	
d) Vasculares	d) Vasculares	d) Vasculares	
e) Congénitas	e) Congénitas	e) Congénitas	
f) Otro	f) Otro	f) Otro	
g) NS/NR	g) NS/NR	g) NS/NR	
6) ¿Todos los expedientes cuentan con una anamnesis estandarizada donde se establecen <u>metas</u> de tratamiento?			
1. Sí ¿Cuántos?	2. No ¿Cuántos?	99. NS/NR ¿Cuántos?	
7) De los expedientes que poseen <u>metas</u> , ¿en qué consisten esas metas?			
1. Calidad de tratamiento			
2. Tiempo de recuperación			
3. Tipo de tratamiento			
4. Otro			
99. NS/NR			
8) ¿Todos los expedientes cuentan con una anamnesis estandarizada donde se establecen <u>objetivos</u> de tratamiento?			
1. Sí ¿Cuántos?	2. No ¿Cuántos?	99. NS/NR ¿Cuántos?	
9) De los expedientes que poseen objetivos de tratamiento, ¿en qué consisten esos objetivos?			
1. Eficacia del tratamiento			
2. Eficiencia del tratamiento			
3. Tiempo de recuperación			
4. Otro			
99. NS/NR			
10) ¿Todos los expedientes tienen una inicialización de tratamiento?			
1. Sí	2. No	99. NS/NR	
11) ¿Todos los expedientes poseen un formato estandarizado similar para las evaluaciones de inicio de tratamiento?			
1. Sí	2. No	99. NS/NR	
12) ¿Todos los expedientes tienen una finalización de tratamiento?			
1. Sí	2. No	99. NS/NR	
13) ¿Todos los expedientes poseen un formato estandarizado similar para las evaluaciones de final de tratamiento?			
1. Sí	2. No	99. NS/NR	
14) ¿Todos los expedientes cuentan con referencia médica para tratamiento fisioterapéutico?			
1. Sí	2. No	99. NS/NR	
15) ¿De qué especialidad provienen esas referencias?			
1. Reumatología	2. Ortopedia	3. Neurología	4. Medicina General
5. Medicina Interna	6. Otro	99. NS/NR	
II. Descripción del servicio			
16) ¿Qué clase de personal labora en el departamento de Terapia Física del PANARE?			
1. Terapeutas Físicos	2. Asistentes de pacientes	3. Secretaria (o)	4. Estudiantes de Terapia física
5. Misceláneo (a)	6. Otro	7. Ninguno	
17) Cuantos Terapeutas Físicos prestan atención fisioterapéutica en el servicio: _____ Terapeutas			
18) Los terapeutas están nombrados:			
1. Tiempo completo de lunes a viernes			

<p>2. Medio tiempo de lunes a viernes</p> <p>3. Otro</p> <p>4. NS/NR</p>																											
<p>19) Cantidad de usuarios asignados por Terapeuta para atender por hora:</p> <p>1. Terapeuta 1: _____ usuarios</p> <p>2. Terapeuta 2: _____ usuarios</p>																											
<p>20) ¿Cuál es la cantidad total de personas atendidas en el servicio de Terapia Física?</p> <p>1. Por día: _____</p> <p>2. Por semana: _____</p> <p>3. Por mes: _____</p> <p>99. NS/NR</p>																											
<p>21) ¿Con qué tipo de equipo cuenta el servicio de Terapia Física de PANARE para brindar atención?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Equipo de electroterapia</td> <td style="width: 25%;">2. Compresas calientes</td> <td style="width: 25%;">3. Compresas frías</td> <td style="width: 25%;">4. Equipo para cinesiterapia (Teraband, ligas, pesas, balones, etc.)</td> </tr> <tr> <td>5. Onda corta</td> <td>6. Diatermia</td> <td>7. Barras paralelas</td> <td>99. NS/NR</td> </tr> <tr> <td>8. Cama balancín</td> <td>9. Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1. Equipo de electroterapia	2. Compresas calientes	3. Compresas frías	4. Equipo para cinesiterapia (Teraband, ligas, pesas, balones, etc.)	5. Onda corta	6. Diatermia	7. Barras paralelas	99. NS/NR	8. Cama balancín	9. Otro														
1. Equipo de electroterapia	2. Compresas calientes	3. Compresas frías	4. Equipo para cinesiterapia (Teraband, ligas, pesas, balones, etc.)																								
5. Onda corta	6. Diatermia	7. Barras paralelas	99. NS/NR																								
8. Cama balancín	9. Otro																										
<p>22) ¿Qué cantidad existe de los equipos anteriormente mencionados?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Equipo de electroterapia</td> <td style="width: 25%;">2. Compresas calientes</td> <td style="width: 25%;">3. Compresas frías</td> <td style="width: 25%;">4. Equipo para cinesiterapia</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. Onda corta</td> <td>6. Diatermia</td> <td>7. Barras paralelas</td> <td>99. NS/NR</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Cama balancín</td> <td>9. Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1. Equipo de electroterapia	2. Compresas calientes	3. Compresas frías	4. Equipo para cinesiterapia	_____	_____	_____	_____	5. Onda corta	6. Diatermia	7. Barras paralelas	99. NS/NR	_____	_____	_____		8. Cama balancín	9. Otro			_____	_____		
1. Equipo de electroterapia	2. Compresas calientes	3. Compresas frías	4. Equipo para cinesiterapia																								
_____	_____	_____	_____																								
5. Onda corta	6. Diatermia	7. Barras paralelas	99. NS/NR																								
_____	_____	_____																									
8. Cama balancín	9. Otro																										
_____	_____																										
<p>23) ¿De dónde obtiene PANARE los recursos financieros para funcionar?</p> <p>1. De los usuarios atendidos</p> <p>2. Recursos propios</p> <p>3. Del Ministerio de Salud</p> <p>4. De la CCSS</p> <p>5. Todos los anteriores</p> <p>6. Otro: _____</p> <p>7. NS/NR</p>																											
<p>24) Del total de usuarios por mes, ¿cuántos se dan de alta del servicio de atención fisioterapéutica?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Enero: _____</td> <td style="width: 25%;">2. Febrero: _____</td> <td style="width: 25%;">3. Marzo : _____</td> <td style="width: 25%;">4. Ninguno</td> </tr> </table>				1. Enero: _____	2. Febrero: _____	3. Marzo : _____	4. Ninguno																				
1. Enero: _____	2. Febrero: _____	3. Marzo : _____	4. Ninguno																								
<p>25) Del total de usuarios por mes, ¿cuántos son reincidentes de atención fisioterapéutica?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Enero: _____</td> <td style="width: 25%;">2. Febrero: _____</td> <td style="width: 25%;">3. Marzo : _____</td> <td style="width: 25%;">4. Ninguno</td> </tr> </table>				1. Enero: _____	2. Febrero: _____	3. Marzo : _____	4. Ninguno																				
1. Enero: _____	2. Febrero: _____	3. Marzo : _____	4. Ninguno																								
<p>III. Caracterización población atendida</p>																											
<p>26) De la población atendida, ¿qué cantidad pertenece a cada género?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">1. Enero: _____</td> <td style="width: 25%;">2. Febrero : _____</td> <td style="width: 25%;">3. Marzo _____</td> <td style="width: 25%;">4. Ninguno</td> </tr> <tr> <td>M: _____</td> <td>M: _____</td> <td>M: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F: _____</td> <td>F: _____</td> <td>F: _____</td> <td></td> </tr> </table>				1. Enero: _____	2. Febrero : _____	3. Marzo _____	4. Ninguno	M: _____	M: _____	M: _____		F: _____	F: _____	F: _____													
1. Enero: _____	2. Febrero : _____	3. Marzo _____	4. Ninguno																								
M: _____	M: _____	M: _____																									
F: _____	F: _____	F: _____																									
<p>27) Por cada tipo de patología, ¿cuántos usuarios acuden por esa causa?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Enero</td> <td style="width: 33%;">Febrero</td> <td style="width: 33%;">Marzo</td> </tr> <tr> <td>1. Reumatología</td> <td>7. Reumatología</td> <td>13. Reumatología</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. Ortopedia</td> <td>8. Ortopedia</td> <td>14. Ortopedia</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. Neurología</td> <td>9. Neurología</td> <td>15. Neurología</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				Enero	Febrero	Marzo	1. Reumatología	7. Reumatología	13. Reumatología	_____	_____	_____	2. Ortopedia	8. Ortopedia	14. Ortopedia	_____	_____	_____	3. Neurología	9. Neurología	15. Neurología	_____	_____	_____			
Enero	Febrero	Marzo																									
1. Reumatología	7. Reumatología	13. Reumatología																									
_____	_____	_____																									
2. Ortopedia	8. Ortopedia	14. Ortopedia																									
_____	_____	_____																									
3. Neurología	9. Neurología	15. Neurología																									
_____	_____	_____																									

<u>4.</u> Medicina General	<u>10.</u> Medicina General	<u>16.</u> Medicina General
<u>5.</u> Medicina Interna	<u>11.</u> Medicina Interna	<u>17.</u> Medicina Interna
<u>6.</u> Otro	<u>12.</u> Otro	<u>18.</u> Otro
<u>99.</u> NS/NR	<u>99.</u> NS/NR	<u>99.</u> NS/NR
28) Por cada tipo de patología, ¿cuántos usuarios son reincidentes por esa causa?		
Enero	Febrero	Marzo
<u>1.</u> Reumatología	<u>1.</u> Reumatología	<u>1.</u> Reumatología
<u>2.</u> Ortopedia	<u>2.</u> Ortopedia	<u>2.</u> Ortopedia
<u>3.</u> Neurología	<u>3.</u> Neurología	<u>3.</u> Neurología
<u>4.</u> Medicina General	<u>4.</u> Medicina General	<u>4.</u> Medicina General
<u>5.</u> Medicina Interna	<u>5.</u> Medicina Interna	<u>5.</u> Medicina Interna
<u>6.</u> Otro	<u>6.</u> Otro	<u>6.</u> Otro
<u>99.</u> NS/NR	<u>99.</u> NS/NR	<u>99.</u> NS/NR
29) De los usuarios atendidos, ¿en qué rangos de edad se encuentra la mayoría?		
Enero	Febrero	
<u>1.</u> Menos de 20 años	<u>3.</u> De 40 a 59 años	<u>1.</u> Menos de 20 años
<u>2.</u> De 20 a 39 años	<u>4.</u> Más de 60 años	<u>2.</u> De 20 a 39 años
		<u>3.</u> De 40 a 59 años
		<u>4.</u> Más de 60 años
<u>99.</u> NS/NR		<u>99.</u> NS/NR

Fuente: Elaboración propia. Trabajo Final de Graduación. 2016

Anexo 5. Tablas utilizadas en los resultados y para la elaboración de los gráficos de descripción y discusión de resultados

Tabla 2. Cantidad de usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

	Enero		Febrero		Marzo
Masculino	35	Masculino	28	Masculino	43
Femenino	98	Femenino	78	Femenino	90
Total	133	Total	106	Total	133

Total general de usuarios: 372

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 3. Género de los usuarios atendidos en consulta externa del servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Mes	Hombres atendidos	Mujeres atendidas
Enero	35	98
Febrero	28	78
Marzo	43	90
Total	106	266

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 4. Usuarios que iniciaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Mes	Cantidad
Enero	115
Febrero	41
Marzo	72

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 5. Usuarios que finalizaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Mes	Cantidad
Enero	30
Febrero	34
Marzo	41

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 6. Usuarios que desertaron tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Mes	Cantidad
Enero	9
Febrero	16
Marzo	18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 7. Usuarios reincidentes en el tratamiento en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Mes	Cantidad
Enero	29
Febrero	21
Marzo	27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 8. Promedio de edad de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Rango	Cantidad
Menos de 20 años	12,6
de 20 a 39 años	56,02
de 40 a 59 años	139,4
60 años o más	164,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 9. Expedientes con referencia médica de los usuarios atendidos en el servicio de Terapia Física del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Tienen	Enero	Febrero	Marzo
Sí	133	106	133
No	0	0	0
NS/NR	0	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 4

Tabla 10. Clave de llenado de para los datos de las tablas 11 y 12

Cód.	Descripción
1	Sí
0	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 2

Tabla 11. Registro de tratamiento fisioterapéutico en los expedientes del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Rubro	Existe
1. Evaluación diaria de la evolución	0
2. Continuidad del tratamiento	0
3. Tres tipos de tratamiento por sesión	1
4. Hallazgo de la intervención del día	0
99. Otros	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 2

Tabla 12. Valoración fisioterapéutica final en los expedientes del PANARE durante los meses de enero, febrero y marzo de 2015

Rubro	Existe
1. Condición final del usuario	1
2. Metas cumplidas	0
3. Objetivos cumplidos	0
4. Examen manual muscular final	0
5. Goniometría final	0
6. Recomendaciones	0
99. Otros	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el Instrumento de Evaluación 2