

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: José Saa Belfiore

CREACIÓN EN EL NOA DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN CON INTERNACIÓN

2005

Citar como: Saa Belfiore, J. (2005). Creación en el NOA de un centro de rehabilitación con internación. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDO

- 1. Introducción. Pag 2.**
- 2. Planteamiento del Tema/ Problema. Pag 3-5.**
- 3. Desarrollo. Pag 7-19**
- 4. Resultados . Pag 19**
- 5. Conclusiones. Pag 20**
- 6. Bibliografía. Pag 20-22**

1. Introducción

Con este trabajo integrador final quiero fundamentar la necesidad de la creación en el ámbito del noroeste argentino de un Centro de Rehabilitación con Internación para personas discapacitadas motoras severas. El área del trabajo está comprendida dentro de la Medicina Física y Rehabilitación, especialidad médica poco conocida y menos difundida. El trabajo se estructura con índices de prevalencia e incidencia de las enfermedades discapacitantes severas más comunes que requieren internación en rehabilitación. Luego un relevamiento de la estructura tanto pública como privada que hoy intenta cubrir la demanda. Por último la conclusión, basada en los datos anteriores.

2. Planteamiento del Tema/Problema.

- Actualmente cuando una persona sea niño, adolescente o adulto sufre una enfermedad o accidente, y como consecuencia de ello padece una discapacidad motora temporaria o definitiva necesita un abordaje en rehabilitación psicofísica. Algunos de ellos quedan con secuelas leves que les permiten trasladarse diariamente hasta un Centro de Rehabilitación para realizar tratamiento. Otros quedan con una dependencia tal que es imposible, en el período agudo, su manejo domiciliario y/o su traslado en forma diaria al Centro de Rehabilitación ; necesitan, además, no menos de 8 horas de rehabilitación diaria abarcando sobre todo terapia física, terapia ocupacional, psicología y fonoaudiología (si es necesario) con el fin de recuperar rápidamente algo de su independencia. A éstos se le suma un gran número de enfermos que necesitan rehabilitación pero viven en zonas donde no pueden acceder a dichos servicios. Para estos dos últimos grupos de personas discapacitadas es necesario una **Internación en Rehabilitación**. Esta modalidad de prestación significa que el discapacitado se interna un tiempo estimado entre 2 a 4 meses realizando no menos de 8 horas de terapia diaria con el propósito de revertir rápidamente las secuelas de su enfermedad. Hoy desde Córdoba hacia el norte (incluyendo NOA y NEA) no hay institución médica privada ni estatal que brinde Internación en Rehabilitación. Es por eso que surgen los viajes a Cuba, Buenos Aires o Córdoba con el consiguiente costo social y económico.
- Tucumán tuvo en la década del 60 un Instituto de Rehabilitación con Internación que fue modelo no tan solo en el Norte argentino (ALPI- Tucumán) sino en los países vecinos. Nuevamente la ineptitud de nuestros gobernantes (en este caso el de facto del 76) hicieron que hoy no exista, dejando una población de discapacitados severos (mayoritariamente secuales de polio) sin un organismo

guía en el norte argentino. De allí surgen las peticiones de viajar a Buenos Aires, Córdoba o Cuba para rehabilitarse.

- Hoy aquellas personas que repentinamente pasaron a ser discapacitadas motoras no pueden internarse en el medio donde ellas viven para iniciar la rehabilitación. Al viajar lejos de sus casas sufren un desarraigo de varios meses. Una internación cercana a su hogar tiene la presencia afectuosa de familiares y amigos al lado del paciente lo que es un ingrediente positivo fundamental desde el punto de vista psicológico que contribuye a afrontar el "duelo psíquico".
- Una internación dentro de la región favorece la reinserción laboral después de la rehabilitación. Es más, dependiendo de las actividades que el sujeto realizaba con anterioridad al accidente o enfermedad, se lo rehabilita focalizando la vuelta al trabajo como objetivo primario, siempre y cuando sea posible. La visita del equipo interdisciplinario al lugar de trabajo contribuye para alcanzar dicho objetivo. Actualmente los pacientes que se rehabilitan en Bs. As. regresan aptos para desenvolverse en aquel medio chocando con otra realidad totalmente distinta al llegar a nuestra región. Por una cuestión de distancia la institución que rehabilita los pacientes fuera de nuestra provincia no puede intentar reinsertarlo laboralmente con el consiguiente aumento del costo social.
- Una internación en rehabilitación en ésta región posibilita que el paciente regrese durante los fines de semana a su casa para compartir momentos con su familia y amigos. Esto lo prepara poco a poco para el momento del alta médica. De ésta manera se evita el shock psicológico tanto del paciente como de familiares y amigos al verlo por primera vez en su domicilio después del accidente o enfermedad.
- Una persona discapacitada por una afección neurológica queda relacionada el resto de su vida con la Institución que lo cobijó durante la rehabilitación. Al ser pacientes con secuelas graves es necesario un control periódico para pesquisar alguna pérdida de función o autovalimiento. El paciente, en algunos casos, deberá reinternarse por períodos cortos para nuevos estudios o evaluaciones. Es fácil de entender cómo simplifica acceder a dichos controles dentro

de su provincia o en todo caso a no más de 3 horas de automóvil (Salta o Jujuy).

- Por lo anteriormente relatado un instituto con internación en rehabilitación tendrá un crecimiento exponencial de la población asistida ya que a los nuevos pacientes se les debe sumar aquellos que ya pasaron su período de rehabilitación internados y concurren para los controles periódicos. Estimo que actualmente la demanda está totalmente insatisfecha.
- Del problema ya enunciado surge una pregunta que el trabajo tratará de responder ¿ Se justifica la creación de un Centro de Rehabilitación con internación en el ámbito del noroeste argentino?. Una vez contestada la pregunta, las conclusiones pueden ser útiles para las autoridades sanitarias de la región o para algún inversor que desee encarar el proyecto.
- El **objetivo general** del trabajo es **fundamentar** la necesidad de un centro de rehabilitación con internación en el ámbito del noroeste argentino.
- Los **objetivos específicos** del trabajo son:
 - Estimar la cantidad de personas discapacitadas que hay en el NOA argentino.
 - Conocer los índices de prevalencia e incidencia de las enfermedades discapacitantes motoras que necesitan de internación en rehabilitación en su período agudo.
 - Releva en los sistemas de salud pública y privada del NOA las instituciones que actualmente brindan servicios de rehabilitación.
 - En base a los puntos anteriores inferir la cantidad de personas que necesitarían internación en rehabilitación. Dicho número será de gran importancia ya que contestará la pregunta que genera este trabajo.

3. Desarrollo

A. Cantidad de discapacitados del NOA.

- De acuerdo a datos proporcionados por el INDEC, la población del NOA según censo 2001 que comprende las provincias de Santiago, Tucumán, Catamarca, Salta y Jujuy es la siguiente:

Tabla 1
Población del NOA

Provincia	Población en 2001	Población estimada en 2004
Santiago del Estero	804.457	855.942
Tucumán	1.338.523	1.424.188
Catamarca	334.568	355.980
Salta	1.079.051	1.148.110
Jujuy	611.888	651.048
total	4.168.487	4.435.270

Según los mismos datos la variación relativa de la población comparándola con el censo 1991 fue de 21,5 %. Suponiendo que el crecimiento poblacional se mantiene en los mismos índices estimamos un crecimiento 2001-2004 del 6,4 %. Llegamos a un total 4.435.270 personas que habitan el NOA argentino en el año 2004.

- El objetivo general de este Trabajo de Integración se encuentra dentro de la problemática de la discapacidad en general. Es necesario, para un mejor entender, conocer ese contexto general. Es interesante saber cual es la población de discapacitados en esta región. El trabajo luego se concentra sobre la población que sufre una determinada discapacidad. Diferentes artículos informan sobre el porcentaje de discapacitados en la población, esa prevalencia de discapacidad difiere entre artículo y artículo. Es interesante

conocer estos datos para valorar la magnitud del problema que es hoy la atención a los discapacitados.

1. La Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de Vida y Trabajo, estima que la discapacidad afecta a un 17 % de la población; el 6 % de ellos está en edad de trabajar.
2. Un censo realizado en EEUU en el año 2000 mostró en la población mayor de 5 años un porcentaje de discapacidad del 19,3 %, abarcando las discapacidades sensoriales, físicas, mentales y para autocuidado. El intervalo de edad entre 5 y 15 años mostró un porcentaje de discapacidad del 5,8 %, siendo la discapacidad física el 1 %. En el intervalo de edad entre 16 y 64 años el porcentaje de discapacidad fue de 18,6 %, siendo la discapacidad física el 6,2 %. En la población mayor de 65 años el porcentaje de discapacidad fue del 41,9 %, siendo la discapacidad física el 28,6 %.
3. Un trabajo de investigación en Canadá estima que el 40 % de las personas mayores de 65 años presentan discapacidad que interfiere con sus actividades de la vida diaria y el 25 % de ellos están severamente impedidos.
4. En España una encuesta a nivel nacional realizada en año 1999 mostró que la prevalencia de discapacidad es del 9 %. El 32 % de las personas con más de 65 años tiene algún tipo de discapacidad. Entre las que tienen 6 y 64 años la proporción es del 5 %. El 25 % de las discapacidades registradas en la encuesta son motivadas por deficiencias osteoarticulares.
5. La OPS/OMS dentro del Programa Regional de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación informa un estimado de la población general con discapacidad en todos los países latinoamericanos. Para Argentina se estima un porcentaje del 6,8 % de la población con algún tipo de discapacidad.
6. Un interesante artículo publicado en mayo de 1998 por la University of North Dakota, informa que el 24,8 %

de los estadounidenses nativos (indios) de más de 65 años presentaba discapacidad, siendo las limitaciones al movimiento las más frecuentes. Agrega, además, que el aumento de la expectativa de vida derivará en un explosivo aumento de las necesidades para contener y tratar las discapacidades, en las próximas dos generaciones.

7. En Escocia el 12 % de la población se estima que es discapacitada. De ellos el 0.3 % es probable que use silla de ruedas todo el día y el 2,5 % que tenga dificultad para caminar 50 yardas seguidas.
8. Un artículo del Disability Action Group estima la prevalencia de discapacidad en el 10 % de la población. Comenta que el porcentaje es mayor en aquellos países en los cuales la pirámide poblacional está invertida.

Podemos observar que el porcentaje de discapacidad en la población varía de acuerdo al grupo etario que se está evaluando. Resumimos que en la población menor a 55 años de edad el porcentaje de discapacidad es del 5,5 %. A partir de los 55 años el porcentaje comienza a subir aceleradamente llegando a los 70 años a un porcentaje de 25 %.

Tomando como base los datos del Censo Nacional de 2001, estimando la población al año 2004 y separando la población en menores y mayores de 55 años, podemos decir que el NOA presenta la siguiente situación:

Tabla 2.
Población discapacitada del NOA

	Según censo 2001	Estimada 2004	Discapacitada
Población del NOA	4.168.487	4.435.270	354.380
Población menor a 55 años	3.636.187	3.868.902	212.789
Población mayor a 55 años	532.300	566.367	141.591

Debo aclarar que dentro de las personas consideradas discapacitadas tenemos aquellas con discapacidad sensorial, física y mental.

B. Incidencia y prevalencia de enfermedades que producen discapacidad motora severa aguda.

Ahora veremos, incidencia y prevalencia de enfermedades que producen discapacidades motores severas agudas que requieren internación en rehabilitación.

- Las patologías más comunes que necesitan internación en rehabilitación son las lesiones medulares, los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos de cráneo severos. Las causas más frecuentes de lesiones medulares y traumatismos de cráneo severos son los accidentes de tránsito. Actualmente estos pacientes, en el NOA, continúan internados un tiempo prolongado en el Hospital hasta que son dados de alta derivándolos a sus domicilios. Sin rehabilitación tendrán una morbilidad alta y seguramente dependencia total de una tercera persona para sus actividades básicas.
- Veremos ahora prevalencia e incidencia de las lesiones medulares. Los datos siguientes fueron encontrados en internet. No encontré datos de países latinoamericanos.
 1. Un interesante artículo publicado en Arch Neurol. 1980, indica que la incidencia de lesión medular es de 30 casos por millón de habitantes en riesgo. La prevalencia en 500 por millón. Estima en que es necesario 8.88 camas por cada millón de habitantes para el cuidado de los pacientes lesionados medulares nuevos.
 2. Datos aportados por la Foundation for Spinal Cord Injury Prevention, Care & Cure, estiman la incidencia de lesionados medulares en 40 casos nuevos por millón de habitantes. La prevalencia entre 721 y 906 por millón. Comenta cómo disminuyeron los días de internación en el período agudo de 26 días en 1974 a 16 días en 1999.

También indica cómo bajaron los días de internación en rehabilitación de 115 días en 1974 a 44 días en 1999.

3. El portal español de terapia ocupacional informa que la incidencia de lesionados medulares es de 20-25 casos por millón de habitantes/año debidos a lesiones traumáticas y de 8-10 casos por causas médicas (mielitis, tumores, etc). La prevalencia es de 500 casos por millón.
4. Otro índice en EEUU ,fechado en el año 1998, indica que la incidencia anual de casos de lesión medular con hospitalización es de 30-40 por millón. La prevalencia nacional es de 183.000 a 230.000.
5. Un estudio en Australia indica una incidencia de 14,5 casos por millón de habitantes.
6. En Canadá un estudio terminado en el año 2.000 indica una incidencia anual de lesionados medulares que sobrevivieron a la hospitalización durante el período agudo de 44,3 / millón/año.

Podemos resumir en un cuadro más demostrativo los números anteriores:

Tabla 3
Incidencia de lesionados medulares

Fuente	Incidencia de lesionados medulares por millón	Prevalencia de lesionados medulares por millón
Archieves Neurol. 1980	30	500
Foundation for SCI prevention	40	721-906
Terapia Ocupacional española	28-35	500
Staas W, Rehab Medicine, De Elisa, J.	30-40	
Australia	14,5	
Canadá	44,3	

Tomando como parámetro una incidencia de 35 por millón, una prevalencia de 500 por millón y la población en la región de acuerdo a la tabla 1, llegamos a la siguiente conclusión:

Tabla 4.
Prevalencia e incidencia de lesiones medulares en el NOA

Población del NOA, 4.435.270 habitantes	Incidencia anual de lesionados medulares en la región del NOA	Prevalencia anual de lesionados medulares en la región del NOA
	155	2.215

Varios comentarios se pueden y deben hacerse al leer estas cifras; en el NOA hay un lesionado medular día por medio y una población ya lesionada medular de 2.215 personas. Todas estas personas tienen necesidades muy especiales por el resto de su vida y sobre todo necesitan, cerca de su domicilio, un lugar donde rehabilitarse para alcanzar su independencia y donde continuar consultando el resto de su vida.

- Ahora veremos incidencia y prevalencia de accidentes cerebrovasculares (ACV). Los datos fueron obtenidos en internet, no hay información de Latinoamérica.
 1. Un documento del Ministerio de Salud de Malasia informa que según la literatura después de un ACV el 23 % de los pacientes quedan con una discapacidad severa o muy severa ; el 26 % con una discapacidad moderada ; el 41 % con pequeña discapacidad y el 10 % sin discapacidad. Comenta además que la rehabilitación precoz está asociada a la disminución de la mortalidad y morbilidad. [http://www.moh.gov.my/medical/HTA/HTA-executive summary/STROKE Rchabilitation.doc](http://www.moh.gov.my/medical/HTA/HTA-executive_summary/STROKE_Rchabilitation.doc)
 2. El “condado “ de North Lincolnshire en Inglaterra, dentro de un artículo titulado Health Improvement Programme, en el capítulo de Stroke, comenta que en Inglaterra el 2 por mil de la población hará su primer ACV cada año. El 50% de los pacientes tendrán más de 75 años, un 25 % entre 65 y 75 años y un 25% menores a 65 años. Si

añadimos la incidencia de la recurrencia de ACV llegamos a una incidencia de 2,4 AVC cada mil habitantes por año. La prevalencia para ACV en Inglaterra es de 5-7 por mil habitantes, siendo discapacitados el 50 % de ellos.
http://www.nlpct.nhs.uk/publications/docs/Hlmpchapter3_Stroke.pdf

3. En otro condado Inglés, Dundee, un artículo publicado por el Dr. Mac Walter informa que la incidencia de ACV varía entre 81 y 150 personas cada 100.000 habitantes; el 75 % de los ACV se dan en personas mayores de 65 años; la prevalencia es de 518 cada 100.000 habitantes. Agrega que el 53 % de los ACV quedan físicamente dependientes de una tercera persona hasta los 6 primeros meses post-stroke. Agrega que el seguimiento al año de los ACV muestra que el 33% muere, el 45 % queda independiente, el 22% dependiente (severa discapacidad) y el 20 % requiere una institucionalización. En cuanto al impacto de la enfermedad en la sociedad refiere que el 10 % retorna a la normalidad, el 48 % queda con una hemiparesia, el 22% queda imposibilitado de caminar, el 24-53 % queda con una dependencia parcial o total y el 12-18% con afasia.
<http://www.dundee.ac.uk/medicine/StrokeSSM/StrokeIncidencePrevalencePlain/sld001.htm>
4. Un artículo publicado por la Sociedad Inglesa de Fisioterapia en marzo del 2002 informa una incidencia de ACV anual en Inglaterra y Gales de 2 cada 1.000 habitantes. La prevalencia informada es de 1.470 cada 100.000 habitantes.
5. Un estudio presentado por el Dr. Mauricio Concha sobre los aspectos epidemiológicos de la enfermedad cardiovascular publicado en el primer Congreso virtual de cardiología informa que en Estados Unidos la incidencia de ACV ajustada por edad es de 100-300 cada 100.000 habitantes por año (American Heart Association). La prevalencia informada es de 500-600 cada 100.000 habitantes en países occidentales.

6. Un póster presentado por el Dr. Angulo Hervás, en las XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud de España informa que la incidencia de ACV en España es de alrededor de 200 casos por 100.000 habitantes.
7. Un capítulo sobre Rehabilitación del ACV, en Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, Third Edition, by Joel DeLisa indica una incidencia de 200 cada 100.000 habitantes en EEUU en el año 1960. Dicha cantidad se eleva a 2.500 cada 100.000 por arriba de los 80 años.
8. Estadística de salud de Escocia informan una incidencia de ACV en 1998 de 192 y 210 cada 100.000 habitantes para hombre y mujeres respectivamente.

Podemos resumir los datos anteriores en la siguiente tabla:

Tabla 5
Incidencia y prevalencia de ACV

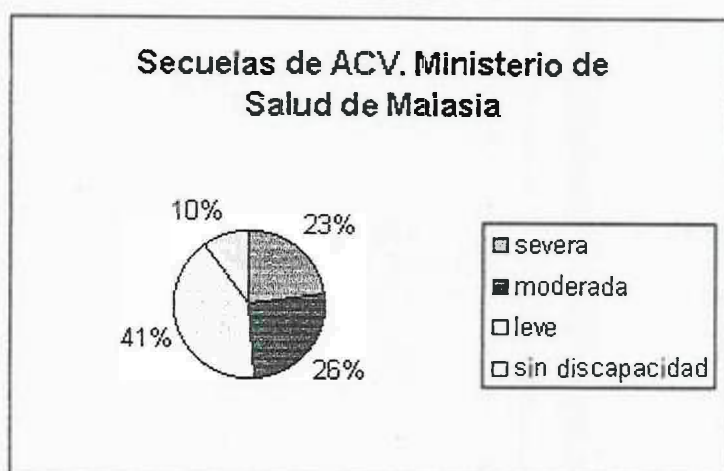
Fuente	Incidencia de ACV por 100.00 habitantes	Prevalencia de ACV por 100.000 habitantes	secuelas
North Lincolnshire - Inglaterra	200	500 - 700	50 % discapacitados
Dr. Mac Walter; Dundee- Inglaterra	81- 150	518	53 % dependientes
Sociedad Inglesa de Fisioterapia	200	1.470	-----
Dr. Mauricio Concha, Universidad de Miami. USA	100 - 300	500 - 600	-----
Dr. Angulo Hervás, Universidad de Navarra, España	200	-----	-----
Murray Brandstater ,MD	200	-----	-----

Scottish Health Statistic, 2.000	198-210	-----	-----
-------------------------------------	---------	-------	-------

Usando la mediana de la incidencia llegamos al número de 200 ACV cada 100.000 habitantes. Del mismo modo la prevalencia es de 559 ACV cada 100.000 habitantes.

Un documento del Ministerio de Salud de Malasia nos informa las secuelas de dichos ACV:

Gráfico 1



Teniendo en cuenta la población estimada del NOA de la tabla 1 podemos resumir lo siguiente:

Tabla 6.
Incidencia y prevalencia de ACV en el NOA.

Población del NOA, 4.435.270 habitantes	Incidencia anual de ACV en la región del NOA	Prevalencia anual de ACV en la región del NOA
	8.870	24.791

De todos los ACV podemos estimar que solo los que tienen secuelas severas (23 %) necesitarán internarse para rehabilitación. Los que afortunadamente tienen secuelas leves o moderadas podrán hacer la rehabilitación en forma ambulatoria. Podemos concluir que necesitan de internación para rehabilitarse después de un ACV 2.040 personas anualmente en la región del NOA.

No tengo datos sobre qué porcentaje de la prevalencia se reinterna a rehabilitar.

Ahora veremos incidencia y prevalencia de traumatismos de cráneo. Los datos siguientes fueron obtenidos de internet, no encontrando datos de países latinoamericanos. La poca información disponible viene de EEUU y de Australia y tiene grandes diferencias en los números debido a las distintas apreciaciones sobre el tema.

1. Un capítulo sobre rehabilitación del traumatismo de cráneo, en *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, Third Edition*, by Joel DeLisa, comenta que alrededor del 16 % de los pacientes que sobrevivieron a un TEC severo presenta una severa discapacidad a los 12 meses del trauma. Un 31% presenta una discapacidad moderada. La incidencia de TEC que requieren internación es de 200 cada 100.000 habitantes. La incidencia de sobrevivientes al TEC que quedan con una moderada o severa secuela física es de 20 cada 100.000 habitantes.
2. Un extenso trabajo sobre traumatismo de cráneo, *Kentucky Traumatic Brain Injury Pilot Prevalence Study*, nos da datos importantes. Casi un tercio (32,6 %) de los TEC necesitan servicios profesionales médicos después del TEC, de ellos el 42 % necesitaron terapia física, terapia ocupacional y/o fonoaudiología; el TEC representa la mayor causa de morbilidad y mortalidad en los EEUU; los que sobreviven a daño moderado o severo a menudo requieren largos períodos de rehabilitación.
3. Un estudio, *Traumatic Brain Injury: Definition, Epidemiology, Pathophysiology* by Segun T Dawodu MD, Mount Sinai Hospital, NY, indica que la incidencia de TEC severos es de 14 casos cada 100.000 habitantes, y los TEC moderados es de 15 casos cada 100.000 habitantes.
4. Un trabajo, *Traumatic Brain Injury: Prevalence, Disability & Services* by Kyle Muus MD, informa que la prevalencia de discapacitados debido a TEC es de 2 % en EEUU.
5. Un informe, *Traumatic Brain Injury in the United States: a Report to Congress*, estima que el 2 % de la población

están viviendo con discapacidad como resultado de un TEC, tomando esa cifra como la prevalencia de discapacidad pos TEC; comenta que el 35% de los internados por TEC que sobreviven presentan discapacidad por largo tiempo.

6. Hay un reporte proveniente de Australia (The Definition, Incidence and Prevalence of Acquired Brain Injury in Australia) ,que informa sobre incidencia y prevalencia de "daño cerebral adquirido" (Acquired Brain Injury) definición que involucra además de los TEC, los ACV, las lesiones por anoxia, el daño cerebral relacionado con el alcohol, el daño cerebral del niño. No discrimina los índices de cada una de estas patologías por lo tanto no lo puedo tomar en cuenta. Es interesante leerlo.

Podemos resumir los datos mostrados en la siguiente tabla.

Tabla 7
Incidencia y Prevalencia de TEC en el NOA

Incidencia de TEC que requieren internación	200 cada 100.00 habitantes	En el NOA 8.870 internaciones anuales
Porcentaje de TEC que necesitan rehabilitación	42 %	En el NOA 3.725 pacientes
Incidencia de TEC severos	14 cada 100.000 habitantes	En el NOA 616 TEC severos anuales
Incidencia de TEC moderados	15 cada 100.000 habitantes	En el NOA 664 TEC moderados al año
Prevalencia de discapacidad posterior a un TEC	3 % de la población	En el NOA 133.058 personas

Tomando como referencia la incidencia de TEC severos y teniendo en cuenta que dichos pacientes quedan con secuelas neurológicas y cognitivas importantes podemos decir que requieren internación en rehabilitación 616 TEC severos al año en el NOA. Es seguro que

un porcentaje determinado de los TEC moderados también requieran un período de internación en rehabilitación pero desconozco la cantidad.

Es interesante como cruzando los datos sobre la incidencia anual de lesionados medulares (155) y las camas necesarias para rehabilitar lesionados medulares (8.88/1.000.000) o sea 39 camas, llegamos a conclusiones verdaderas. Teniendo 39 camas para rehabilitar con un promedio de internación de 8 a 12 semanas (promedio actual en EEUU) se puede asistir a los 155 pacientes durante un año.

C. Relevamiento en salud pública y privada en el NOA

Para conocer si la región tiene la suficiente estructura para asistir a la incidencia anual de discapacitados severos, redacté dos cartas casi iguales, una para ser presentada ante autoridades estatales y otra para el ámbito privado. Las enuncio a continuación:

•

San Miguel de Tucumán, febrero 10 de 2.004

S-----D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de comentarle que dentro de las exigencias de la maestría en Administración y Políticas de Salud que ISALUD brinda en Tucumán, está la presentación de un Trabajo Integrador Final (tesis) como aporte necesario para aprobar la maestría.

El tema elegido por mí para dicho trabajo es **“Fundamentar la necesidad de la creación en el ámbito del NOA de un Centro de Rehabilitación con internación para discapacitados motores severos”**. Las patologías que entran en este trabajo son fundamentalmente los lesionados medulares, los accidente cerebro-vasculares severos y los traumatismos de cráneo severos.

Dividí el trabajo en una primera parte en la cual, tomando datos de otros países, inferí la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en el NOA. La segunda parte, que motiva esta carta, es conocer qué servicios públicos o privados hay para asistir a la demanda.

Por tal motivo me dirijo a Ud. para solicitarle tener a bien contestarme las siguientes preguntas:

1. En el ámbito estatal se brinda la modalidad de prestación de “Internación en rehabilitación”? Cuántas camas tiene el sistema para esta modalidad?.
2. Cuántos médicos fisiatras, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales forman parte de la planta permanente del sistema de salud?.

Sé que en el NOA no hay una Institución pública o privada que sea referencia a la hora de internar para rehabilitar, por ejemplo, a un lesionado medular. Es por eso que surgen los viajes a Buenos Aires, Córdoba o Cuba. Capita Federal y Gran Buenos Aires derivan sus lesionados medulares a dos centros específicos el Instituto de Rehabilitación Psicosfísica y el Hospital Roca, ambos municipales. La patagonia tiene su red de derivación al Instituto Psicosfísico del Sur de Mar del Plata, que depende de la Nación. El NOA no tiene ninguno. Espero que la

conclusión de este trabajo sirva para que la región, en algún momento, tenga la cobertura en salud necesaria para asistir a estos pacientes.
Desde ya muchas gracias por la colaboración y me comprometo, una vez aprobado el trabajo final, a remitirle una copia con las conclusiones.
Atentamente.

Dr. José Saa Belfiore
médico fisiatra
Junín 541-Tucumán
Tel: 0381-4221553
Cel: 0381-155-00-7380

Febrero 10 del 2004.
Tucumán.

●
De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de comentarle que dentro de las exigencias de la maestría en Administración y Políticas de Salud que ISALUD brinda en Tucumán, está la presentación de un Trabajo Integrador Final (tesis) como aporte necesario para aprobar la maestría.

El tema elegido por mí para dicho trabajo es **"Fundamentar la necesidad de la creación en el ámbito del NOA de un Centro de Rehabilitación con internación para discapacitados motores severos"**. Las patologías que entran en este trabajo son fundamentalmente los lesionados medulares, los accidente cerebro-vasculares severos y los traumatismos de cráneo severos.

Dividí el trabajo en una primera parte en la cual, tomando datos de otros países, inferí la incidencia y prevalencia de estas enfermedades en el NOA. La segunda parte, que motiva esta carta, es conocer qué servicios públicos o privados hay para asistir a la demanda.

Por tal motivo me dirijo a Ud. para solicitarle tener a bien contestarme la siguiente pregunta:

1. En el ámbito de la Cámara que Ud. preside, se brinda la modalidad de prestación de "Internación en rehabilitación"? Cuántas camas tiene la Cámara para esta modalidad?

Sé que en el NOA no hay una Institución pública o privada que sea referencia a la hora de internar para rehabilitar, por ejemplo, a un lesionado medular. Es por eso que surgen los viajes a Buenos Aires, Córdoba o Cuba. Capital Federal y Gran Buenos Aires derivan sus lesionados medulares a dos centros específicos el Instituto de Rehabilitación Psicofísica y el Hospital Roca, ambos municipales. La Patagonia tiene su red de derivación al Instituto Psicofísico del Sur de Mar del Plata, que depende de la Nación. El NOA no tiene ninguno. Espero que la conclusión de este trabajo sirva para que la región, en algún momento, tenga la cobertura en salud necesaria para asistir a estos pacientes.

Desde ya muchas gracias por la colaboración y me comprometo, una vez aprobado el trabajo final, a remitirle una copia con las conclusiones.
Atentamente.

Dr. José Saa Belfiore
médico fisiatra
Junín 541-Tucumán
Tel: 0381-4221553
Cel: 0381-155-00-7380

Febrero 10 del 2004.
Tucumán

Las cartas para el ámbito estatal fueron enviadas a:

1. Dr. Marcelo Bellone, Director Provincial de Salud, Gobierno de la Provincia de Jujuy.
2. Dr. Fernando Avellaneda, Coordinador, Ministerio de Salud y Acción Social, Gobierno de la Provincia de Tucumán. Contestó afirmando que en el ámbito del

Sistema Provincial de Salud de la Provincia de Tucumán, no se brinda la modalidad de rehabilitación en internación.

3. Ministro de Salud de la Provincia de Salta. Contestó a través del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta.

Las cartas para el ámbito privado fueron enviadas a :

1. Cámara de Empresas Jujeñas de Salud. Contestó la carta la Dra. Patricia Boscarino en la cual informa que "en la red prestacional de la Cámara no se realizan internaciones para atención de pacientes que requieran rehabilitación".
2. Asociación de Clínicas y Sanatorios de Jujuy. No contestó.
3. Colegio de Médicos de la Provincia de Tucumán. Contestó la carta el Dr. Pedro Ledesma informando que " a través de nuestra Institución, no se efectúa dicha modalidad".
4. Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán. Contestó a través del Dr. Paris, informando que no hay asociados que brinden internación en rehabilitación.
5. Colegio de Médicos de la Provincia de Salta. Contestó la carta el presidente del Colegio el Dr. Nicolás Salazar comunicando que "no existe en nuestra ciudad (Salta) institución que brinde la modalidad de internación en rehabilitación".
6. Círculo médico de Salta. Contestó la carta el Dr. Anea, comentando que de "averiguaciones realizadas ante el Área Infraestructura del Ministerio de Salud Pública de Salta surge que la Provincia de Salta no cuenta por el momento con un Centro Asistencial de Rehabilitación con internación para discapacitados motores severos agudos."

4. Resultados

En el noroeste argentino anualmente necesitan de internación en rehabilitación 616 TEC severos, 155 lesionados medulares agudos y 2.040 ACV severos. En total

son 2.811 personas que todos los años necesitan internarse para intentar revertir déficit funcionales severos.

No hay institución en el NOA tanto en el ámbito privado como en el estatal que brinde la modalidad de rehabilitación en internación.

4. Conclusiones

La creación de un Centro de Internación con Rehabilitación dentro del noroeste argentino cubrirá la demanda hoy insatisfecha.

5. Bibliografía

1. INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
2. Enfermedad, discapacidad e inclusión social. Fundación Europea para la mejora de las condiciones de Vida y Trabajo
3. Characteristics of Civilian Noninstitutionalized Population by Age, Disability Status, and Type of Disability : 2000. U.S. Census Bureau, Census 2000, Summary File 3. www.census.gov/prod/cen2000/doc/sf3.pdf.
4. Parminder Raina, Steven Dukeshire, Joan Lindsay. Prevalence, Risk factors, and Primary Causes of Disability Among Canadian Seniors: An Analysis of the 1986 y 1992 Health and Activity Limitation Surveys. Mc Master University, Independence and Economics Security of the Older Population, research papers number 11.
5. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Avance de resultados. Datos básicos. Madrid, 2000. Instituto Nacional de Estadística de España, IMSERSO y Fundación ONCE www.ine.es/discapa/discapamenu/htm
6. Programa Regional de Prevención de Discapacidades y Rehabilitación en Latinoamérica. Resumen de Discapacidad en las Américas. OPS/OMS, 2003.

7. Disabilities Among Native American Elders, May 1998. National Resource Center on Native American Aging at the University of North Dakota.
8. Sheila & Brian Henderson, Reid-Howie Associates. Transport Provision for Disabled People in Scotland, 1999.
9. Dr. Einar Helander; An Introduction to Community-Based Rehabilitation, second edition 1999. Disability Action Group. <http://dag.virtualave.net>
10. De Vivo MJ, Fine PR, Martz HM, Stover SL. Prevalence of spinal cord injury: a reestimation employing life table techniques. Arch Neurol. 1980 Nov; 37 (11) : 707-8.
11. Spinal Cord Injury Facts, Statistics, updated May, 2001. Foundation for Spinal Cord Injury Prevention, Care & Cure.
12. Portal español de terapia ocupacional. Artículos. Qué es la espasticidad ?; 26/09/2000. www.terapia-ocupacional.com
13. Staas W et al, in Chapter 51, Spinal Cord Injury and Spinal Cord Injury Medicine. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, Third Edition by Joel DeLisa. Lippincott. 1998.
14. O'Connor P.. Incidence and patterns of spinal cord injury in Australia. National Injury Surveillance Unit, Research Center for Injury Studies. Flinders University, Bedford Park, SA, Australia.
15. Dryden DM, Saunders LD. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in Alberta, Canada. Department of Public Health Sciences, Univ. of Alberta, Edmonton, AB, Canada.
16. Ministerio de Salud de Malasia. Stroke Rehabilitation. [http://www.moh.gov.my/medical/HTA/HTA-executive summary/STROKE Rehabilitation.doc](http://www.moh.gov.my/medical/HTA/HTA-executive_summary/STROKE_Rehabilitation.doc)
17. Health Improvement Programme, STROKE, North Lincolnshire District, England. http://www.nlpct.nhs.uk/publications/docs/Hlmpchapter3_Stroke.pdf
18. The Epidemiology of stroke, Incidence & Prevalence, by Mac Walter R S, MD, Consultant Physician, Ninewells Hospital & Medical School, Dundee, UK. <http://www.dundee.ac.uk/medicine/StrokeSSM/StrokeIncidencePrevalencePlan/sld001.htm>
19. A Foster, J Young. The Clinical and cost effectiveness of physiotherapy in the management of elderly people following a stroke. Bradford Elderly Care and Rehabilitation Research Department, UK. Marzo 2002.

20. Mauricio Concha, MD. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad cerebrovascular frecuencias y factores de riesgo. Departamento de neurología , Universidad de Miami.
21. Hervás, Angulo Adolfo. Estimación de los costes asociados al accidente cerebrovascular en la población de una zona básica de salud. XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud de España, Cadiz, junio 2.003.
22. Murray E. Brandstater MD, Stroke Rehabilitation. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, Third Edition, by Joel DeLisa. Lippincott. 1998.
23. Scottish Health Statistics 2.000. Section C9: Stroke. http://www.show.scot.nhs.uk/isd/Scottish_Health_Statistic/SHS2000/home.htm
24. Jonh Whyte MD et al, Rehabilitation of the Patient with Traumatic Brain Injury. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, Third Edition, by Joel DeLisa. Lippincott. 1998.
25. Kentucky Traumatic Brain Injury Pilot Prevalence Study, by Colleen A. Ryall, Director. University of Kentucky, 2003.
26. Segun T Dawodu, MD. Traumatic Brain Injury: Definition, Epidemiology, Pathophysiology. Junio 2003.
27. Kyle Muus, MD. Traumatic Brain Injury: Prevalence, Disability & Servoces, School of Medicine, University of North Dakota, USA.
28. Traumatic Brian Injury in the United States: a Report to Congress. Center for Desease Control.
29. The Definition, Incidence and Prevalence of Acquired Brain Injury in Australia, Department of Human Services and Health.