



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Tesinas de Grado

Moreno, Dominga Noemi

El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud

2023

Instituto de Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Kinesiología y

Fisiatría



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – No comercial – Sin obra derivada 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Moreno, DN. El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud [Tesis de grado].

Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2023. 112 p. Disponible en:

<https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/3008>



Instituto de Ciencias de la Salud

Tesina

para acceder al título de grado de la carrera de
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

“El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud”.

Autora:

Moreno, Dominga Noemí

Nº de legajo: 18686

Directora:

Lic. Krzysnik, Lorena

Fecha de presentación:

12/10/2022

Firma de autor:

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi tutora Lorena por haberme brindado su apoyo y su conocimiento en este camino de alguna manera nuevo para mí.

En segundo lugar, a mi universidad por la oportunidad de poder estudiar más cerca de mi hogar y mi familia.

En tercer lugar, a mi familia que fue el soporte de todos estos años transcurridos en los cuales siempre estuvieron para mí.

Y por último a mis padres que ya no están conmigo, en especial mi madre que siempre creyó que yo podía, que el conocimiento es importante sin importar la edad.

A todos y cada uno, gracias.

“No se pide lo que no se conoce, no se brinda lo que se desconoce”.

Moreno, Dominga Noemí

Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

APS: Atención primaria de la salud.

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud.

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ECV: Enfermedades cardiovasculares.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

CUS: Cobertura universal de salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

LMIC: Países de bajos y medianos ingresos.

RP: Rehabilitación pulmonar.

IPC: Colaboración interprofesional.

PS: Profesionales de la salud.

TME: Trastornos musculoesqueléticos.

ESP: Fisioterapia de alcance extendido.

DAPT: Acceso directo a la fisioterapia.

RBC: Rehabilitación basada en la comunidad.

CNRL: Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado.

IREL: Instituto de Rehabilitación del Lisiado.

BVS: Biblioteca Virtual en Salud.

WCPT: World Confederation for Physical Therapy.

CAPSA: Centros Periféricos.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

ETS: Enfermedad de transmisión sexual.

VDRL: prueba serológica para la sífilis

PAP: Prueba de Papanicolaou.

Índice

I. Introducción	7
II. Objetivos	11
II. a, Objetivo general.....	11
II. b, Objetivos específicos.....	11
III. Justificación	11
IV. Marco Conceptual	12
IV. a, La Salud.....	12
IV. b, Atención Primaria de la Salud.....	13
IV. c, Sistema de Salud en Argentina.....	15
IV. d, Centros de Atención Primaria de la Salud.....	17
IV. e, Niveles de atención.....	18
IV. f, Enfermedades crónicas no transmisibles.....	20
IV. g, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	22
IV. h, Las caídas en adultos mayores.....	23
IV. i, Equipo Interdisciplinario.....	25
IV. j, Rehabilitación en atención primaria de la Salud.....	27
IV. k, Kinesiología en Argentina.....	37
V. Estrategia Metodológica	44
VI. Contexto de Análisis	53
VII. Resultados	61
VIII. Conclusiones	72

IX. Referencias Bibliográficas	74
---	----

X. Anexos	85
------------------------	----

Índice de cuadros

Cuadro N° I: Términos claves utilizados para la investigación.....	46
Cuadro N° II: Combinaciones de términos claves.....	46
Cuadro N° III: CAPS visitados con sus domicilios.....	49
Cuadro N° IV: Especialidades más frecuentes en los grupos de trabajo.....	62
Cuadro N° V: Especialidades de menor frecuencia en los grupos de trabajo.....	62
Cuadro N° VI: Causas de la no inserción del kinesiólogo en la institución.....	69

Índice de mapas

Mapa N° I: Partido de Berazategui	47
Mapa N° II: Región Sanitaria VI.....	48

Índice de gráficos

Gráfico N° I: Representación de referentes según profesión.....	50
Gráfico N° II: Método de relevamiento.....	51
Gráfico N° III: Tiempo que lleva en funcionamiento la institución.....	61
Gráfico N° IV: Kinesiología en los Centros de Atención Primaria de la Salud.....	64
Gráfico N° V: Metodología de la atención en los centros visitados.....	65
Gráfico N° VI: Conocimiento de las funciones del kinesiólogo.....	67

Gráfico N° VII: Inserción del kinesiólogo.....	68
--	----

Índice de herramienta

Herramienta N° I: Modelo de Encuesta.....	52
---	----

Anexos

Anexo N° I: Solicitud de Autorización.....	85
Anexo N° II: Solicitud de Autorización.....	86
Anexo N° III: Solicitud de Autorización.....	87
Anexo N° IV: Constancia de Alumna Regular.....	88
Anexo N° V: Consentimiento Informado.....	89
Anexo N° VI: Encuesta 1°.....	90
Anexo N° VII: Encuesta 2°.....	91
Anexo N° VIII: Encuesta 3°.....	95
Anexo N° IX: Encuesta 4°.....	98
Anexo N° X: Encuesta 5°.....	99
Anexo N° XI: Encuesta 6°.....	101
Anexo N° XII: Encuesta 7°.....	104
Anexo N° XIII: Encuesta 8°.....	106
Anexo N° XIV: Encuesta 9°.....	109

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades. A su vez, reconoce a la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social y que la misma depende de la cooperación tanto de los ciudadanos como de los Estados¹.

La piedra angular para el logro de esa meta es la atención primaria de la salud (APS) es decir, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, al alcance de toda la población en el transcurso de su vida con su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La APS es parte y eje central del sistema nacional de salud, es el primer contacto del individuo con el sistema de salud y brinda además atención en los principales problemas de salud de la comunidad a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para lo cual se cuenta con un equipo de trabajo que puede estar conformado por médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que son necesarios².

Es así que continuando con este lineamiento, desde la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se proyecta el acceso sin discriminación alguna a servicios de salud adecuados, oportunos, de calidad y de manera integral, en la múltiple significación de integralidad como: fomento, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y cuidados de largo plazo, en todo el curso de la vida para todas las personas con el fin de obtener el mayor nivel de calidad de vida posible³.

Con respecto al sistema de salud en la República Argentina, el mismo está conformado por tres subsistemas: el sector público, el sector de seguridad social y el sector privado. El primero de ellos, está integrado por hospitales y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En las últimas décadas, la demanda de este subsistema público se acrecentó a causa del deterioro de los ingresos de gran parte

de la población, lo que provocó el desembarco masivo de concurrencia a dicho sector, proveniente de la franja social más empobrecida, acción que llevó al Ministerio de Salud a fortalecer la red de APS, con el fin de descomprimir el segundo y tercer nivel de atención, priorizando la prevención y la promoción de la salud⁴.

Por otra parte, se considera que el 73,4% de las muertes en Argentina son a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como las enfermedades cardiovasculares (ECV) y accidentes cerebrovasculares con factores de riesgo modificables. Según la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el año 2018 aumentó la prevalencia de los principales factores de riesgo de ECV en Argentina tales como, la hipertensión, diabetes, obesidad, inactividad física y mala nutrición.

Las intervenciones tempranas para promover la adopción de estilos de vida más saludables en estos sujetos, podrían reducir la presión arterial e incluso prevenir la hipertensión. No obstante, los servicios de atención primaria de salud en la mayoría de los países de América Latina, particularmente en entornos pobres, carecen de los recursos para implementar intervenciones eficaces de promoción de la salud⁵.

Asimismo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las caídas son dos de las principales causas de ingreso en el hospital, por parte de las personas mayores. El Modelo Económico de Prevención de Caídas de la Chartered Society of Physiotherapy en el año 2014, descubrió que si todas las personas mayores de 65 años, en riesgo de caerse, fueran derivadas a fisioterapia dentro de la atención primaria se podría reducir el número de pacientes que terminan en el departamento de emergencias del hospital después de una caída.

Además, pacientes con EPOC que participaron en clases de rehabilitación pulmonar, dirigidas por fisioterapeutas en el Reino Unido, presentaron menor riesgo de ser ingresados en el hospital. Estas son dos áreas, entre muchas otras, que los fisioterapeutas pueden manejar eficazmente en el entorno del primer nivel de atención⁶.

Los niveles de atención se definen como una forma ordenada de articular los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

En el primer nivel, los mismos se organizan de forma que permitan resolver las necesidades de atenciones básicas más frecuentes; mediante actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. En el primer nivel es donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes⁷. Así es como este nivel permite reducir el flujo de usuarios a los niveles más altos, racionalizando el uso de la tecnología y los recursos terapéuticos; permitiendo un mayor acceso a una atención continua y de calidad, a un costo más bajo y en el lugar y tiempo correctos⁸.

Las actividades intrínsecas de la APS se ponen en funcionamiento en los CAPS que son las estructuras físicas y se llevan a la práctica por el equipo de salud. Este es de suma importancia en lo concerniente a la atención de salud y en él intervienen profesionales de diferentes especialidades en la atención del paciente. Un equipo de atención primaria es un grupo de proveedores de atención en salud de dos o más disciplinas que coordinan su experiencia para abordar las necesidades de salud de los usuarios mediante la producción de alternativas de atención integral, una mayor continuidad y coordinación de la atención de los pacientes⁹. Este equipo tiene una mayor relevancia en el primer nivel de atención en salud porque, proporciona un servicio integral a los usuarios en su primer contacto con el sistema de salud.

Por ejemplo, lo publicado en el Anexo I Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, el cual refiere, que los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria estarán compuestos por trabajadores de la salud y profesionales de diferentes áreas de conocimiento; los cuales deberán actuar de manera integrada y trabajar de forma articulada con los demás equipos. En tanto el Equipo Ampliado estará conformado por: trabajador social, psicólogo/a, odontólogo/a, administrativo/a, pudiendo estar integrado también por obstétrico/a, nutricionista, kinesiólogo/a, además de otras disciplinas y especialidades médicas¹⁰.

En relación a la Kinesiología la misma se define como: la disciplina de la salud, arte y ciencia ejercida por los kinesiólogos que intervienen en la evaluación, prevención, conservación, tratamiento y recuperación de las capacidades físicas de las personas aplicando la kinesioterapia, kinefilaxia y fisioterapia¹¹.

El kinesiólogo o fisioterapeuta¹² por su formación académica está capacitado para actuar en relación al primer nivel de atención en funciones como las de elaborar y dirigir programas para la promoción de salud y prevención de enfermedades, elaborar y dirigir programas terapéuticos en relación con su disciplina, como así también, para trabajar en un equipo interdisciplinario de un centro asistencial del primer nivel¹³.

Por otra parte de acuerdo a sus competencias y según la ley N° 24.317 sobre el Ejercicio de la Kinesiología y Fisiatría, se enuncia que entre sus tareas se encuentran; la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, e integrar grupos interdisciplinarios, todo esto dentro de los límites de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes¹¹. Igualmente en el Artículo 1° de la Resolución 801, donde el Ministerio de Salud y Acción Social a través de su Ministro, aprueba las Normas de organización y funcionamiento de las áreas de kinesiología y fisiatría, en establecimientos asistenciales según niveles de riesgo¹⁴.

En consecuencia se puede decir, que es relevante para el primer nivel de salud contar con un kinesiólogo que pueda intervenir, no solo en la resolución de patologías músculo esqueléticas sino también, en el control de los factores de riesgo del desarrollo de las enfermedades y donde su accionar se dirija a una población sana pero en peligro eventual de enfermar por diferentes causas como la edad o el sobrepeso. La intervención del kinesiólogo tendrá en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas, es decir desde lo biopsicosocial, brindada por personal de la salud idóneo y capacitado para tal fin, en este caso los kinesiólogos tendrían mayor relevancia y excelencia en la pertenencia a esos equipos de APS.

A partir de lo presentado anteriormente, se propone plantear los siguientes interrogante

II. Objetivos

II. a, Objetivo general

- Conocer la valoración y percepción de los profesionales a cargo en los diferentes CAPS con respecto a la inserción del Kinesiólogo, en los referidos centros de salud.

II. b, Objetivos Específicos

- Evaluar cuál es la importancia que tiene para los demás integrantes del mencionado equipo, la participación del kinesiólogo en el mismo.
- Identificar cuáles son o deberían ser las funciones del kinesiólogo, en el equipo de salud según la mirada de los profesionales que integran el equipo citado con anterioridad.

III. Justificación

A partir de lo expuesto con antelación, se considera importante conocer el nivel de inserción del kinesiólogo en los CAPS, no solo, para obtener un número real de los citados profesionales desempeñando sus conocimientos en los centros referidos sino también para enfatizar los múltiples beneficios de su inclusión en dicho subsistema. Además, es de considerar que el profesional en cuestión está capacitado, tanto en su formación académica, como en sus competencias, para recibir y resolver patologías que son de resorte kinésico y que pueden ser atendidas en dichos establecimientos evitando de este modo que los pacientes sean derivados al nivel superior con la consiguiente espera para ser atendidos y la sobreutilización de recursos: tecnológicos, económicos y temporales, tanto del paciente como de los profesionales. Su trabajo puede bifurcarse en diferentes grupos de riesgo como la obesidad y el estilo de vida sedentario, en programas preventivos de patologías respiratorias, neurológicas y enfermedades asociadas al deporte entre otros.

Para concluir, el enriquecimiento del soporte del kinesiólogo en el equipo de salud de los CAPS no solo es beneficioso para los pacientes, sino también para el médico general o de cabecera. A la vez, que por extensión habrá una mejor utilización de

los recursos en el nivel superior de atención en salud al disminuir el flujo de pacientes ambulatorios.

IV. Marco Conceptual

El propósito de esta investigación, es efectuar un nuevo aporte sobre la competencia del kinesiólogo en el primer nivel de atención de la salud por un lado, por otro lado es tratar de investigar qué tanto se conoce sobre las funciones de este profesional en este caso en los CAPS del municipio de Berazategui, por tal motivo, en la presente investigación bibliográfica se buscó descubrir, cómo es dicha inserción y cuales son sus funciones en otros centro de salud en entornos diferentes, ya sea cultural o económicamente.

IV. a, La salud como un derecho

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La cita corresponde al primer principio de la Constitución de la OMS. Organización, que tiene como finalidad rectora alcanzar para todos los pueblos del mundo el grado más alto posible de salud, también refiere que los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, esenciales para alcanzar el más alto nivel de salud, debe ser para todos y la cooperación activa de la población es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo. Los gobiernos, por otra parte, tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos que puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas ¹.

La Organización, es una agencia especializada independiente de la Organización de las Naciones Unidas, tiene el mandato único de desarrollar normas y estándares globales para la salud basados en las mejores prácticas y el conocimiento disponible. Además, monitorea y reúne datos e información de salud que se

recopilan en una base de datos separada, asimismo, publica anualmente estadísticas de salud global¹⁵.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, tanto a ella como a su familia, la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios¹⁶. En tanto niños, tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, a tener accesibilidad a servicios médicos y de rehabilitación, en especial con aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado, asegurar la aplicación plena de este derecho por tanto, debe tomar las medidas necesarias dirigidas a la revocación de las prácticas tradicionales nocivas para la salud del niño¹⁷.

El derecho primordial de todo ser humano, es la salud y el logro del grado más alto posible de la misma es un objetivo social fundamental en todo el mundo. Es deber de los gobiernos tomar medidas sanitarias y sociales para cuidar la salud de sus pueblos. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva¹.

IV. b, Atención Primaria de Salud

Las raíces de la APS se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación, tiene como objetivo asegurar para toda la sociedad el máximo nivel posible de salud y bienestar por medio de una atención focalizada en las necesidades de la persona lo más pronto posible.

La APS es primordial para que los sistemas de salud sean más resistentes en situaciones de crisis, más dinámicos en el diagnóstico precoz de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar a tiempo en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. Los sistemas de salud deben ser apropiados para las personas, el entorno y el fin para el que fueron creados.

El fortalecimiento del sistema de salud involucra entre otras cosas el fortalecimiento de la gestión y la financiación en materia de salud; la dotación de

personal de salud; la salud de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente hasta el envejecimiento saludable; la preparación, respuesta y recuperación ante las emergencias, así como también la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles¹⁸.

La APS se enfoca en los principales problemas de salud de la comunidad, para resolverlos brinda servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; integra actividades como: la educación sobre los principales problemas de salud, sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la asistencia materno infantil, la planificación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales así como el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes².

Las principales características de una estrategia basada en la APS son: integral esto es desde lo biopsicosocial; integrada desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, como también; continuada y permanente, activa, accesible, trabajo en equipo, comunitaria, participativa, programada, evaluable incluso docente e investigadora¹⁹.

No obstante, los sistemas de APS son deficientes en muchos países de renta media y baja, que a menudo no brindan una atención integral e integrada, centrada en las personas y de alta calidad. Frecuentemente, los sistemas se ven comprometidos por la escasez de recursos, la fragmentación y la mala gobernanza, consolidar las intervenciones de la APS y los modelos actuales para brindar paquetes esenciales de servicios de salud son fundamentales para lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS)²⁰. La cual tiene como principal objetivo, mejorar la salud de toda la población, por medio de servicios de salud de calidad sin que corran el riesgo de ruina económica o empobrecimiento.

La CUS, ha surgido en los últimos decenios en un contexto donde la salud se considera como un derecho humano básico y estrechamente relacionado a reformas sociales más amplias destinadas a mejorar las condiciones de vida y el acceso de los grupos más vulnerables a los servicios de salud²¹.

Se ha favorecido y de alguna manera aún se lo hace , la superioridad del hospital sobre el centro de salud, de lo curativo sobre lo preventivo, del tratamiento sobre la promoción, y del médico sobre los demás profesionales, puesto que, gran parte de los recursos de salud se dedica a los servicios curativos, sin tener en cuenta las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían disminuir considerablemente la carga de morbilidad a nivel mundial.

Sin un replanteo relevante es posible que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes y las repercusiones del cambio climático²².

El fortalecimiento de la atención primaria ha demandado, innovar desde de un modelo de atención esencialmente curativo, a otro orientado en la promoción y la prevención de la salud además de la integralidad de la atención. La atención primaria tiene el cometido de responder a la mayor parte de las carencias de salud, coordinar la atención integral y el flujo de las personas en el sistema de salud. La APS, es la estrategia más eficaz para abordar las nuevas necesidades en materia de salud como la expansión de los estilos de vida poco saludables, la globalización, el crecimiento de la urbanización no planificada y el envejecimiento de la población, que colaboran al incremento de las enfermedades crónicas y originan nuevas demandas para los servicios.

Para crear sistemas de salud más eficaces y equitativos, es importante tener en cuenta la responsabilidad de los organismos de formación así como los procesos formativos y de entrenamiento continuo de los equipos que trabajan en APS. El desafío de reorganizar los sistemas de salud en torno a una APS sólida de calidad, sólo se puede implementar con la cooperación de profesionales que entiendan y practiquen los atributos y principios fundamentales de la APS²³.

IV. c, Sistema de salud en Argentina

El sistema de salud en Argentina, es un sistema complejo, compuesto por tres subsistemas. Por un lado existe un aseguramiento privado dirigido al 5-8% de la

población con un mayor poder adquisitivo y sostenido por aportes voluntarios de aquellos individuos que desean contratar este tipo de cobertura

Por otro lado, se encuentra la Seguridad Social, compuesta por los trabajadores y sus familias, sostenida por aportes obligatorios de parte de los asalariados y por contribuciones que realiza su empleador, en Argentina, existen 311 seguros diferentes llamados Obra Social.

La mayoría, son Obras Sociales sindicales nacionales cada una asociada a cada rama productiva en la que desarrolla sus labores el trabajador o sus familias. Asimismo, existen Obras Sociales nacionales como la de las Fuerzas Armadas y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados; Obras Sociales provinciales de los empleados públicos de cada una de las 24 provincias y Obras Sociales de las Universidades Públicas Nacionales. La Seguridad Social, es el sector con mayor participación del sistema de salud, con prácticamente un 50-55% de los argentinos que trabajan y aportan a este sub-sector.

Finalmente, el Sistema Nacional de Salud (SNS) el cual es público y universal, a este sub-sector pertenecen aproximadamente entre el 40-45% de los argentinos, cantidad variable a lo largo de los años, ya que el porcentaje creciente o decreciente es acompañado por los vaivenes económicos de empleo y desocupación que sufre en forma cíclica el país. Los beneficiarios habituales del SNS son aquellos habitantes del país, tengan o no su ciudadanía, que no tienen un Seguro Social o un Servicio Privado²⁴.

Este sistema de salud, se distingue por la descentralización y la fragmentación de sus mecanismos de seguridad social, tanto en las fuentes de fondos como en la estructura de prestación de los servicios. El SNS se financia con fondos nacionales, provinciales y municipales, que contribuyen a los Ministerios o Secretarías de Salud en cada uno de estos niveles.

Siendo Argentina un país federal, este sistema no tiene una organización central, ni una coordinación fluida entre la Nación y las Provincias para la atención de sus beneficiarios. Así, cada provincia tiene autonomía para definir y establecer una estrategia de atención de la salud de sus habitantes. El subsector público cuenta con

una red de hospitales públicos y de CAPS los cuales brindan atención gratuita a cualquier persona que lo demande, en general, personas sin seguro médico²⁵.

El Estado argentino, acepta la importancia de la estrategia de APS para mejorar la eficiencia y equidad del sistema de salud a partir, de la puesta en marcha en el año 2004 del primer Plan Federal de Salud, en dicho programa se reconoce a la APS, como eje central de las políticas del subsector público del sistema de salud. Esta estrategia se encuentra íntimamente vinculada a los CAPS, puesto que son la estructura física donde se llevan a cabo las actividades intrínsecas de la APS²⁶,

IV. d, Centros de Atención Primaria de la Salud

Los CAPS, son propiedad y están administrados por las autoridades provinciales y municipales²⁵. Los centros de salud, son las instituciones del subsistema público de menor nivel de complejidad, a través de las cuales se llevan a la práctica acciones de promoción y prevención de la salud, así como de diagnóstico y rehabilitación de la enfermedad²⁶.

El uso efectivo de los recursos disponibles requiere que las atenciones de baja complejidad se brinden en los CAPS, a fin de aprovechar los hospitales para tratamientos de mayor dificultad y gravedad.

A través de los CAPS se entregan recursos destinados a cubrir las necesidades de salud de la población, como es el caso de los programas nacionales; Remediar que consiste en la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios a la población más vulnerable y Plan Nacer el cual está orientado a la asistencia de salud de embarazadas, y niños/as menores de 6 años que no posean cobertura de salud, con el objetivo de reducir la mortalidad materno infantil.

Existe una serie de motivos de consulta que abarcan la gran mayoría de las causas que guían la demanda de la población a solicitar asistencia en los CAPS, como: control de embarazo, control de salud en niños menores al año, traumatismos osteoarticulares menores, patología respiratoria alta y baja, diarrea, parasitosis intestinal y patologías crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial entre otros.

La localización geográfica de estos centros tiene gran incidencia sobre el acceso geográfico y económico a la salud, especialmente para aquellos en condiciones de pobreza que no encuentran otra opción de atención. Por tanto, es de esperar que donde se concentra mayor población vulnerable, la presencia de los CAPS debería ser mayor.

De este modo, uno de los tantos obstáculos de acceso a la salud para la población que más necesita de servicios sería mitigado. Fallas en la distribución de los centros limitan tanto la prestación de servicios como la eficacia de los programas enfocados en el cuidado de la población más indefensa en lo referido a la atención de salud²⁷.

La ausencia de determinados profesionales de la salud en un CAPS puede deberse a que este se encuentra en red con otros establecimientos que cuentan con esos recursos humanos y pueden brindar esos servicios a los usuarios. No obstante, la presencia de determinados servicios en los CAPS transmite la valoración que las diferentes jurisdicciones les brindan como parte de la estrategia de APS y está fuertemente vinculada con la accesibilidad.

Por ejemplo, si para utilizar servicios de salud mental u odontológica, el usuario debe trasladarse a hospitales de referencia, aumentan las barreras en el acceso a causa de los mayores costos y tiempos de traslado, a la vez que los centros no cuentan con dichos profesionales para brindar actividades de promoción, prevención y educación sanitaria¹⁹.

IV. e, Niveles de atención

Se define a los niveles de atención, como una forma estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, donde la organización de los recursos permite resolver las necesidades de atención básica más frecuentes, necesidades que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad además de procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Como puerta de entrada al sistema de salud permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. El primer nivel cuenta con establecimientos de baja complejidad, como consultorios y centros de salud, es en este nivel donde se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes.

En el segundo nivel de atención se encuentran los hospitales y establecimientos donde se proporcionan servicios vinculados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se considera que entre el primer y el segundo nivel se puede resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la población

En tanto el tercer nivel, se destina para la atención de problemas poco prevalentes, es decir a la atención de patologías complejas que demandan procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se plantean⁷.

Se espera que el primer nivel de atención, desempeñe la función de coordinador de la atención del paciente durante toda la atención continua. La integración de la atención es un elemento clave de las reformas de los sistemas de salud, considerada central para hacer frente a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población y en especial, el aumento de la carga de enfermedades crónicas, que a menudo necesitan la atención de diferentes grupos de proveedores y servicios a lo largo del tiempo.

La coordinación asistencial, puede definirse como el enlace de todos los servicios y acciones vinculados con la atención al paciente, de modo que, independientemente del lugar donde se ofrezcan, armonicen y alcancen un objetivo común, sin conflictos²⁸.

La coordinación de la gestión clínica, se define como, la prestación de asistencia secuencial y complementaria para el usuario, dentro de un plan de cuidados compartido por profesionales de diferentes servicios y niveles asistenciales que consta de tres dimensiones: consistencia asistencial, adecuada monitorización del paciente y accesibilidad entre niveles de atención.

La falta de integración entre los servicios de salud se traduce en una duplicación de esfuerzos, costos crecientes así como también crecientes desigualdades en el acceso a los servicios. Estrategias que ayuden a reforzar la coordinación de la gestión clínica, además de mejorar la integración entre niveles, pueden perfeccionar tanto la calidad como la eficiencia de los servicios, y así evitar las duplicidades innecesarias de las pruebas diagnóstico, la peligrosa polifarmacia, las derivaciones inadecuadas y la existencia de planes de atención conflictivos.

Una mejor coordinación de la gestión clínica también puede influir positivamente en las experiencias y satisfacción de los usuarios atendidos en los servicios de salud²⁹.

Asimismo, cuando no existe una posibilidad de referencia efectiva, los establecimientos del primer nivel dejan de ser la “puerta de entrada” al sistema y se transforman en el único servicio disponible para la población con menos recursos. En estos casos, más que atención primaria, se trata de una atención “primitiva” de la salud¹⁹.

IV. f, Enfermedades crónicas no transmisibles

Con base en la historia, las ECNT eran vistas como enfermedades que afectan en gran medida a los países ricos y a las poblaciones de edad avanzada, sin embargo, en la actualidad las ECNT están aumentando rápidamente en los países de bajos y medianos ingresos (LMIC), los cuales, están experimentando una transición epidemiológica, donde la muerte prematura igual que la discapacidad por cáncer y otras enfermedades no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardíacas, las enfermedades respiratorias crónicas y otras, están incrementando rápidamente, con un sufrimiento más prolongado y muertes a edades más tempranas en estos países que en los países de ingresos altos³⁰.

Cada año mueren 41 millones de personas a causa de las ECNT, más de 15 millones de estas personas mueren entre los 30 y 69 años y el 85% de estas muertes prematuras ocurren en los LMIC, la pobreza está fuertemente relacionada con las ECNT.

Las personas con pocos recursos económicos se enferman y mueren antes que las personas con mayores recursos económicos, porque tienen un mayor riesgo de estar expuestas a productos nocivos, como el tabaco, o prácticas alimentarias poco saludables, aparte de eso, poseen un acceso limitado a los servicios de salud, teniendo en cuenta que los elevados costos de las ECNT y el tratamiento que suele ser prolongado y costoso, agotan rápidamente los recursos del hogar.

Una forma de controlar las ECNT es enfocarse en reducir los factores de riesgo asociados con estas enfermedades. El manejo de las ECNT incluye la detección, el cribado, el tratamiento, además del acceso a cuidados paliativos de ser necesarios. Las intervenciones esenciales de estas enfermedades se pueden brindar a través de un enfoque en la APS para fortalecer la detección temprana y el tratamiento oportuno de los usuarios reduciendo así la necesidad de un tratamiento más costoso³¹.

Los sistemas de salud de todo el mundo afrontan desafíos cada vez más complicados, como la ascendente carga de enfermedades crónicas no transmisibles, los determinantes comerciales relacionados con la salud, las nuevas epidemias y la resistencia a los antimicrobianos.

En consecuencia, la orientación ha pasado de la atención curativa a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades por ende, se han desarrollado nuevos modelos de prestación, financiación y gobernanza de los servicios de atención primaria de la salud, dichos servicios son fundamentales para responder a pandemias, como la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 y mantener los servicios de salud esenciales. Igualmente, las políticas e intervenciones de APS, pueden mejorar la equidad y apoyar a los grupos desfavorecidos que no cuentan con cobertura asistencial²⁰.

Para corregir los factores de riesgo críticos para las ECNT como, el aumento de los malos hábitos alimentarios, el sedentarismo, el consumo tanto de tabaco como de alcohol, se necesitan políticas que vayan más allá del sector de la salud. Abordar las ECNT requiere, una acción multidisciplinaria y multisectorial que debe enfocarse en estos factores de riesgo y promover oportunidades para un estilo de vida saludable.

El aumento creciente de estas enfermedades en los LMIC, el costo de la gestión, junto con la difícil tarea de tratar las enfermedades infecciosas en sistemas de salud ya sobrecargados, hace que la prevención en la atención primaria de la salud sea el enfoque principal para reducir el flagelo de dichas enfermedades en estos entornos³².

En Argentina más del 70% de las muertes son a causa de las ECNT, con factores de riesgo que se pueden modificar por medio de las intervenciones tempranas para promover la adopción de estilos de vida más saludables en estos sujetos. Ahora bien, los servicios de atención primaria de salud en la mayoría de los países de América Latina, particularmente en entornos pobres, carecen de los recursos para implementar intervenciones eficaces de promoción de la salud⁵.

IV. g, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La EPOC, es una afección respiratoria progresiva, debilitante con deterioro gradual de la función pulmonar, afecta a millones de personas en todo el mundo por ende representa una gran carga médica y económica. Los principales agentes de riesgo de la EPOC son el tabaquismo y el envejecimiento.

No hay cura para esta enfermedad, no obstante, existe una variedad de terapias que moderan los síntomas, mitigan el riesgo de complicaciones, mejoran la calidad y cantidad de vida. Las terapias actuales incluyen dejar de fumar, terapia broncodilatadora, suplementos de oxígeno, rehabilitación pulmonar (RP) y trasplante de pulmón³³.

La EPOC debido a su creciente incidencia y mortalidad, las cuales tienen graves consecuencias en los sistemas de salud, se ha convertido en un desafío de salud a nivel mundial. La atención de la EPOC, igual que las demás ECNT, exige la participación de la atención primaria porque supera ampliamente la capacidad de los especialistas en la materia. Brindar atención integral para manejar las enfermedades respiratorias más comunes, incluida la EPOC, parece ser la mejor opción para la mayoría de las regiones de los países en desarrollo³⁴.

Habitualmente se ha considerado a la EPOC como una enfermedad que afecta principalmente a los pulmones, sin embargo, esta enfermedad suele ir acompañada de morbilidades asociadas extra pulmonares como: insuficiencia cardíaca, osteoporosis, atrofia muscular y deterioro cognitivo. Este último no solo afecta a la función física como al estado de salud, también agrava la mortalidad y la discapacidad en pacientes con EPOC.

Considerando que la mayoría de los pacientes con EPOC son ancianos y han padecido durante mucho tiempo la enfermedad, el deterioro cognitivo no solo afectará la calidad de vida de los pacientes, sino que también generará importantes desafíos para el sistema médico lo mismo que para el sistema de salud

El entrenamiento físico es un elemento central de la terapia de rehabilitación pulmonar de la EPOC. Los estudios han confirmado que el ejercicio regular puede mejorar eficazmente la función cognitiva de los pacientes ancianos con EPOC y tiene muchos efectos neuroprotectores.³⁵

La RP es una intervención integral que incluye, el ejercicio aeróbico, el entrenamiento de la fuerza muscular como también los programas de educación e intervenciones conductuales para mejorar el bienestar físico y psicológico de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Se ha demostrado que la RP aumenta la capacidad funcional, mejora la calidad de vida relacionada con la salud y reduce las hospitalizaciones, pese a sus beneficios sustanciales, la rehabilitación pulmonar sigue siendo subutilizada. Las razones probables incluyen la falta de conocimiento entre los proveedores, los pagadores y los pacientes, así como la falta de acceso³⁶.

IV. h, Las caídas en adultos mayores

Cada año, uno de cada tres adultos mayores se cae. Se calcula que cada año mueren más de 640.000 personas como resultado de caídas. Las caídas son la segunda razón de lesiones tanto fatales como no fatales entre los adultos mayores, entre estas lesiones se pueden apreciar desde traumatismos menores hasta lesiones

graves que requieren hospitalización, las lesiones graves más frecuentes incluyen huesos fracturados y lesiones de tejidos blandos.

Las lesiones relacionadas con caídas tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores además de enormes costos tanto médicos como sociales. Los traumatismos menores en los ancianos pueden provocar lesiones graves que requieran hospitalización³⁷.

Las caídas además de estar asociadas con la morbilidad como con la mortalidad en las poblaciones de mayor edad, están vinculadas con la inmovilidad, la disminución de la calidad de vida, el miedo a las caídas, la dependencia funcional, el ingreso temprano a los centros de atención a largo plazo y el aumento de los costos médicos. Los factores de riesgo de caídas incluyen entre otros; caídas previas, problemas de fuerza, marcha, equilibrio, discapacidad visual, artritis, discapacidad, depresión y deterioro cognitivo.

La evaluación multifactorial integral así como las intervenciones de factores de riesgo, pueden disminuir el riesgo de caídas además de mejorar el estado de salud de los adultos mayores. Los médicos de atención primaria, deben poder identificar a los ancianos que viven en la comunidad con un mayor riesgo de caídas preguntando sobre el historial de caídas y realizando pruebas de marcha o equilibrio.

Las pautas de prevención de caídas, recomiendan que se incluyan ejercicios regulares de varios niveles, en los programas de prevención de caídas para personas mayores con alto riesgo de caída, ejercicios, tanto de fuerza muscular como de equilibrio, ejercicio aeróbico o de resistencia y fisioterapia, esto puede conducir a una disminución del 13% en las caídas³⁸.

Un enfoque práctico para reconocer a las personas mayores con alto riesgo de caídas, sería valorar si tienen historial de caídas o problemas de restricción de la función/movilidad física. Los médicos incluso podrían utilizar evaluaciones de la marcha y el equilibrio. Las caídas son más probables para los adultos mayores con mayor severidad de fragilidad y entre aquellos que viven en hogares de ancianos³⁹.

Las caídas en los adultos mayores suceden principalmente al ejecutar las tareas diarias dinámicas como; caminar e iniciar la marcha, sentarse o agacharse y en ausencia de eventos externos, lo que significa una capacidad disminuida de control interno efectivo y ejecución de movimientos dinámicos regulares.

Frente a los peligros externos que acontecen durante las tareas de la vida diaria, tales deficiencias en las respuestas motoras conducen a un riesgo aún mayor de pérdida de estabilidad

Las revisiones y pautas actuales con respecto a la prevención de caídas, proponen sistemáticamente ejercicios físicos utilizando paradigmas de entrenamiento de fuerza, equilibrio, movilidad y perturbación para contrarrestar la disminución del rendimiento motor⁴⁰.

Las intervenciones efectivas de ejercicio incluyen; clases individuales y grupales supervisadas con ejercicios de marcha, equilibrio, flexibilidad, resistencia y fisioterapia. Las intervenciones multifactoriales incluyen una evaluación inicial de los factores de riesgo modificables de caídas y posteriores intervenciones personalizadas para cada paciente en función de los problemas identificados en dicha evaluación.

La evaluación inicial, podría incluir una valoración geriátrica completa multidisciplinaria utilizando varios componentes, como el equilibrio, la marcha, la visión, la presión arterial postural, la medicación, el entorno, la cognición y la salud psicológica.

Las intervenciones eficaces de atención primaria para prevenir las caídas utilizan varios enfoques para identificar a las personas con mayor riesgo. Sin embargo, el historial de caídas fue el factor más comúnmente utilizado para identificar a las personas con alto riesgo de caída⁴¹.

IV. i, Equipo Interdisciplinario

Un equipo interdisciplinario de atención de la salud, está compuesto por colegas de dos o más disciplinas quienes organizan su experiencia para brindar atención a los usuarios. Idealmente, se reúnen regularmente para debatir, intercambiar

información, analizar los problemas de cada paciente y desarrollar un plan de tratamiento.

Por ejemplo en Alemania en la rehabilitación médica, una amplia gama de profesionales de la salud, como enfermeras capacitadas en rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos y trabajadores sociales participan en el tratamiento de rehabilitación⁴².

Se ha determinado que el trabajo en equipo y la contribución interprofesional son una estrategia para la gestión eficiente de los servicios sanitarios, dado que la complejidad del cuidado de la salud requiere integrar los conocimientos como las prácticas de distintos grupos profesionales⁴³.

El servicio de asistencia médica se apoya cada vez más en equipos de atención de la salud, con énfasis en la coordinación entre proveedores de diferentes disciplinas. El buen funcionamiento del equipo va asociado a mejores resultados para los pacientes, mayor satisfacción del personal y disminución del agotamiento. En contraste, el bajo rendimiento de los equipos está asociado con una atención deficiente del paciente a través de eventos adversos, falta de coordinación y costos en espiral.

En la atención primaria, a diferencia de los otros niveles de atención, los desafíos del trabajo en equipo se pueden extender por días, semanas, meses o incluso años, considerando el tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas⁴⁴. Por tanto, los miembros del equipo deben poder trabajar de forma coordinada para lograr con éxito sus propósitos⁴⁵.

La colaboración interprofesional (IPC) está extendiéndose en la atención primaria debido a la creciente complejidad de las necesidades de los pacientes. El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas han planteado nuevos desafíos para los sistemas de salud, en particular a la atención primaria.

Esto ha dado lugar a la elaboración de nuevos servicios asistenciales, como los apoyados en la IPC para mejorar los procesos de atención de la salud, los resultados de los usuarios y reducir los costos de salud en la atención primaria⁴⁶.

La coubicación de profesionales en entornos de atención primaria, implica un cambio estructural en la prestación de atención médica en muchos países. Esto es importante, en especial para los pacientes con ECNT o multimorbilidad, que necesitan un abordaje integral con la participación de diferentes profesionales en su atención.

La ubicación conjunta de servicios y profesionales en atención primaria puede facilitar la integración en la prestación de servicios de salud, prevención y rehabilitación

Los proveedores de la salud, coubicados con un médico de cabecera, brindan atención especializada como; atención materna, rehabilitación, atención de la salud oral o servicios farmacéuticos y contribuyen a la prestación integral de atención de la salud. La coubicación multiprofesional también tiene en cuenta la presencia de un trabajador social, que facilita la integración de los dominios social y sanitario en la atención primaria.

En España, los médicos de cabecera trabajan junto con enfermeras, trabajadores sociales, pediatras, matronas, especialistas, dentistas, fisioterapeutas, con un equipo multiprofesional de atención primaria formalizado. En Suecia, la atención primaria se brinda en equipos multidisciplinarios, con al menos un médico de cabecera y una enfermera, pero a menudo con trabajadores sociales, psicólogos y fisioterapeutas que trabajan en los centros de atención primaria de salud⁴⁷.

IV. j, Rehabilitación en Atención Primaria de la Salud

El envejecimiento de la población junto con el aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, el avance de la atención de la salud lo mismo que el desarrollo de productos asistenciales están incrementando la demanda de servicios de rehabilitación a nivel mundial.

Sin embargo, la capacidad para prestar servicios de rehabilitación es todavía limitada o inexistente en muchas partes del mundo, sobre todo en los LMIC. La extensión y el alcance de las necesidades de rehabilitación insatisfechas demandan,

una urgente acción global conjunta y coordinada por todas las partes interesadas en la rehabilitación.

La rehabilitación por su propia naturaleza, es una estrategia de salud enfocada en la persona. Basada en intervenciones diseñadas para perfeccionar el funcionamiento y limitar la discapacidad en personas con una condición de salud que padecen algún tipo de restricción en el funcionamiento, en el continuo de la atención y durante toda la vida.

La rehabilitación, redundante en beneficios no solo de los consumidores y sus familias, sino también para la sociedad, siendo que reduce efectivamente la duración de la estadía en el hospital y previene complicaciones costosas. Los países deben fortalecer los sistemas de salud a fin de proporcionar rehabilitación, poniéndola a disposición de todas las personas en todos los niveles de atención de la salud, siempre que sea necesario.

Por lo tanto, es elemental que la rehabilitación de calidad sea incluida en los modelos de prestación de servicios. Los servicios de rehabilitación de alta calidad deben ser accesibles y asequibles para todos en todas partes. Las intervenciones de rehabilitación multidisciplinarias deben basarse en la evaluación del estado del paciente.

La rehabilitación multidisciplinaria depende de la disponibilidad de personal cualificado, incluidos terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, médicos en medicina física y rehabilitación, protésicos y ortopedas, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas del habla y el lenguaje.

La rehabilitación es una parte esencial del continuo de la atención, junto con la prevención, la promoción, el tratamiento y la paliación, y por lo tanto debe ser considerada un componente esencial de los servicios de salud integrados⁴⁸.

La APS demanda un enfoque multidisciplinario, que incluya distintos tipos de profesionales de la salud (PS), como médicos, enfermeras practicantes, farmacéuticos, dietistas, trabajadores sociales y profesionales de la rehabilitación. La introducción de estos profesionales en la APS puede precisar una mutación o una ampliación de las funciones y los procedimientos de prestación de servicios.

Los fisioterapeutas laboran en todo el sistema de atención médica, incluso en hospitales, escuelas, clínicas privadas, atención domiciliaria, centros de atención a largo plazo y organizaciones de atención primaria de la salud. Empero, su incorporación en la APS ha sido limitada y la demanda de sus servicios supera ampliamente su presencia en las organizaciones de APS.

En un equipo de APS, los fisioterapeutas pueden asumir varios roles: como trabajar particularmente con pacientes con trastornos musculoesqueléticos (TME) y neurológicos; proporcionar capacitación para la prevención de caídas como también educar a pacientes y cuidadores sobre la prevención y el manejo de las ECNT. Asimismo, desempeñan un papel importante en los programas grupales, que se centran en la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas como en la promoción de la salud y el bienestar dentro de la comunidad⁴⁹.

En correspondencia con el hecho de que la población envejece, más personas viven con condiciones de salud crónicas asociadas con el dolor, por tal razón se espera que los desafíos que enfrenta la APS se incrementen. Como resultado, están comenzando a surgir nuevos modelos de atención que integran a miembros complementarios del equipo de atención primaria, como fisioterapeutas, para manejar el dolor crónico.

Los fisioterapeutas pueden ejercer un papel valioso en el equipo de APS. Puesto que están capacitados para evaluar y tratar a personas con dolor crónico, proporcionar educación tanto sobre la prevención como sobre el manejo de condiciones de salud crónicas además de facilitar programas grupales.

Igualmente, son competentes para asumir un papel clave en el apoyo a la autogestión que es la capacidad de la persona para controlar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicosociales como los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica. La autogestión es una estrategia importante en la reforma de la APS

Con el objetivo de permitir que los pacientes mejoren su función física y aumenten su compromiso con las actividades de su vida, un programa de autocontrol del dolor crónico, dirigido por fisioterapeutas fue desarrollado. Este programa, además de utilizar los elementos tradicionales de apoyo para el autocontrol, incorpora la

educación científica del dolor; principios cognitivos-conductuales adicionales además de ejercicios personalizados orientados a objetivos⁵⁰.

Incrementar el acceso a la prevención y el manejo de enfermedades crónicas, por medio de la integración de fisioterapeutas en entornos de atención primaria de salud, podría ser una estrategia rentable, basada en el valor para ofrecer una atención holística integral más personalizada.

Esta estrategia permitiría a los fisioterapeutas brindar atención integral y apoyo para el autocontrol que se centre en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el cribado y la detección temprana, la evaluación, el manejo de enfermedades crónicas y la navegación por el sistema de salud.

Hasta que los fisioterapeutas no se incorporen sistemáticamente en las clínicas de salud primaria, la medida en que pueden brindar apoyo para el autocuidado es limitada e infrautilizada⁵¹.

Los fisioterapeutas tienen un papel esencial en la atención primaria de salud. Puesto que poseen, el conocimiento y las habilidades para participar activamente en modelos de atención de la salud que se centran en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones que mejoran o mantienen la salud.

El papel de un fisioterapeuta en Canadá, es variado y continúa evolucionando. Incluye diagnóstico y tratamiento de condiciones agudas y crónicas dentro del alcance de la práctica, manejo de pacientes con enfermedades crónicas, educación en el autocontrol de la enfermedad, manejo de casos y participación en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los roles emergentes incluyen la provisión de educación, consulta con otros profesionales de la salud, la participación en la investigación y el desarrollo de políticas.

Los fisioterapeutas, impactan en la calidad de vida y la rentabilidad de la atención al proporcionar una evaluación e intervención temprana, mejorar la tolerancia al ejercicio, ayudar a mantener o restaurar la función óptima, colaborar en la prevención y tratamiento del dolor, en la promoción de la actividad física, la salud y el bienestar.

La evaluación y el tratamiento temprano por parte de los fisioterapeutas dan como resultado: reducción tanto del volumen de derivaciones a especialistas como en los tiempos de espera; mayor probabilidad de que los pacientes logren sus objetivos de tratamiento; reducción del ausentismo laboral por TME; mejores resultados para el paciente; atención rentable y uso eficiente de los recursos humanos en salud⁵².

Los TME tales como; la osteoartritis, la artritis reumatoide, la osteoporosis y el dolor lumbar, significan una carga considerable en lo que respecta a los costos de atención médica en los países occidentales. Se requieren nuevos modelos de atención para perfeccionar el acceso y la atención de esta población. La creciente evidencia respalda el uso de PS que no son médicos,, en roles más autónomos para contribuir al aumento del ingreso a la atención primaria o secundaria.

En estos nuevos roles, los PS que no son médicos se posicionan en la parte superior del sistema de atención médica y se convierten en proveedores de atención primaria y son quienes suelen brindar el primer contacto a las personas con cualquier trastorno no diagnosticado.

Los fisioterapeutas, se encuentran entre los PS que se espera que ejerzan un papel cada vez más importante como proveedores de atención primaria para el tratamiento de los TME, ya que tienen la competencia y las habilidades para diagnosticar y manejar una variedad de TME sin ninguna participación médica.

Las personas que tienen TME en Canadá, acceden a la atención de fisioterapia sin derivación médica, ya sea en la práctica privada o en instituciones financiadas con fondos públicos. En Canadá como en otros lugares del mundo, el acceso directo a la atención de fisioterapia se ha asociado con un mejor acceso, resultados iguales o mejores para los pacientes y menores costos de atención de la salud⁵³.

Aproximadamente el 30% de las consultas de médicos generales, se deben a TME. Sin embargo, el número de médicos de cabecera ha disminuido, una solución a estos problemas incluía aumentar el número de médicos avanzados en la atención primaria, los cuales están trabajando en un nivel de práctica caracterizado por un alto grado de autonomía y una toma de decisiones compleja.

Algunas prácticas de médicos de cabecera ocupan como profesionales de primer contacto (FCP), fisioterapeutas con experiencia en TME a quienes los pacientes

pueden acceder directamente sin una evaluación inicial del médico de cabecera. Tradicionalmente, los pacientes con TME debían ser derivados por un médico de cabecera a fisioterapia o, en algunos casos, podían autor referirse directamente a la fisioterapia de atención secundaria.

El rol de FCP, tiene como finalidad brindar acceso a un experto en TME, ubicado en la APS, dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud de una cita, lo que puede reducir el riesgo de problemas crónicos y puede brindar asesoramiento de manejo o derivar/indicar servicios.

Los fisioterapeutas están capacitados para evaluar, diagnosticar y tratar los TME y ofrecer una alternativa a la consulta con el médico de cabecera para pacientes de atención primaria como fisioterapeutas de primer contacto. El modelo FCP con diferentes variaciones se está implementando en todo el Reino Unido⁵⁴.

La atención primaria de la salud de alta calidad es una prioridad importante para las sociedades occidentales, donde la demanda de asistencia sanitaria en la APS se ha incrementado debido al envejecimiento de la población, al aumento de pacientes con enfermedades crónicas, además de la creciente escasez de médicos generales. Una de las formas de enfrentar estos desafíos por la APS es reconsiderar los roles de los miembros no médicos del equipo de atención médica y sustituir las tareas habitualmente realizadas por los médicos.

En relación al dominio de la fisioterapia, en los últimos años ha habido un interés significativo en la fisioterapia de alcance extendido (ESP) dentro de los sistemas de salud del Reino Unido, Canadá y Australia. Sobre todo en entornos que brindan servicios a pacientes con TME, los fisioterapeutas se han convertido en proveedores clave en estos nuevos roles redistribuidos.

La investigación sugiere que los fisioterapeutas de alcance extendido logran resultados similares o mejores en las quejas musculoesqueléticas con respecto a la precisión diagnóstica, la eficacia de la atención, la utilización de la atención y el costo de la atención en comparación con los médicos de cabecera⁵⁵.

Se ha sugerido que las funciones ampliadas de los fisioterapeutas incluyen la clasificación, la derivación de pacientes a atención especializada o la solicitud de diagnóstico por imágenes. Tener un fisioterapeuta como primer evaluador en la

atención primaria, da como resultado una disminución de los tiempos de espera y la duración de la estancia de los pacientes con TME sin efectos adversos y con satisfacción del paciente con costos más bajos en comparación con una visita al médico con el mismo propósito.

Sin embargo, los pacientes que se encuentran con un fisioterapeuta como evaluador principal, actualmente también necesitan visitar a su médico de cabecera si necesitan una derivación para rayos X. Esto provocará un retraso en el diagnóstico y mayores costes tanto para el paciente como para el sistema sanitario que si los fisioterapeutas pudieran derivar a los pacientes directamente a rayos X en su primera visita.

Los fisioterapeutas de atención primaria, pueden realizar la derivación a rayos X si tienen los conocimientos adecuados para realizar una tarea que tradicionalmente hacen los médicos. Así el paciente no necesitaría una segunda visita a un médico de cabecera, y este podría reservar otro paciente que sí necesite el conocimiento y las habilidades de un médico⁵⁶. El triaje de atención primaria es un sistema de clasificación de pacientes utilizado en algunas clínicas de atención primaria de la salud en Suecia, donde los pacientes con TME son enviados directamente a los fisioterapeutas⁵⁷.

El acceso directo a la fisioterapia (DAPT) es la capacidad del paciente de autorreferirse a un fisioterapeuta sin consultar previamente a otro profesional de la salud, el modelo de DAPT se implementó ante todo para tratar los TME. La Organización Mundial de Fisioterapia, también aboga por DAPT como un nuevo enfoque, impulsando un cambio en la mentalidad tanto del gobierno como de los consumidores sobre cómo este modelo puede beneficiar a los sistemas de salud y la sociedad.

Sistemas de salud como los de Estados Unidos, Reino Unido y Australia han puesto en práctica este modelo de atención ya que ha demostrado mejores resultados clínicos. Además de una menor carga económica, ya sea de costos directos como, números de visitas e imágenes; e indirectos tales como, días de trabajo perdidos, en comparación con los modelos tradicionales de atención^{58, 59}.

La elevada incidencia de las ECNT, llevaron a las Naciones Unidas, a la OMS y a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, a etiquetarlas como una epidemia y difundir un llamado a los profesionales de la salud para que ayuden a reducir la carga prevenible de mortalidad y morbilidad global asociada con las ECNT.

Como respuesta, la Confederación Mundial de Fisioterapia y la Asociación Estadounidense de Fisioterapia, han publicado declaraciones de posición que afirman el papel que los fisioterapeutas pueden y deben desempeñar en la prevención de estas enfermedades y la promoción de la salud.

Muchos estudios han relacionado el movimiento con la mortalidad y los fisioterapeutas están bien posicionados para satisfacer las necesidades de la sociedad y reducir la carga mundial de enfermedades no transmisibles a través de la integración en la práctica de actividades de salud, prevención, promoción de la salud y bienestar de la población⁶⁰.

La incorporación de las acciones de rehabilitación en la APS, es primordial para la atención integral de la salud, puesto que, una de cada tres personas en el mundo necesitará rehabilitación en algún momento de su vida. Analizando el crecimiento de la población así como las circunstancias que conducen a las discapacidades, es imprescindible enfocarse más en la rehabilitación en la APS. Sin embargo, los países más pobres afrontan dificultades para asegurar los recursos humanos bien capacitados necesarios para mejorar la calidad de vida, promover la inclusión y la participación en la sociedad.

La rehabilitación, debe ser parte de cualquier sistema de salud y debe incluirse como un servicio esencial. En Brasil, en atención primaria en el año 2007 había 0,12 fisioterapeutas/10.000 habitantes, coeficiente que se ha incrementado a 0,46 en el año 2020. El fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los servicios de rehabilitación permite que millones de personas vivan con una mejor calidad de vida⁶¹.

Chile por otra parte, inició la implementación de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en 2003 y la incorporó al nivel de la APS. Hasta entonces el acceso a rehabilitación era solo a nivel hospitalario y lograba una cobertura del

6,49% de la población con discapacidad. El propósito, fue brindar servicios de rehabilitación de calidad, oportuna y accesible a las personas con discapacidad permanente o transitoria, y así mejorar la resolutiveidad en este nivel.

La APS comparte con la RBC, su interés en la promoción de una atención fundamentada en el modelo biopsicosocial, es decir aborda la enfermedad posicionando los factores sociales y psicológicos al mismo nivel de los factores biológicos implicados en el malestar y disfunción de las personas poniendo además de relieve, la importancia de la autonomía y la decisión de aceptar o no el ser paciente y con ello, el compromiso de cooperar en su propio cuidado de la salud. La RBC surgió en 1976 como una iniciativa impulsada por la OMS⁶².

La rehabilitación, se define como un conjunto de medidas, que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente.

A veces, se establece la diferencia entre habilitación, que trata de ayudar a quienes tienen una discapacidad congénita o adquirida durante las primeras etapas de la vida que no les permite lograr el nivel más alto de funcionamiento y rehabilitación, en referencia a las personas que han experimentado una pérdida de funcionamiento y reciben ayuda para recuperar el funcionamiento máximo.

La rehabilitación, se enfoca en las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación, los factores ambientales y personales. Contribuyen a que una persona logre y mantenga el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente, utilizando los siguientes resultados generales: prevención de la pérdida de función; reducción del ritmo de pérdida de función; mejora o restauración de la función; compensación de la función perdida; mantenimiento de la función actual.

La terapia trata de restablecer y compensar la pérdida de funcionamiento así como de evitar o retardar el deterioro del funcionamiento en todas las esferas de la vida de una persona. Entre los terapeutas y rehabilitadores, cabe señalar a los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, ortoprotesistas, psicólogos, auxiliares técnicos y de rehabilitación, trabajadores sociales, foniatras y logopedas⁶³.

Los fisioterapeutas, brindan servicios que desarrollan, mantienen y restauran el máximo movimiento y la capacidad funcional de las personas. Pueden ayudar a las

personas a maximizar su calidad de vida en cualquier etapa de la vida, cuando el movimiento y la función se ven amenazados por el envejecimiento, lesiones, dolor, enfermedades, trastornos, condiciones y/o los factores ambientales, analizando aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

La fisioterapia supone la interrelación entre el fisioterapeuta, los pacientes, otros profesionales de la salud, las familias, los cuidadores y las comunidades en un proceso en el que se evalúa el potencial de movimiento así como también se acuerdan los objetivos, utilizando los conocimientos y aptitudes exclusivos de los fisioterapeutas, quienes se ocupan tanto de identificar cómo maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento en las áreas de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Estas esferas abarcan el bienestar físico, psicológico, emocional y social⁶⁴.

La crisis sanitaria tras el impacto de la pandemia por COVID-19 ha llevado a Chile a tomar medidas extraordinarias en su sistema de salud, como la expansión de camas críticas, modificación de jornadas laborales del personal de salud así como también incremento del personal de salud especializado como no especializado, entre los que destaca el kinesiólogo como profesional importante del equipo de salud en la atención de estos pacientes.

El kinesiólogo como profesional de la salud constituye una pieza fundamental en la atención de estos pacientes. Su rol se ha visto reflejado en las distintas etapas de la enfermedad desde la atención primaria y urgencia hasta la atención de pacientes, en la unidad de cuidados intensivos y posterior al alta hospitalaria.

En línea con su rol educativo, el kinesiólogo sobre todo en APS, tiene un papel destacado en el manejo de la enfermedad, reconocimiento de signos y síntomas de exacerbación respiratoria, adecuado uso de fármacos y adherencia al tratamiento. Incluso, es responsable de promover estilos de vida saludables en la comunidad con el fin de prevenir y controlar factores de riesgo asociados a mayor mortalidad de estos pacientes tales como obesidad, hipertensión arterial y diabetes.

Además de su rol clínico asistencial, el kinesiólogo es capaz de contribuir en áreas de educación, promoción, gestión en salud e investigación científica, aspectos que podrían ser esenciales en el manejo de la pandemia⁶⁵.

IV. k, Kinesiología en Argentina

Los fisioterapeutas tienen distintos títulos en diferentes países: en muchos países se les llama fisioterapeutas, en otros se los denomina kinesiólogos, pero todos son parte de la misma profesión, El título y el término profesional utilizados para describir el ejercicio de la profesión varían y dependen en gran medida de las raíces históricas de la profesión de cada país¹².

Las universidades en Argentina otorgan diferentes títulos, como Licenciado en Kinesiología y Fisiatría, Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia y Licenciado en Fisioterapia, pero sus responsabilidades profesionales son idénticas ya que el registro profesional nacional tiene una sola designación: Licenciado en Kinesiología. Esta profesión es similar a la de "fisioterapeuta", así llamado en la mayoría de los países de América Latina¹³.

En el año 1.903 la doctora Cecilia Grierson, primera mujer médico en la Argentina, fundadora de la Escuela de Enfermeras y Masajistas en 1.886, solicita autorización para dictar un curso teórico – práctico de kinesiterapia, siendo designada en 1.904 a la Cátedra de Física Médica e Instituto de Fisioterapia que dirigía el profesor Jaime Costa, quién la asigna al sector kinesiterapia.

De esta forma, el curso sobre Gimnasia Médica, el cual dictó por dos años, constaba de 16 clases dos veces por semana, con un programa que abarcaba la gimnasia, el masaje, las manipulaciones, sectorizados en las regiones del cuerpo e incluía también la kinesiterapia de patologías neurológicas, ortopédicas y respiratorias entre otras.

Simultáneo a esto, en el año 1.904, en el Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas, se crea una sección de kinesiterapia, cuyo jefe era el Dr. Octavio Fernández, creador de la Kinesiología Científica Argentina, y dependiente del mismo servicio se crea en el año 1.906 la primera Escuela de Kinesiterapia⁶⁶.

Más tarde, en el año 1.920, el Dr. Octavio Fernández presentó una solicitud de creación de un Curso de Kinesiterapia, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, curso que fue aprobado en 1.922 por una resolución del Consejo. Dicho curso de 2 años era complemento de la cátedra de radiología y fisioterapia. En 1.924, el Doctor Octavio Fernández propone a las autoridades de la

Facultad de Ciencias Médicas, modificar el nombre del egresado, aprobándose la entrega de un Certificado de Kinesiólogo, siendo así, que en 1.924 egresaron los primeros alumnos con el título de Kinesiólogo.

La kinesiólogía en la Argentina, se reconoce como carrera universitaria desde el 13 de abril de 1.937, fecha en la cual el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, dispone transformar el Curso de Kinesiterapia, en Escuela de Kinesiólogía, siendo aprobado por la Universidad de Buenos Aires el 1^a de septiembre de 1.937. A partir de su creación, la Escuela de Kinesiólogía con título final de kinesiólogo cuenta con un plan de estudios de 3 años de duración, el cual incluyó la terapéutica, la kinesiterapia, y la prevención, o kinefilaxia.

Es el Dr. Octavio Fernández antes Director del curso de Kinesiterapia, que obtuvo el cargo de Profesor Titular de Kinesiólogía mediante concurso, quien dicta su clase inaugural el 14 de septiembre de 1.938. Para el año 1.987 la carrera ya tiene un plan de estudio de 5 años de duración y se egresa con el título de Licenciado en Kinesiólogía y Fisiatría⁶⁷.

La Kinesiólogía, es una disciplina relativamente joven en permanente transformación construyendo su espacio dentro del equipo de salud. Desde su origen, el 13 de abril de 1.937, se fue adaptando para dar respuesta a las necesidades socio-profesionales que se manifestaron en diferentes contextos históricos en la Argentina. El ejercicio profesional del kinesiólogo en la República Argentina fue diferenciándose del resto del mundo desde sus comienzos, con un sorprendente desarrollo académico, respaldado por una intensa actividad societaria.

En la década del 50, dos pandemias de poliomielitis provocaron millones de víctimas en el mundo, dejando secuelas, muchas de ellas con alteración respiratoria de considerable gravedad, por lo que surgió para la kinesiólogía el gran desafío de responder a los nuevos requerimientos sociales y asistenciales, iniciando así al crecimiento de una rama de la profesión, la kinesiólogía respiratoria, que para entonces, se resumía a maniobras aisladas de aplicación empírica⁶⁸.

En esa época, con la idea de limitar y evitar la invalidez, la kinesiólogía médica era una de las especialidades que había obtenido un relativo avance en el medio local. En 1.934 se había fundado la Asociación Médica de Kinesiólogía, que en

1.937 establecería la Escuela Argentina de Kinesiología, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. En 1.949 dicha asociación, pasaría a constituirse como Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación.

Uno de los objetivos de los médicos pioneros de la rehabilitación, se refería a un giro en la noción del lisiado improductivo hacia la de su utilidad social por medio de la inserción social. Las ideas sobre la nueva medicina, la asistencia recuperativa o reconstructiva y la ortopedia social fueron piezas claves en la planificación sanitaria de ese periodo.

Los servicios de salud preventiva y curativa estaban aplicados a vigilar además de tratar en forma prioritaria las enfermedades crónicas, relegando el foco de atención de las enfermedades infecciosas hacia el problema de las enfermedades crónicas que incapacitan e invalidan a individuos aún útiles a su familia y a la sociedad.

El brote de poliomielitis de 1.956, alcanzó aproximadamente a 6.500 personas. Tal volumen puso en alerta al ámbito sanitario, reveló la deficiente previsión y planificación por parte del Estado frente a una patología frecuente desde hacía varias décadas. Para atender específicamente a la recuperación de las personas afectadas con secuelas irreversibles el gobierno de facto crea la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL) siendo sus primeros integrantes en su mayoría médicos que gozaban de reconocimiento profesional en temas de rehabilitación.

Entre los objetivos de esta comisión estaban la formulación y aplicación de un programa de rehabilitación a nivel nacional, que comprendiera la atención de la poliomielitis, espásticos, accidentados y otro tipo de invalideces. Además se proponía la organización, puesta en marcha y sostenimiento tanto de establecimientos como de servicios asistenciales de rehabilitación

Los primeros centros creados en 1.956 fueron, el Centro de Rehabilitación Respiratoria y el Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL) en la ciudad de Buenos Aires, primer centro de alta complejidad especializado en la rehabilitación de la polio y otras afecciones del aparato locomotor.

Su puesta en marcha constituirá un modelo de organización a seguir y sería uno de los centros de referencia en lo relativo a rehabilitación motriz y formación de recursos humanos. Hacia 1.958, el IREL contaba con personal de diferentes profesiones en varios departamentos: Clínica Médica, Ortopedia, Psicosocial y Enfermería. Destacándose la cantidad de cargos rentados destinados al Departamento Psicosocial, con 25 maestras asignadas y 47 kinesiólogos.

Este departamento desarrollaba actividades de enseñanza para niños internados y externados en niveles desde preescolar a secundario. También se impartían cursos de idiomas, corte y confección, labores, mecanografía, teatro leído, cine-debate, etc., así como paseos, salidas al cine y teatro, juegos y actividades deportivas, con la colaboración de un equipo de voluntarias. Actualmente, a más de seis décadas de su creación, el IREL es un centro de atención especializado en rehabilitación de referencia en Argentina⁶⁹.

En la Argentina, el kinesiólogo está habilitado para realizar actividades en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de los límites de su competencia que derivan de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. También pueden actuar en actividades como la docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, asesoramiento y auditoría sobre temas de su incumbencia.

Los kinesiólogos pueden ejercer su actividad en forma individual o integrando grupos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas, habilitadas para tal fin por la autoridad sanitaria nacional, donde pueden atender a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos¹¹.

Por lo tanto, en Argentina la profesión no es de primer contacto y el paciente debe ser referido por un médico, aunque sí puede realizar tareas de prevención sin derivación alguna. Entre sus competencias se encuentran el diagnóstico kinésico, decidir qué intervenciones realizar, efectuar procedimientos invasivos como acupuntura y punción seca, derivar a otras especialidades igual que solicitar estudios diagnósticos por imágenes¹³.

El médico derivante, indicará el tipo de afección del derivado teniendo en cuenta las posibles contraindicaciones, siendo responsabilidad del kinesiólogo, la determinación y aplicación de los distintos agentes fisio-kinésicos en el tratamiento correspondiente, pudiendo valerse de la kinesioterapia, la kinefilaxia y la fisioterapia.

Entendiendo a la Kinesioterapia, como la administración de masajes, vibromasaje manual, vibración, percusión, movilización, manipulación técnicas de relajación, tracciones, reeducación respiratoria, reeducación cardiovascular, aplicación de técnicas evaluativas funcionales y cualquier tipo de movimiento metodizado, manual o instrumental, que tenga finalidad terapéutica así como la planificación de las formas y modos de aplicar las técnicas expuestas.

En tanto la Kinefilaxia, se refiere al masaje y la gimnasia higiénica y estética, los juegos, el deporte y atletismo, entrenamiento deportivo, exámenes kinésicos funcionales y todo tipo de movimiento metodizado con o sin aparatos, de finalidad higiénica o estética, en establecimientos públicos o privados, integrando gabinetes de Educación Física en establecimientos educativos y laborales.

Y la Fisioterapia, a la termoterapia, baños de parafina, hidroterapia, hidromasajes, crenoterapia, talasoterapia, rayos infrarrojos, ultravioletas, láser, horno de Bier, fomentaciones, crioterapia, fangoterapia, onda corta, microondas, ultrasonidos, corrientes galvánicas, farádicas y galvano- farádicas, iontoforesis, presoterapia, humidificación, nebulizaciones, presiones positivas y negativas, aspiraciones e instilaciones y todo otro agente físico reconocido, que tenga finalidad terapéutica y cuando forme parte de un tratamiento de reeducación fisiokinésica⁷⁰.

El área de Kinesiología y Fisiatría de los Establecimientos Asistenciales para pacientes agudos, constituyen un sector dentro del ámbito destinado al diagnóstico y tratamiento, que brinda apoyo evaluativo y terapéutico con agentes electro-físico-kinésicos, a pacientes derivados por su médico tratante. Con el objetivo de la recuperación somato funcional con kinesiterapia y fisiatría; con el apoyo activo de la promoción y protección de la salud, que se realiza a través del área de Medicina Preventiva del Establecimiento.

Su nivel funcional como la cantidad de recurso humano profesional necesario, dependerá del nivel de riesgo del establecimiento así como de la producción del sector, puede tratarse de un grupo de trabajo, una Unidad o un Servicio y disponer de uno o más profesionales. Se definen para los establecimientos asistenciales, tres niveles de riesgo:

Nivel de bajo riesgo: Constituye la puerta de entrada a la red, realiza acciones de promoción y protección de la salud, atención de la demanda espontánea o de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

Nivel de mediano riesgo: Puede constituir la puerta de entrada al sistema, realiza las mismas acciones que el de bajo riesgo, a las que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución de bajo riesgo.

Nivel de alto riesgo: Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, tanto sea por el recurso humano capacitado como así también el recurso tecnológico disponible.

En los centros de salud de bajo y mediano riesgo, la kinesiología y fisioterapia cumple funciones evaluativas, de promoción y asistencia. Evaluaciones de la postura estática y funcional, la biomecánica tanto del pie como de la columna vertebral; promoción con actividades kinefilácticas, en especial para diabéticos, obesos, tercera edad y otras patologías; asistencia de diversas patologías derivadas por el médico como también atención domiciliaria, necesaria para las áreas de gerenciamiento y estadísticas del establecimiento.

El área de kinesiología, por tratarse de una especialidad de ejecución personal, sin derivaciones, estará integrada por no menos de un kinesiólogo generalista. La cantidad del recurso profesional necesario dependerá de la producción. La

modalidad de trabajo será preponderantemente ambulatoria, con apoyo a las acciones de medicina preventiva del establecimiento¹⁴

La capacidad de movilizarse es un elemento primordial de la salud, del bienestar y del desarrollo humano individual y colectivo. En tal sentido la kinesiología se dirige tanto a los portadores reales de alteraciones o ausencia del movimiento como a portadores potenciales de cualquier alteración kinésica, por ende, se diferencia una kinesiología rehabilitadora con actos destinados al diagnóstico kinésico, tratamiento, prevención de secuelas y reinserción social del sujeto y una kinesiología preventiva dirigida a realizar acciones de prevención primaria.

El rol que cumple el kinesiólogo en los nuevos paradigmas de atención a la salud desde el enfoque brindado por la APS, está en concordancia con las funciones que tiene este nivel, básicamente: promoción y prevención además por supuesto del diagnóstico y tratamiento.

El Kinesiólogo está capacitado para diagnosticar kinésicamente, rehabilitar, reeducar, educar para la salud en temas de su disciplina, y actuar como agente de salud. También lo está, para llevar adelante la dirección de un centro de rehabilitación, elaboración y dirección de programas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, elaboración y dirección de programas terapéuticos en su disciplina. Así mismo, el kinesiólogo es un profesional que está capacitado para la investigación tanto clínica como epidemiológica y para el trabajo de equipo multi e interdisciplinario.

Un kinesiólogo puede laborar en conjunto tanto con el médico como con el odontólogo, la enfermera y el asistente social, equipo mínimo de un centro asistencial del primer nivel. El kinesiólogo además de su trabajo asistencial, como parte del equipo de salud puede realizar: relevamiento kinésico de la población que se encuentra en el área de cobertura del centro asistencial, e investigar, el tipo de población; sus características; actividades que realizan; detallar posibles alteraciones kinésicas por causa de los factores de riesgos a los que esté expuesta esa población y puedan redundar en déficit para el individuo y la comunidad.

Asimismo, el kinesiólogo puede planificar programas para trabajar sobre los traumatismos y las dolencias más frecuentes asistidas en el consultorio kinésico,

programas dirigidos particularmente a disminuir esta frecuencia instruyendo a la gente para el control del problema, concientizándolos e involucrándolos en el mantenimiento y cuidado de su salud.

Además, puede trabajar en atenciones domiciliarias rehabilitando y reeducando postrados que no pueden llegar hasta el centro de atención y educando a su familia o cuidador en el manejo del paciente. Esta última acción se relaciona con otro postulado de la APS que es el de dar cobertura a toda la población y para ello particularmente el primer nivel de atención no debe esperar que la gente llegue al centro asistencial, debe salir al encuentro de la misma⁷¹.

Los fisioterapeutas/kinesiólogos, están calificados y profesionalmente requeridos para: emprender un completo examen integral del paciente, evaluar los hallazgos del examen para emitir juicios clínicos sobre los pacientes, formular un diagnóstico, un pronóstico, planificar conforme a su experiencia y determinar cuándo los usuarios necesitan ser derivado a otro profesional de la salud, implementar un programa de intervención de fisioterapia de acuerdo con el cliente, evaluar y reevaluar los resultados de cualquier intervención, hacer recomendaciones para el autocuidado, colaborar con los profesionales de la salud y otras partes interesadas clave⁶².

V. Estrategia Metodológica

Para lograr sustentar dicha hipótesis, el trabajo consta de una recolección de datos bibliográfico y de una encuesta a los profesionales a cargo de diferentes CAPS, en el distrito de Berazategui, para lo cual en primer lugar se solicitó una constancia de alumna regular a la Universidad Nacional Arturo Jauretche; en segundo lugar se gestionó en la Municipalidad de Berazategui, en el área de Secretaría de Salud Pública e Higiene, la debida autorización para poder llevar a término las consiguientes encuestas. Una vez obtenida dicha autorización se contactó a los profesionales y se les solicitó su cooperación explicando el tipo de trabajo que se llevaría a cabo.

Se les entregó a cada uno sendas copias del plan de tesina, la constancia, la autorización y el debido consentimiento informado, el cual resguarda la

confidencialidad de la información, la autonomía y la dignidad de los participantes. Una vez firmados los consentimientos se realizaron las encuestas.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el partido de Berazategui cuya fundación data de 1.960 y que forma parte de la Provincia de Buenos Aires, limitando al norte con el partido de Quilmes, al este con el Río de la Plata, al oeste con el partido de Florencio Varela y al sur con los partidos de La Plata y Ensenada. Berazategui se encuentra al sudeste de la Región Metropolitana de Buenos Aires, su cabecera es la ciudad del mismo nombre, posee una superficie de 217 km², y una población de 324.244 habitantes según censo realizado en el año 2010⁷².

En lo concerniente al área de salud, Berazategui integra la Región sanitaria VI junto a ocho partidos entre estos Florencio Varela, Quilmes y Lomas de Zamora⁷³. Para la muestra del estudio de investigación, se tomó la zona limitada por las Avenidas; Florencio Varela, Calchaquí, Rigolleau y Autopista Ricardo Balbín⁷².

Para lograr una recolección que permita argumentar el análisis que sostendrá la comprobación de la presente hipótesis o la refutación de la misma se trabajó con una muestra total de 9 (nueve) encuestas en diferentes CAPS.

Con relación a la recolección de datos bibliográficos, la misma se realizó a través de una búsqueda de artículos científicos en bases de datos de ciencias de la salud, tales como: Pub Med, Scielo y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), como así también una revisión de información publicada en los sitios web de distintos organismos nacionales e internacionales como: Organización Mundial de la Salud (OMS), World Confederation for Physical Therapy (WCPT), Argentina. Gob.ar, berazategui.gob.ar/salud/ entre otros.

La búsqueda de estos artículos, se realizó a través de los términos MeSH, DeCS y términos libre que se especifican en el cuadro 1 en tanto en el cuadro 2 se expone las combinaciones de los mismos.

Cuadro N° 1. Términos clave utilizados para la investigación

palabra	Término Libre	DeCS	MeSH
#1	Primer nivel de atención en salud	Atención Primaria en Salud	"Primary Health Care" [Mesh]
#2	Kinesiólogo		
#3	Fisioterapeutas	Fisioterapeutas	"Physical Therapists" [Mesh]
#4	Grupo de salud Interdisciplinario	Grupo de Atención al Paciente	"Patient Care Team" [Mesh]
#5	Argentina	Argentina	"Argentina" [Mesh]

Fuente: Realización propia

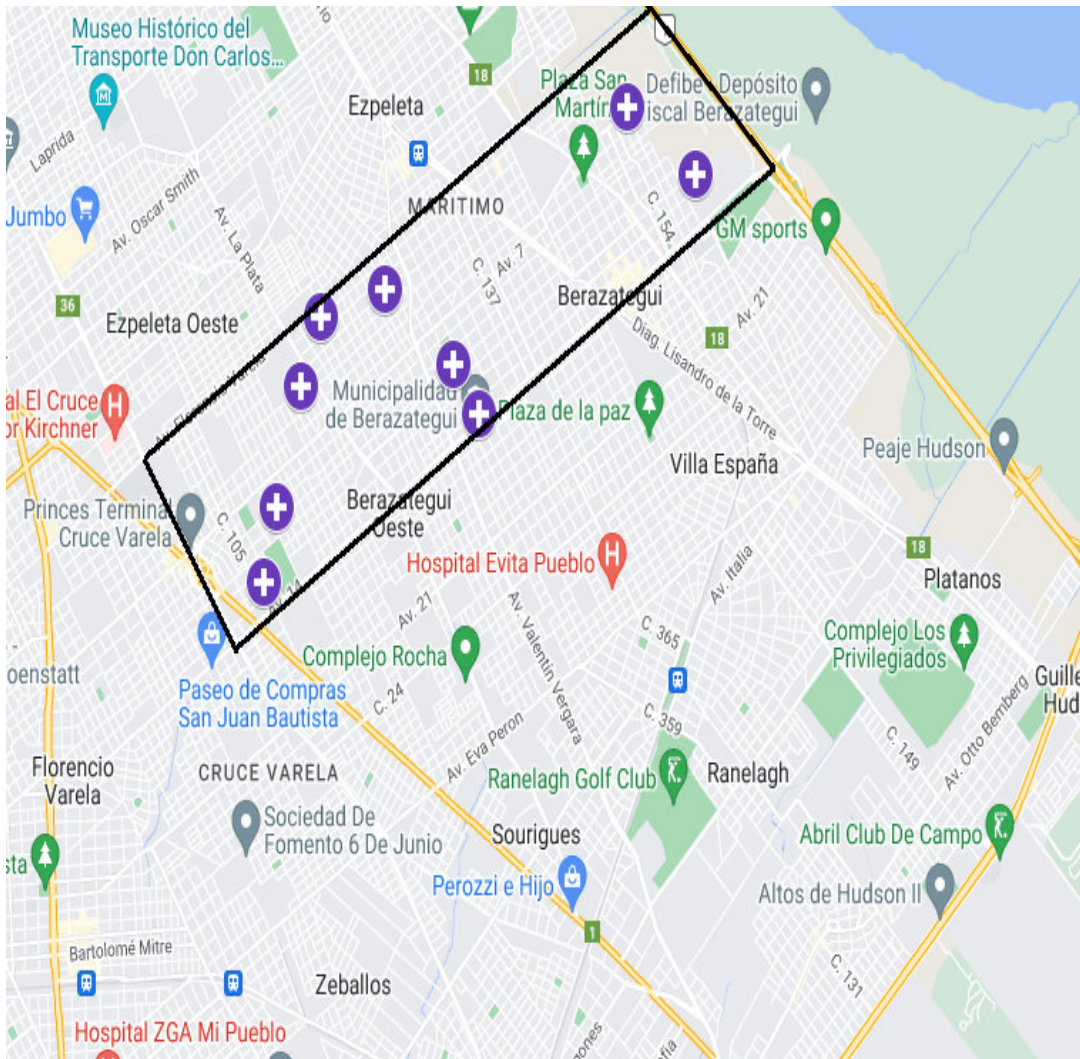
Cuadro 2. Combinaciones de términos clave

	Término	Conector	Término
#6	#3	OR	#2
#7	#1	AND	#6
#8	#1	OR	#5
#9	#3	AND	#8
#10	#4	AND	#8

Fuente: Realización propia

En cuanto al trabajo de campo, como se dijo con anterioridad, el mismo se llevó a cabo en el área delimitada en el partido de Berazategui, tal como se presenta en la siguiente imagen.

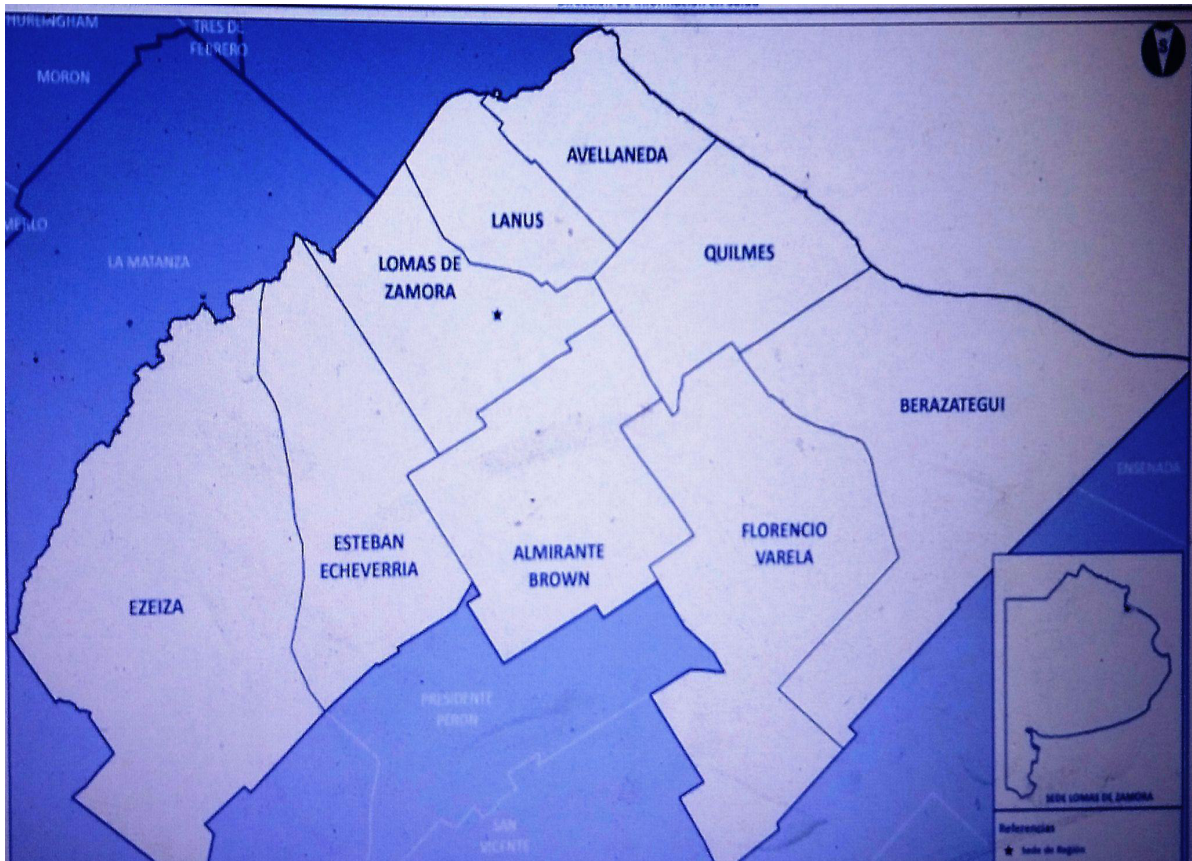
Mapa N° 1: Berazategui



Fuente: google maps

Con respecto al área de salud Berazategui, tal como se expuso, forma parte de la región Sanitaria VI, tal cual se muestra en la imagen a continuación.

Mapa N° 2: Región Sanitaria VI



Fuente: Ministerio de Salud; Dirección de Información en Salud

Por otra parte, para poder iniciar el trabajo de campo se gestionaron 3 (tres) autorizaciones puesto que de los 9 (nueve) CAPS a encuestar, 7 (siete) de ellos se encuentran nucleados en la Coordinación de Atención Primaria para la Salud (CAPSA) perteneciente a la Secretaría de Salud Pública e Higiene.

El CAPS N° 1 Doctor Javier Sábato el cual es un CAPS de nivel avanzado que posee especialidades y guardia clínica y pediátrica de veinticuatro horas, tiene otro director por tanto no pertenece al área de Centros Periféricos, aunque sí a la Secretaría de Salud Pública e Higiene. No es el caso del CAPS N° 8, este centro

no pertenece a la Secretaría de Salud Pública e Higiene sino a la Secretaría de Políticas Socioeducativas.

Una vez gestionadas y obtenidas las debidas autorizaciones y previo a las encuestas, como se dijo con antelación, los responsables a cargo de los CAPS recibieron, junto con una copia del plan de tesina, sendas réplicas de la constancia, la autorización y el consentimiento informado, mismos que se encuentran en el anexo.

En el siguiente cuadro se especifica cada CAPS visitado de la zona antes definida del municipio de Berazategui, con su respectivo domicilio:

Cuadro 3 CAPS visitados con sus domicilios

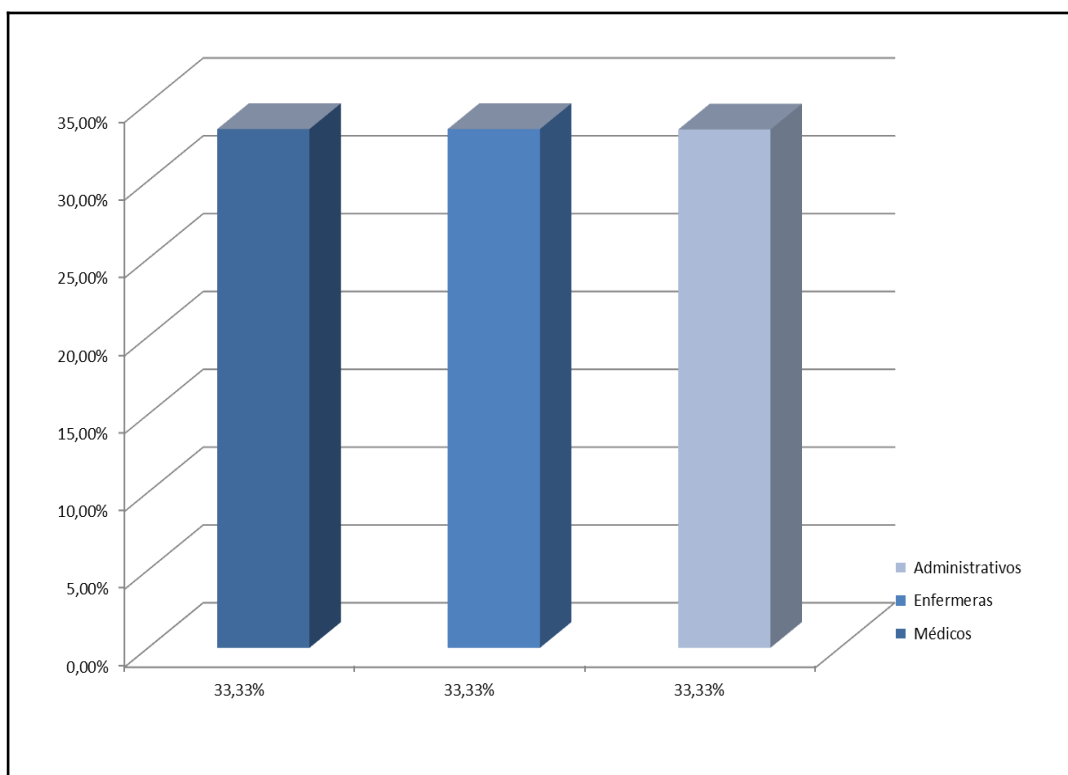
CAPS	Dirección	Barrio
N° 1	Av. 14 entre 131 y 132	Berazategui oeste
N° 8	Calle 10 entre 131 y 132	Berazategui oeste
N° 15	Calle 110a y 9	Barrio Güemes
N° 16	Calle 156 esquina 5	Barrio U.O.C.R.A
N° 21	Calle 3 entre 129 y 129a	Barrio Los Ciruelos
N° 24	Calle 122 esquina 1	Barrio 1° de Mayo
N° 26	Calle 4 y 117a	Barrio San José y San Mauro
N° 31	Calle 12a entre 106 y 107	Barrio San Pedro
N° 32	Calle 11 entre 159a y 160	Barrio Asunción

Fuente: Datos extraídos de la Municipalidad de Berazategui.

En Berazategui, cada CAPS es dirigido por un referente que puede ser, tanto un profesional de la salud como médicos y enfermeras, o un administrativo.

El/la referente tiene la función de que el Centro Sanitario a su cargo funcione de la manera más coordinada y fluida posible, para esto debe entre otras muchas cosas controlar; horario de entrada y salida del personal del centro, si están enfermos o no, pasar partes, controlar que se entregue la medicación, que los turnos se den en tiempo y forma, que el centro esté en condiciones tanto de higiene como ediliciamente, que no falte la medicación y los suministros, si los médicos necesitan algo se avisa, se manda mail a quién corresponda, es decir, es el encargado de que todo el centro funcione de la mejor manera tanto para los profesionales como para los usuarios que acuden en busca de atención.

Gráfico N°1: Representación de referentes según profesión



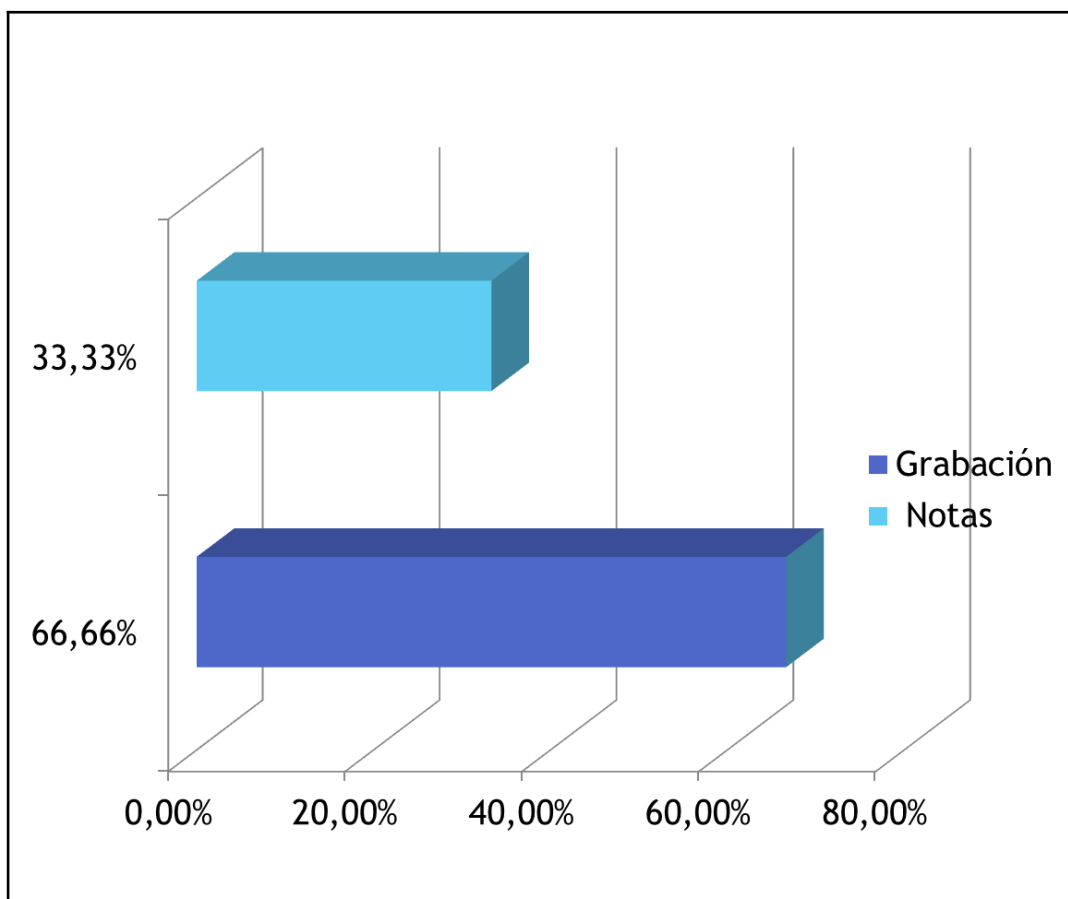
Fuente propia: de acuerdo a resultados

En el gráfico, se muestra la prevalencia de profesionales de la salud como referentes de los CAPS, representados por un porcentaje de 33,33% de médicos y

un 33,33% de enfermeras en contraste con los profesionales administrativos representados por el 33,33% restante.

Por lo que se refiere al método de relevamiento, se solicitó consentimiento para realizar la encuesta a través de grabación, solo el 66,66% aceptó, al resto se les realizó la encuesta tomando nota, dichos datos se reflejan en el siguiente gráfico.

Gráfico° 2 : Método de relevamiento



Fuente: de acuerdo a relevamiento

A propósito de la herramienta utilizada para la recolección de datos de esta investigación, la misma se basó en una encuesta realizada a los profesionales a cargo de los centros de salud que se encuentran dentro de la zona de estudio.

Herramienta N°1: Modelo de Encuesta

Las preguntas serán las siguientes:

1. ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?
2. ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?
3. ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)
4. ¿Cuál es la metodología de atención?
5. ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?
6. ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?
7. ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?
8. ¿Qué funciones cumple?
9. ¿Cómo es la metodología de trabajo?
10. ¿Cuántas horas cumple?
11. ¿Cree que es importante contar con un kinesiólogo en el equipo?
12. ¿Cuáles son los beneficios para ustedes?

VI. Contexto de Análisis

A continuación, se exponen un resumen de los datos recolectados para la investigación. El trabajo de campo se llevó a cabo sobre una muestra de 9 referentes de diferentes CAPS en el partido de Berazategui, con el objetivo de conocer el nivel de inserción del kinesiólogo dentro del equipo de salud en estos centros, como así también, el conocimiento que tienen estos profesionales sobre el accionar del kinesiólogo en un centro del primer nivel de atención. Por otra parte, las encuestas completas se encuentran en el anexo.

Encuesta N°: 1

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

50 años

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Equipo de guardia: médico clínico, pediatría y enfermería.

Consultorios externos: médico clínico, ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología, traumatología, nefrología, reumatología, endocrinología, neurología, gastrología, diabetología, neumonología, cardiología, nutricionista, enfermería.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Los profesionales interactúan entre ellos y con todos los CAPS.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

El espacio edilicio.

Encuesta N°: 2

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

30 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Clínica médica, infectología, infectología pediátrica, dermatología, ginecología, psicología, psiquiatría, adolescencia, bioquímica, servicio social, enfermería.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Interdisciplinaria.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

No.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Somos una secretaria.

Encuesta N°: 3

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

35 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Clínica médica, pediatría, psicología, obstetricia, odontología, ginecología, neumonología, diabetología, agentes sanitarios, enfermería.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente, su posible intervención en el primer nivel de salud?

Pocos.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Sí.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Económica.

Encuesta N°: 4

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

20 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Médico generalista, pediatras, obstetra, ginecólogo, psicólogo, enfermera, agente sanitario.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Sí.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Sí.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

No sería una especialidad para atender patologías prevalentes.

Encuesta N°: 5

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 32 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Médico clínico generalista, obstetricia, psicología, ginecología, fonoaudiología, pediatría, agente sanitario, enfermería.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Pocos.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Falta de información.

Encuesta N°: 6

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 25 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Pediatría, clínico, obstetricia, psicólogo. sanitaristas, enfermeras.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

No

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Falta de información.

Encuesta N°: 7

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 20 años.

2. ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Pediatría, médico clínico, obstetricia, ginecología, psicología, odontología, enfermería, asistente social, agente sanitario.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No

4 ¿Cuál es la metodología de atención?,

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Falta de información.

Encuesta N°: 8

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 10 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Médico clínico, pediatría ginecología, obstetricia, psicología, enfermería,

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Contamos con un centro de rehabilitación

Encuesta N°: 9

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Aproximadamente 20 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Médico clínico, pediatra, psicólogos, obstetras, ginecólogo, agente sanitario, enfermeras.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En equipo.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Pocos.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Sí.

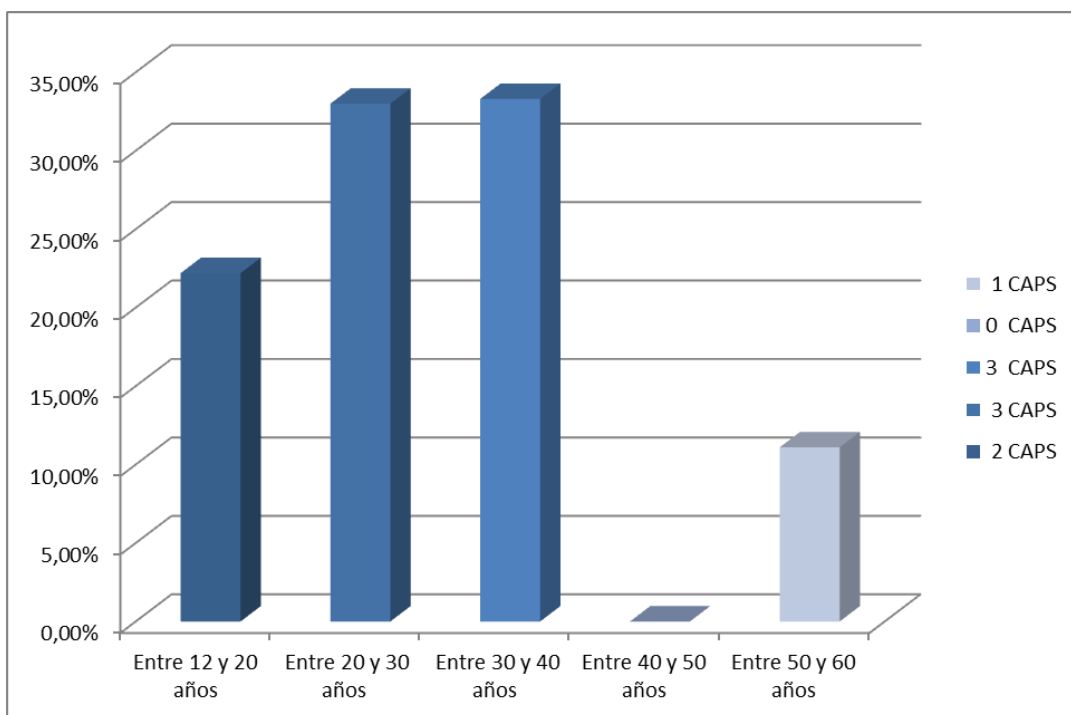
7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Falta de información.

VII. Resultados

A continuación se exponen los resultados recolectados en el trabajo de campo, con base a las respectivas encuestas.

Gráfico N° 3 : Tiempo que lleva en funcionamiento la institución.



Fuente basada en resultados

Según resultados, la mayoría de los centros de atención llevan entre 20 y 40 años brindando atención sanitaria a sus comunidades de pertenencia. Siendo el centro N° 1 el más antiguo de todos con 50 años en contraste con el centro N° 31 que es el que menos años lleva, con poco más de 10 años, prestando servicio a su comunidad de referencia. Asimismo la mayoría de los referentes a lo largo de sus discursos, refieren sentir que están bien posicionados en sus comunidades de pertenencia y que están haciendo el mejor esfuerzo para cumplir con su función como centros de primer nivel de atención en función del bienestar de sus usuarios

Cuadro N° 4: Especialidades más frecuente en los grupos de trabajo

Especialidades más frecuente	Cantidad	Porcentaje
C. Médica	9	100%
Obstetricia	8	89%
Psicología	8	89%
Pediatría	8	89%
Ginecología	8	89%
Enfermería	9	100 %
Agente Sanitario	6	66,6%

Fuente: elaboración propia de acuerdo a resultados

Cuadro N° 5: Especialidades de menor frecuencia en los grupos de trabajo

Especialidades de menor frecuencia	Cantidad	Porcentaje
Neumonología	2	22,2 %
Odontología	2	22,2 %
Diabetología	2	22,2 %
Fonoaudiología	2	22,2 %
Dermatología	2	22,2%
Nutricionista	1	11.1%
Cardiología	1	11,1%
Gastroenterología	1	11,1%
Reumatología	1	11,1%
Endocrinología	1	11,1\$
Neonatología	1	,11,1%

Traumatología	1	11,1%
Nefrología	1	11,1%
Infectología	1	11,1%
Otorrinolaringología	1	11,1%
Bioquímico	1	11,1%
Servicio Social	1	11,1%
Psiquiatría	1	11,1%
Asistente social	1	11,1%

Fuente: elaboración propia

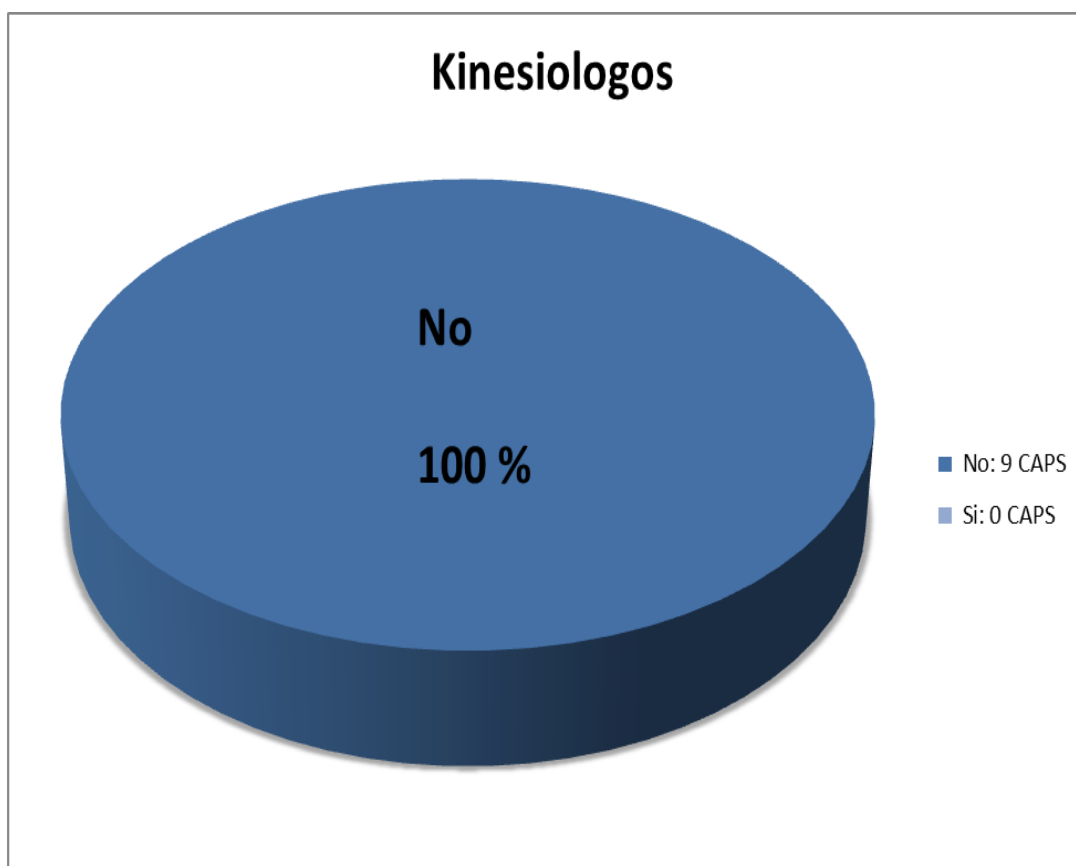
Como se observa en el cuadro N° 4 , la mayoría de los centros cuentan en su grupo de trabajo con; clínica médica, pediatría, obstetricia, psicología, ginecología, agente sanitario y enfermería, salvo, los centro N° 1, 24 y 8, el primero no cuenta con el servicio de psicología ni con agentes sanitarios, el segundo por otro lado, no brinda la especialidad de ginecología y el tercero no cuenta entre sus profesionales con los servicios de obstetricia, pediatría y agente sanitario.

Asimismo, el CAPS N° 15 cuenta además con los servicios de odontología, neumonología y diabetología esta última especialidad ejercida por el también médico clínico. En tanto el centro N° 21 tiene fonoaudiología entre los componentes de su equipo y por último el CAPS N° 26 el cual cuenta también con la especialidad de odontología y asistente social.

Por otra parte, el centro N° 8 brinda además servicios de: infectología adultos y pediátrica, dermatología, psiquiatría, adolescencia, bioquímica y servicio social.

Sin embargo, ninguno de los CAPS visitados cuenta con la especialidad de traumatología, con excepción del centro N° 1 el cual es el único centro de guardia las 24 horas de los 9 visitados. Este centro, además de contar con traumatólogos es a la vez el que más especialistas tiene, con más de 20 profesionales de la salud en su equipo de consultorios externos, aparte de contar con un equipo de guardia conformado por un médico clínico, un pediatra y enfermeras.

Gráfico N° 4 : Kinesiología en los Centros de Atención Primaria de la Salud



Fuente: según resultados obtenidos

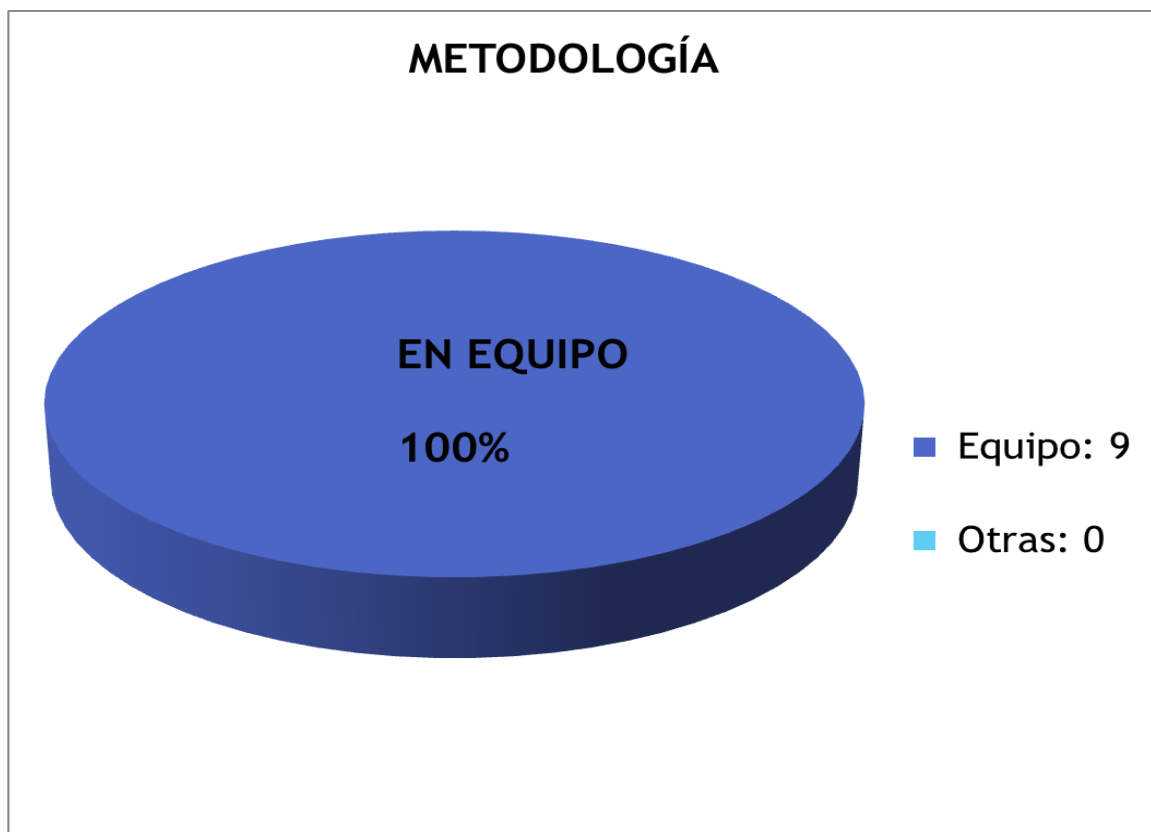
Uno de los servicios a prestar por la atención primaria, además de los de promoción, prevención y tratamiento es el de rehabilitación y dichos servicios se deben brindar lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas, es decir, que los mismos deben estar a disposición de todas las personas en todos los niveles de atención de la salud, por tanto accesibles para todos, además que estos servicios de atención de la salud deben ser adecuados, oportunos, de calidad y brindados de manera integral a toda persona que los necesite, con el fin de obtener un rápido diagnóstico y un tratamiento oportuno.

Empero, en base a los resultados, en ninguno de los centros donde se realizaron las encuestas brindan servicio de kinesiología a su comunidad. Por ende, los

usuarios deben trasladarse al hospital de referencia o al centro de rehabilitación que se encuentra en el Club Ducilo con el fin de recibir el nombrado servicio.

Este hecho limita uno de los postulados de la APS en referencia a la cercanía que debe tener la asistencia de salud con respecto a su comunidad de pertenencia, es decir que todos los servicios deben ser accesibles y no estaría siendo el caso de la rehabilitación y más aún se limita el acceso a una atención oportuna debido a los mayores costos tanto económicos como de tiempo si el paciente debe trasladarse ya sea al hospital de referencia.

Gráfico N° 5 : Metodología de atención en los CAPS visitados



Fuente: elaboración basada de acuerdo a resultados

Según lo investigado, en todos los CAPS encuestados el método de atención de los profesionales de salud de estos centros es el trabajo en equipo interdisciplinario.

Así mismo la mayoría de los referentes, en cuanto a los turnos expresaron que como ninguno de los centros, es un centro de emergencia, los turnos son diferidos se entregan generalmente después de las 8 de la mañana, lo que evita la aglomeración de concurrencia en horas muy tempranas en búsqueda de un turno, este no es el caso del centro N° 1 el cual si es de emergencia las 24 horas y los turnos se dan por orden de llegada.

Por otro lado, refieren, que todos los centros están conectados en red, por tanto, siempre cuentan con la información de que servicios brindan cada uno, de modo que se valen del sistema turnero, para requerir turnos de otros centros para sus pacientes de ser necesarios en caso de falta de turnos o por no contar con el especialista requerido, pero, que sí es una emergencia, el paciente es derivado ya sea al Centro Sábato o al hospital de referencia Evita Pueblo, que luego de haber sido tratada esa emergencia en el nivel superior o si fue atendido en otro centro, el paciente es regresado al centro de origen para continuar con su tratamiento, haciendo efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia. Este mecanismo permite canalizar la demanda por servicios de salud y hacer uso eficiente del sistema de atención.

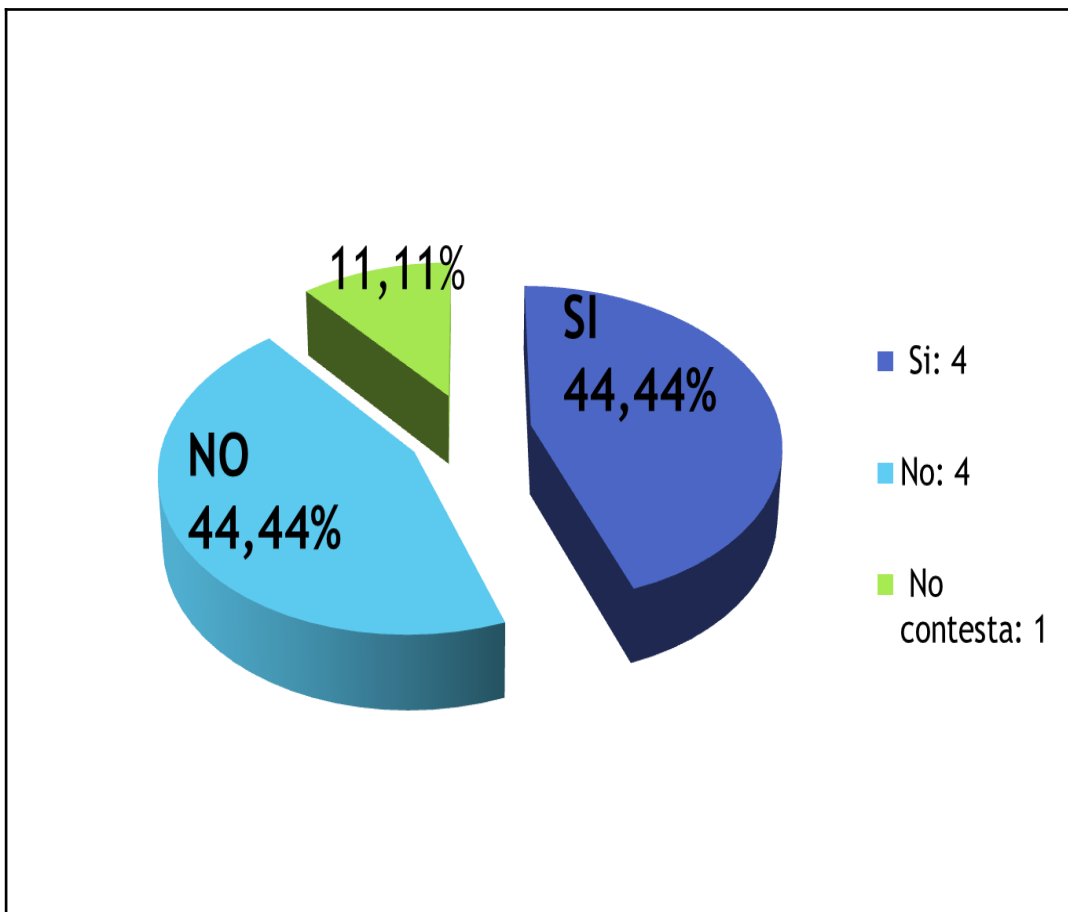
Además, el sistema de gestión de pacientes no solo es en sentido vertical, es decir cuando derivan al paciente hacia un nivel de atención superior, el hospital de referencia, sino también en sentido horizontal al derivar hacia otros CAPS, esto les permite resolver de manera concreta y los más eficientemente posible los problema de salud de sus usuarios.

Asimismo casi todos los referentes informan, que en el caso de las patologías musculoesqueléticas al no contar con servicio de traumatología estos pacientes se derivan según la gravedad, directamente al centro N° 1 o al hospital y es el traumatólogo quién los referencia a rehabilitación en caso de ser necesario y que el hospital cuenta con un área de servicio de kinesiología.

En tanto el centro N° 1 que si es de guardia, cuenta con una mayor dotación de servicio de especialistas los cuales interactúan entre ellos y con los otros CAPS, al ser un centro de guardia recibe una mayor afluencia de usuarios, brinda los turnos por orden de llegada, y en caso, de necesitar atención kinésica para algún paciente

se realiza la derivación al Centro de Rehabilitación deportiva que se encuentra en el Club Ducilo.

Gráfico N° 6 : Conocimiento de las funciones del kinesiólogo



Fuente: elaboración basada de acuerdo a resultados

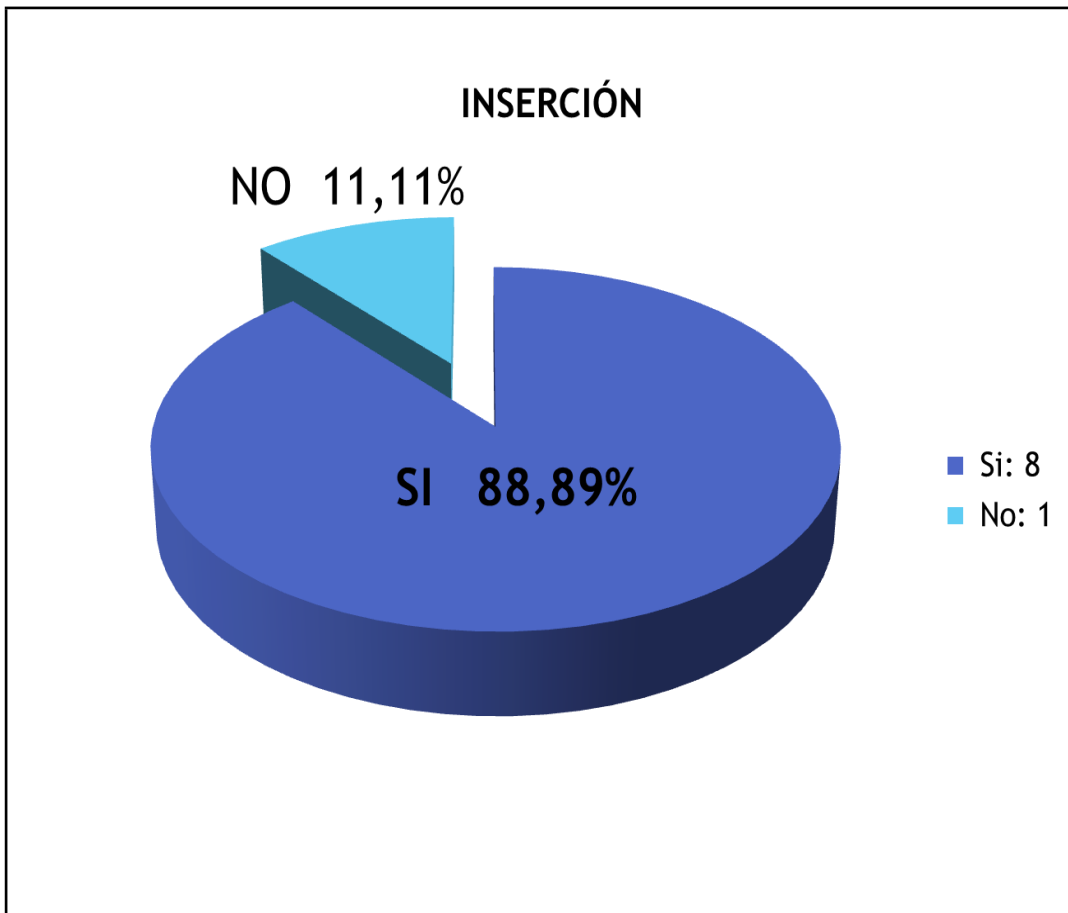
Respecto al conocimiento de las funciones del kinesiólogo en general y su aporte en atención primaria 4 de los entrevistados refirió tener conocimientos al respecto de las competencias de este profesional tanto en el quehacer general como en sus labores en un centro de primer nivel de atención.

En cambio otros 4 encuestados declararon poseer pocos conocimientos sobre el accionar del kinesiólogo en general y solo tenían a la kinesiología como una especialidad abocada en la rehabilitación y menos conocimientos aún en lo que

podía aportar este profesional en un centro de primer nivel de atención por tanto, solicitaron y les fue brindada información al respecto antes de continuar.

Por consiguiente, se puede inferir en base a estos resultados, que existe una gran falencia de conocimiento sobre el quehacer del kinesiólogo en general y más aún en lo que respecta al aporte de este profesional en el primer nivel de atención, en la comunidad sanitaria, hecho que sugiere a la vez una falencia de parte de los kinesiólogos al no brindar más información a la comunidad, sobre las funciones de estos profesionales y las áreas para las cuales están capacitados para laborar.

Gráfico N° 7 : Inserción del kinesiólogo



Fuente: con base a las encuestas

Acerca de la inserción del kinesiólogo en los CAPS, la mayoría de los entrevistados, convinieron que sería beneficioso para las personas que asisten en

busca de asistencia a los centro, contar con la incorporación del Kinesiólogo como integrante del equipo de salud, por un lado, brindando su aporte no solo en lo que es la atención y la rehabilitación, sino también en acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y por otro lo relacionado a la accesibilidad de contar con este tipo de asistencia en los centros evitando de este modo la demora o la deserción al tratamiento por parte de los usuarios.

Por otro lado, los que tenían pocos conocimientos sobre el quehacer del kinesiólogo, en un inicio, ubicaron a la Kinesiología dentro del segundo y tercer nivel de atención, tratamiento y rehabilitación, luego de recibir la información requerida logran obtener un espectro más significativo, determinando la acción de este también en prevención y promoción para la población y actuando como complemento del médico clínico, del pediatra o del neumonólogo trabajando en forma interdisciplinaria.

En cuanto al centro N° 8, la referente del mismo explica que no, puesto que este centro a pesar de llevar este nombre más como una referencia para la comunidad, en realidad es una secretaría y como tal dan respuesta a todo el distrito, que esa es la diferencia entre ser un centro de salud y ser una secretaría.

Cuadro N° 6 : Causas de la no inserción del kinesiólogo en la institución

CAPS	Respuestas	Falta de información	Otras
N° 1	Falta de espacio físico.		x
N° 8	No somos un centro sino una secretaría.		x
N° 15	Por una cuestión económica.		x

N° 16	No sería una especialidad para atender patologías prevalentes, pero sí es importante.		x
N° 21	Por desconocimiento de todas las las funciones que puede realizar ese profesional y tampoco nunca fueron requeridos por los profesionales del centro.	x	
N° 24	Tal vez, porque no se considera una especialidad prioritaria y puede que esto sea así, por falta de conocimiento sobre las funciones de este profesional y de lo que puede aportar en los CAPS.	x	
N° 26	Por falta de información de lo que puede aportar dicho profesional al equipo y tal vez, también por falta de esos mismos profesionales.	x	
N° 31	Porque nosotros contamos con un centro específico de rehabilitación que está en el club Ducilo y me parece que tiene que ver con eso.		x
N° 32	Me parece que es por desconocimiento de lo que hace de verdad el kinesiólogo, de lo que podría aportar esa especialidad en atención primaria.	x	

Fuente propia: de acuerdo a lo investigado

Las causas indicadas para la falta de inserción del kinesiólogo en el primer nivel de atención fueron diversas, por un lado, el 44,44% de los referentes opinaron que era por falta de información sobre lo que este profesional podía aportar en un CAPS, aparte de que no fueron requeridos por los profesionales que conforman los equipos de salud y que este debía ser el primer paso a seguir para lograr que un kinesiólogo integrara el equipo, como también la falta de kinesiólogos.

Por otro lado el 55,55% restante mencionó diversos motivos tales como; el costo económico que conlleva equipar un área de kinesiología, la falta de espacio edilicio, no se la considera una especialidad para atender patologías prevalentes, falta de kinesiólogos.

En tanto, algunas informan que Berazategui cuenta con un centro de atención donde se nuclea todo lo referente a la rehabilitación otra refiere que no son un centro de salud sino una secretaria y como tal tienen la función de dar respuesta a todo el distrito, que esa es la diferencia entre ser un centro de salud y ser una secretaria.

En consecuencia, los argumentos sobre este tema fueron variados, no obstante, la mayoría opinó a lo largo de las entrevistas, que la llegada de este profesional al equipo de salud, redundaría en beneficio para los usuarios de los centros del primer nivel de atención.

VIII. Conclusiones

Con acuerdo a la interpretación de los resultados, obtenidos por medio de las encuestas realizadas a los referentes a cargo de los CAPS, se puede inferir la trascendencia de la pertenencia del kinesiólogo dentro del equipo de salud de los mismos, laborando de forma interdisciplinaria con los demás integrantes de dicho equipo.

Habiendo por una parte, confirmado la no inclusión del kinesiólogo como prestador de salud dentro del equipo interdisciplinario en todos los CAPS visitados. la mayoría de los encuestados por otra parte, declararon que la incorporación de este profesional dentro del equipo de atención de los CAPS, representaría un gran beneficio para la comunidad que recurre en busca de asistencia sanitaria a estas instituciones.

Accionando no solo sobre la rehabilitación de patologías musculoesqueléticas sino también en funciones inherentes a la atención primaria tales como la promoción y la prevención de la salud.

Es preciso señalar, que las profesionales a cargo de los CAPS que tenían pocos conocimientos sobre la función del kinesiólogo y más aún sobre lo que este puede aportar en el primer nivel de atención, solicitaron, una breve reseña sobre el quehacer del kinesiólogo dentro de la atención primaria antes de continuar respondiendo sin los conocimientos necesarios, llamándoles la atención la mención sobre la función del kinesiólogo en áreas referidas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Después de esto, acordaron lo provechoso que sería tener un kinesiólogo en los CAPS, brindando sus servicios, no solo en la asistencia y la rehabilitación sobre patologías inherentes a este profesional como lo son las patologías musculoesqueléticas según sus anteriores creencias, sino también en actividades ligadas a la promoción y prevención de la salud tanto para el paciente que asiste de manera regular en búsqueda de asistencia sanitaria al centro, sino también para toda la comunidad de pertenencia de estos centros asistenciales.

Por otro lado, como la mayoría de los CAPS visitados no cuenta con traumatología entre sus especialidades, las patologías traumatológicas que llegan al CAPS se las

deriva a otro centro que si cuenta con un traumatólogo en su equipo como el centro Sábato, pero si es una emergencia, en principio se estabiliza al paciente por un profesional de salud en el centro en caso de ser necesario y luego se lo refiere al hospital Evita Pueblo, el cual es el hospital de referencia de todos los CAPS dentro del municipio de Berazategui. Una vez resuelta esta emergencia el paciente es regresado para que continúe su atención en el centro de pertenencia y que de necesitar este paciente atención kinésica es el traumatólogo quien lo refiere a este profesional, puesto que los usuarios no puede solicitar atención kinésica sin una derivación médica.

Por consiguiente, es factible que si el kinesiólogo conformara el equipo de salud en centros de primer nivel de atención como estos CAPS, tal como ocurre en países como Chile, Brasil, Canadá, Suecia y el Reino Unido estos últimos países además brindan acceso directo a la atención de fisioterapia, según lo obtenido en la recolección de datos. Estos pacientes, una vez regresados a su efector de origen para su seguimiento, podrían recibir tratamiento kinésico de forma simultánea con el equipo en el mismo centro de referencia, en caso de ser necesario, optimizando de esta forma la accesibilidad de los usuarios a la salud y la calidad de la asistencia de los mismos.

Por tanto, la inclusión de este profesional en los CAPS puede ser beneficiosa para los pacientes, optimizando los tiempos, evitando mayores gastos, la demora o interrupción del tratamiento y adicionalmente también para el médico general o de cabecera. Asimismo, al disminuir el flujo de pacientes podría haber una mejor utilización de los recursos del nivel superior de atención en salud.

En conclusión, si el kinesiólogo estuviera brindando su saber en los equipos de salud de los CAPS, se tendría al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, terapias particulares para distintas patologías con una mejor accesibilidad y calidad asistencial en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Por ende la integración de kinesiólogos en los equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención debe ser parte de la mejora de la calidad y accesibilidad en la APS. De este modo, se estaría actuando en concordancia con el sentido de la atención primaria, atención completa de la salud y lo más próxima de donde viven o trabajan las personas

IX. Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos [Internet]. 49ª ed. Ginebra: OMS; 2020 [Citado 15 de febrero de 2021]; 248 p. Disponible en: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet]. OPS; 2012 [Citado 15 de febrero de 2021]; 3 p. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
3. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev. Panam Salud Pública. 2018 [Citado 15 de febrero 2021]; 42:e104. Disponible en: [doi: 10.26633/RPSP.2018.104](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104)
4. Tobar F, Montiel L, Falbo R, Drake I. La red pública de atención primaria de la salud en Argentina [Internet]. Informe de investigación. Buenos Aires 2014 [Citado 15 de febrero de 2021]; Disponible en: https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2014/09/la_red_publica.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC 4 ° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos [Internet]. 1a edición, Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019 [Citado 17 de octubre de 2021]; Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultadosdefinitivos.pdf.
6. Long J. European region of the WCPT statement on physiotherapy in primary care. Prim Health Care Res Dev. 2019 Nov. 4 [Citado 15 de febrero de 2021]; 20:e147. Disponible en: [doi: 10.1017/S1463423619000811](https://doi.org/10.1017/S1463423619000811)
7. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Montevideo: Arch. Med In [Internet]. 2011 Abr. [Citado 15 de febrero de 2021]; 33 (1): 7-11. Disponible en:

- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=e
8. Rezende M de, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares M de F. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Cien Saude Colet. 2009 Oct.; 14 [Citado 15 de febrero de 2021]; [suppl 1]:1403-10. Disponible en: [doi:10.1590/s1413-81232009000800013](https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000800013)
 9. Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. Health Policy. 2019 June [Citado 15 de febrero de 2021]; 123(6):550-563.p. Disponible en: [doi:10.1016/j.healthpol.2019.03.015](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.015)
 10. Anexo I Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. [Internet]. Boletín Oficial Poder Ejecutivo Nacional, de 18-12-2018. Ciudad de Buenos Aires: [Citado 15 de febrero de 2021]; 1-6. p. Disponible en: http://www.legisalud.gov.ar/pdf/sgrsres32_2019anexo1.pdf
 11. Ley 24.317 Ejercicio de la Kinesiología y Fisioterapia. [Internet]. Honorable Congreso de la Nación Argentina, de 30-05-94. [Citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24317-716/texto>
 12. Confederación Mundial de Fisioterapia. Defensa del título. Declaración de política: protección del título [internet]. WCPT. 2019 [Citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-Protection-of-title-Spanish.pdf>
 13. Ronzio, Oscar. A. Fisioterapia na Argentina [Internet]. Fisioterapia e Pesquisa; 2019 [Citado 17 de febrero de 2021]; 110-111 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/00000026022019>
 14. Resolución 801/1994 [Internet]. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires: 1994 [Citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20801-94.pdf>

15. Sørensen E. Challenges for the World Health Organization. Tidsskr Nor Laegeforen. [Internet]. 2018 Jan [Citado 20 de junio de 2022]; 8; 138(1). Disponible en: doi: 10.4045/tidsskr.17.0412
16. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. 1948 [Citado 20 de junio de 2022]; Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Convención sobre los derechos del niño. [Internet]. 2006 [Citado 2 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de la salud. [Internet]. 1 de abril de 2021 [Citado 2 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
19. Freidin B. Atención Primaria de la Salud en tiempos de crisis: experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires. [Internet]. Teseo; 2020 [citado 14 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.teseopress.com/atencionprimaria/chapter/capitulo-2-la-atencion-primaria-de-la-salud-en-el-contexto-argentino/>
20. Langlois EV, McKenzie A, Schneider H, Mecaskey JW. Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. Bull World Health Organ. [Internet]. 2020 Nov [Citado 2 de junio de 2022]; 1; 98(11):781-791. Disponible en: doi: 10.2471/BLT.20.252742
21. Dmytraczenko T, Almeida G, editoras. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados. [Internet]. El Banco Mundial; 2017 [Citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: doi: 10.1596/978-1-4648-1177-7
22. Barrios O, Aragüés y Oroz V, Báscolo E, Bello J, Garay OE, Pagés JA, et al. Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal. [Internet]. 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud OPS; 2017. [Citado 21 de junio de 2022]; 196 p. 22 x 15 cm. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence

23. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Rev. Panam Salud Pública*. [Internet]. 2018 [Citado 21 de junio de 2022]; 42:e147. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>
24. Marin, GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [Citado 21 de junio de 2022]; v. 26, n. 11 pp. 5453-5462. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.06152021>
25. Palacios A, Espinola N, Rojas-Roque C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. *Int J Equity Health*. [Internet]. 2020 Jul 31 [Citado 21 junio de 2022]; 19(1):67. Disponible en: doi: 10.1186/s12939-020-01168-6
26. Lago FP, Elorza ME, Nebel-Moscoso S, Vanina-Ripari N. Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2013 [Citado 2 de abril de 2022]; 12 (25), 40-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54529181004>
27. Maceira D, Olaviaga S, Kremer P, Cejas C. Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. [Internet]. 2016 [Citado 2 de abril de 2022]; Disponible en: <https://mydokument.com/politicas-publicas-analisis-n-30-centros-de-atencion-primaria-de-salud-radiografia-de-su-distribucion-en-la-argentina.html>
28. Mendes L dos S, Almeida PF de, Santos AM dos, Samico IC, Porto JP, Vázquez ML. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021 [Citado 10 de julio de 2022]; v. 37, n. 5 e00149520. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>
29. Guerra S, Martelli PJ de L, Dubeux LS, Marques P, Samico IC. Coordenação da gestão clínica entre níveis: a perspectiva de médicos da atenção primária e especializada na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2022 [Citado 10 de junio de 2022]; 38:e00262921. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262921>

30. Catoe H, Jarvis J, Gupta S, Ginsburg O, de Lima Lopes G. The Road to Addressing Noncommunicable Diseases and Cancer in Global Health Policy. American Society of Clinical Oncology Educational Book. [Internet]. 2017 [Citado 10 de junio de 2022]; 37:29-33. Disponible en: doi: 10.1200/EDBK_100012
31. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases. [Internet]. 13 April 2021 [Citado 2 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
32. Ndubuisi NE. Noncommunicable Diseases Prevention In Low- and Middle-Income Countries: An Overview of Health in All Policies (HiAP). Inquiry [Internet]. 2021 Jan [Citado 2 de junio de 2022]; Dec; 58:46958020927885. Disponible en: “doi: 10.1177/0046958020927885”
33. Easter M, Bollenbecker S, Barnes JW, Krick S. Targeting Aging Pathways in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. IJMS [Internet]. 2020 Sep 21 [Citado 2 junio de 2022]; 21(18):6924. Disponible en: doi: 10.3390/ijms21186924
34. Vega-Sánchez ÁE, Téllez-Navarrete NA, Pérez-Padilla R. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Perspectives for Primary Health Care. RIC [Internet]. 2019 [Citado 2 de junio de 2022]; 71(1):55-63. Disponible en: doi: 10.24875/RIC.18002630
35. Wang T, Mao L, Wang J, Li P, Liu X, Wu W. Influencing Factors and Exercise Intervention of Cognitive Impairment in Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Clin Interv Aging. 2020 Apr 21 [Citado 5 de junio de 2022]; 15:557-566. Disponible en: doi: 10.2147/CIA.S245147
36. Ferrera MC, Labaki WW, Han MK. Advances in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Annu Rev. Med [Internet]. 2021 Jan 27 [Citado 2 de junio de 2022]; 72:119-134. Disponible en: doi: 10.1146/annurev-med-080919-112707
37. Fernandes JB, Fernandes SB, Almeida AS, Vareta DA, Miller CA. Older Adults' Perceived Barriers to Participation in a Falls Prevention Strategy. J P M [Internet]. 2021 May 23 [Citado 4 de junio de 2022]; 11(6):450. Disponible en: doi: 10.3390/jpm11060450

38. Kim KI, Jung HK, Kim CO, Kim SK, Cho HH, Kim DY, et al. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. *Korean J Intern Med* [Internet]. 2017 Jan [Citado 4 de junio de 2022]; 32(1):199-210. Disponible en: doi: 10.3904/kjim.2016.218
39. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Dec 1 [Citado 2 de junio de 2022]; 4(12):e2138911. Disponible en: doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.38911
40. Hamed A, Bohm S, Mersmann F, Arampatzis A. Follow-up efficacy of physical exercise interventions on fall incidence and fall risk in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med Open* [Internet]. 2018 Dec 13 [Citado 4 de junio de 2022]; 4(1):56. Disponible en: doi: 10.1186/s40798-018-0170-z
41. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: Recommendation Statement. *AFP* [Internet]. 2018 Aug 15 [Citado 4 de junio de 2022]; 98(4). Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0815/od1.html>
42. Müller C, Plewnia A, Becker S, Rundel M, Zimmermann L, Körner M. Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation--A qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015 Aug 19 [Citado 4 de junio de 2022]; 15:135. Disponible en: doi: 10.1186/s12909-015-0413-3
43. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIS Database System Rev and Implement Rep*. [Internet]. 2017 Nov [Citado 4 de junio de 2022]; 15(11):2723-2788. Disponible en: doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003016
44. Miller CJ, Kim B, Silverman A, Bauer MS. A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Mar 1 [Citado 4 de junio de 2022]; 18(1):146. Disponible en: doi: 10.1186/s12913-018-2961-9

45. McEwan D, Ruissen GR, Eys MA, Zumbo BD, and Beauchamp MR. The Effectiveness of Teamwork Training on Teamwork Behaviors and Team Performance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventions. Van Yperen N, editor PLoS One. [Internet] 2017 Jan 13 [Citado 2 de junio de 2022]; 12(1):e0169604. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0169604
46. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care* [Internet]. 2021 Jun 22 [Citado 2 de junio de 2022 Jun]; 21(2):32. Disponible en: doi: 10.5334/ijic.5589
47. Bonciani M, Schäfer W, Barsanti S, Heinemann S, Groenewegen PP. The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Feb 21 [Citado 10 de junio de 2022]; 18(1):132. Disponible en: doi: 10.1186/s12913-018-2913-4
48. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2017 Apr [Citado 3 de junio de 2022]; 53(2):155-168. Disponible en doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3
49. Maharaj S, Chung C, Dhugge I, Gayevski M, Muradyan A, McLeod KE, et al. Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations: The Physiotherapists' Perspective. *Physiotherapy Canadá* [Internet]. 2018 [Citado 4 de junio de 2022]; 70(2):188-195. Disponible en: doi: 10.3138/ptc.2016-107.pc
50. Brewer E, Carnevale N, Ducsharm M, Ellis N, Khan M, Vader K, et al. Physiotherapists' Experiences with and Perspectives on Implementing an Evidence-Based, Chronic Pain Self-Management Programme in Primary Health Care: A Qualitative Study. *Physiotherapy Canadá* [Internet]. 2021 [Citado 4 de junio de 2022]; 73(2):159-167. Disponible en: doi: 10.3138/ptc-2019-0062
51. Guilcher SJT. The Value of Physiotherapists in Primary Health Care Clinics: Optimizing (Self-) Management Supports for Persons with Complex Health and Social Needs. *Physiotherapy Canadá* [Internet]. 2018 [Citado 4 de junio de 2022]; 70(1):1-5. Disponible en: doi: 10.3138/ptc.70.1.gee

52. Canadian Physiotherapy Association. Position statement: primary health care. Ottawa: The Association [Internet]. 2012. [Citado 10 de junio de 2022]; Disponible en: https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/primary-health-care_en.pdf
53. Desjardins-Charbonneau A, Roy JS, Thibault J, Ciccone VT, Desmeules F. Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2016 Sep 21 [Citado 10 de junio de 2022]; 17(1):400. Disponible en: doi: 10.1186/s12891-016-1256-8
54. Morris L, Moule P, Pearson J, Foster D, Walsh N. Patient acceptability of the physiotherapy first contact practitioner role in primary care: A realist informed qualitative study. *Musculoskeletal Care* [Internet]. 2021 [citado 24 de junio de 2022]; 19:38–51. Disponible en: doi: 10.1002/msc.1505
55. Bastiaens F, Barten DJ, Veenhof C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care- an exploratory, qualitative multi-step study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 Jan 6 [Citado 3 de junio de 2022]; 21(1):19. Disponible en: doi: 10.1186/s12913-020-05986-w
56. Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2021 Sep 4 [Citado 3 de junio de 2022]; 33(3):mzab122. Disponible en: doi: 10.1093/intqhc/mzab122
57. Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiotherapy Theory and Practice* [Internet]. 2015 Jan [Citado 6 de junio de 2022]; 31(1). 45-52. Disponible en: doi: 10.3109/09593985.2014.932035
58. F, Piano L, Cecchetto S, Storari L, Rossetini G, Mourad F. Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? *IJE RPH* [Internet]. 2022

- Jan 4 [Citado 6 de junio de 2022]; 19(1):555. Disponible en: doi: 10.3390/ijerph19010555
59. Goodwin R, Moffatt F, Hendrick P, Stynes S, Bishop A, Logan P. Evaluation of the First Contact Physiotherapy (FCP) model of primary care: a qualitative insight. *Physiotherapy* [Internet]. 2021 [citado 6 de junio de 2022]; 113:209–216. Disponible en: doi: 10.1016/j.physio.2021.08.003.
60. Magnusson DM, Rethorn ZD, Bradford EH, Maxwell J, Ingman MS, Davenport TE, et al. Population Health, Prevention, Health Promotion, and Wellness Competencies in Physical Therapist Professional Education: Results of a Modified Delphi Study. *Physical Therapy* [Internet]. 2020 Aug 31 [Citado 6 de junio de 2022]; 100(9):1645-1658. Disponible en: doi: 10.1093/ptj/pzaa056
61. da Silva DB, Dos Santos Sixel TR, de Almeida Medeiros A, Dos Santos Mota PH, Bousquat A, Schmitt ACB. The workforce for rehabilitation in primary health care in Brazil. *Hum Resour Health* [Internet]. 2021 Oct 12 [Citado 7 de junio de 2022]; 19(1):127. Disponible en: doi: 10.1186/s12960-021-00669-x
62. Besoain-Saldaña Á, Sanhueza JR, Hizaut MM, Rojas VC, Ortega GH, Aliaga-Castillo V. Rehabilitación de base comunitaria (RBC) en centros de atención primaria de Chile. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 6 de abril [Citado 5 de junio de 2022]; 54:38. Disponible en: doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001999
63. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad 2011 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2011 [Citado 7 de junio de 2022]; Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf
64. World Physiotherapy. Descripción de la Fisioterapia Declaración de política. World Physiotherapy. [Internet]. 2019 [Citado 5 de junio de 2022]; Disponible en: https://world.physio/sites/default/files/2021-05/PS-2019-Description-of-PT-Spanish_0.pdf
65. Damiani F, Jalil Y, Yorschua R, Villarroel G, Garcia P. Kinesiólogos frente a la pandemia de COVID-19: ¿Cuál es su rol? *Rev Chil Enferm Respir*

- [Internet]. 2021 [Citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v37n1/0717-7348-rcher-37-01-0068.pdf>
66. Oleari C. Historia de la Kinesiología Científica Argentina (período universitario) [Internet]. [Citado 5 de junio de 2022]; Disponible en: http://www.cristinaoleari.com.ar/?page_id=69
67. Feldmann AE. Historia de La Kinesiología Argentina [Internet]. Dokumen. Tips. 2005 [Citado 6 de junio de 2022]; Disponible en: <https://dokumen.tips/documents/historia-de-la-kinesiologia-argentina.html>
68. Gogniat E, Fredes S, Tiribelli N, Setten M, Rodrigues La Moglie R, Plotnikow G et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la unidad de cuidados intensivos. Rev Arg de Ter Int. [Internet]. 2 de enero de 2019 [citado 20 de junio de 2022]; 35(4). Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/592>
69. Testa DE. La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina: Un análisis sociohistórico. Apuntes [Internet]. Julio 2018 [Citado 29 de mayo de 2022]. v. 45, n. 83, p. 123-143. Disponible en: <https://doi.org/10.21678/apuntes.83.919>
70. Ley 10392 Colegio de Kinesiólogos. Boletín Oficial. [Internet]. 29 de Mayo de 1986 [Citado 29 de mayo 2022]; Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-10392-123456789-0-abc-defg-293-0100bvorpyel/actualizacion>
71. D'Angelo SB. El Kinesiólogo en Atención Primaria. [Internet]. StuDocu. [Citado 29 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-matanza/educacion-sanitaria/el-kinesiologo-en-atencion-primaria/14364913>
72. Observatorio Metropolitano. Berazategui Provincia de Buenos Aires [Internet]. [Citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://www.observatorioamba.org/planes-y-proyectos/partidos-rmba/berazategui>
73. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Regiones Sanitarias [Internet]. Gobierno de la provincia de Buenos Aires. [Citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/hospitales/regi%C3%B3n_sanitaria_v

74. Cata09. Consentimiento informado para la recolección de datos [Internet].
2015 dic. 13 [citado 17 de febrero de 2021]; Disponible en:
<https://es.slideshare.net/cata09/consentimiento-informado-para-la-recoleccion-de-datos>

X. Anexos

Anexo N° 1: Solicitud de Autorización

Berazategui, 11 de abril de 2022

Solicitud de autorización para realizar trabajo de Investigación para la Tesina de fin de cursada de la Carrera de Kinesiología en la UNAJ.

Dr. Costa, Pablo.

Secretario de Salud Pública e Higiene del partido de Berazategui.

S _____ / _____ D

Quien suscribe en la presente nota, Moreno, Dominga Noemí, DNI N° 11697254 con domicilio en calle Paso de los Libres (125) N° 440 Barrio Aldana del partido de Berazategui, le solicito autorización para realizar un trabajo en su área de gestión para culminar mis estudios de la licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

La tesina mencionada cuyo título es **“El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud”**. La finalidad de la misma es solamente conocer el estado actual en los CAPS en relación a los kinesiólogos y como éstos son vistos por otros agentes de salud. Me parece muy importante difundir nuestro rol en la atención primaria de la salud.

Para ello quisiera realizar una encuesta anónima, en los Centro de Atención de la Salud pertenecientes a la zona limitada por las Avenidas; Florencio Varela, Calchaquí, Rigolleau y Autopista Ricardo Balbín.

Sin otro particular y en espera de su respuesta lo saludo atentamente.



Moreno Noemí

Anexo N° 2: Solicitud de Autorización

Berazategui, 20 de julio de 2022

Solicitud de autorización para realizar trabajo de Investigación para la Tesina de fin de cursada de la Carrera de Kinesiología en la UNAJ.

Dr. Fabian, Navarro.

Secretaría de Salud Pública e Higiene del partido de Berazategui.

S _____ / _____ D

Quien suscribe en la presente nota, Moreno, Dominga Noemí, DNI N° 11697254 con domicilio en calle Paso de los Libres (125) N° 440 Barrio Aldana del partido de Berazategui, le solicito autorización para realizar un trabajo en su área de gestión para culminar mis estudios de la licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

La tesina mencionada cuyo título es **“El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud”**. La finalidad de la misma es solamente conocer el estado actual en los CAPS en relación a los kinesiólogos y como éstos son vistos por otros agentes de salud. Me parece muy importante difundir nuestro rol en la atención primaria de la salud.

Para ello quisiera realizar una encuesta anónima, , en los Centro de Atención de la Salud pertenecientes a la zona limitada por las Avenidas; Florencio Varela, Calchaquí, Rigolleau y Autopista Ricardo Balbín, entre los cuales se encuentra el CAPS N° 1 Doctor Javier Sábato la cual usted dirige.

Sin otro particular y en espera de su respuesta lo saludo atentamente.



Moreno Noemí

Anexo N° 3: Solicitud de Autorización

Berazategui, 20 de julio de 2022

Solicitud de autorización para realizar trabajo de Investigación para la Tesina de fin de cursada de la Carrera de Kinesiología en la UNAJ.

Dra. Cortón, Clara.

Secretaría de Políticas Socio Educativas del partido de Berazategui.

S _____ / _____ D

Quien suscribe en la presente nota, Moreno, Dominga Noemí, DNI N° 11697254 con domicilio en calle Paso de los Libres (125) N° 440 Barrio Aldana del partido de Berazategui, le solicito autorización para realizar un trabajo en su área de gestión para culminar mis estudios de la licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

La tesina mencionada cuyo título es **“El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud”**. La finalidad de la misma es solamente conocer el estado actual en los CAPS en relación a los kinesiólogos y como éstos son vistos por otros agentes de salud. Me parece muy importante difundir nuestro rol en la atención primaria de la salud.

Para ello quisiera realizar una encuesta anónima, en los Centro de Atención de la Salud pertenecientes a la zona limitada por las Avenidas; Florencio Varela, Calchaquí, Rigolleau y Autopista Ricardo Balbín, entre los cuales se encuentra el CAPS N° 8 dependiente de esta Secretaria.

Sin otro particular y en espera de su respuesta la saludo atentamente.



Moreno Noemí

Anexo N° 4: Constancia de Alumno Regular

Las Malvinas son argentinas.

Constancia de Alumno Regular

Se certifica que MORENO DOMINGA NOEMI con DNI 11697254 está inscripto (/a) como alumno (/a) regular en la propuesta de LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA LK14A-5, legajo Nro: 18686. A su pedido y para su presentación ante QUIÉN CORRESPONDA se le extiende la presente en FLORENCIO VARELA, Buenos Aires a los 04 días del mes de junio de 2022.

CÓDIGO DE VALIDACIÓN: 22053119092187

Este certificado podrá ser validado ingresando a

https://guarani.unaj.edu.ar/validador_certificados completando el código de validación y el N° de DNI (o pasaporte) del alumno o bien escaneando el código QR.

Anexo N° 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

“El rol del kinesiólogo dentro de un equipo de Atención Primaria de la Salud en el distrito de Berazategui de la provincia de Buenos Aires, desde la mirada del profesional de la salud”.

CIUDAD:

Fecha: 00/00/0000

Yo.....identificado/a con el número de documento que aparece al pie de mi firma, actuando a mi nombre y en calidad de,.....

Acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos, para el proyecto en mención, realizado por la investigadora.....

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma más honesta posible. Autorizo a que lo hablado durante dicha recolección sea grabado en video o en audio. Así como también autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados, para efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que la investigadora me ha explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso⁷⁴.

FIRMA:

DNI:

Anexo N° 6: Encuesta 1°

CAPS N° 1

Profesión: médico

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

50 años

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Tenemos por un lado, un equipo de guardia conformado por: médico clínico, pediatría y enfermería.

Por otro lado los profesionales que brindan sus servicios en los consultorios externos como por ejemplo: médico clínico, ginecología, obstetricia, pediatría, neonatología, traumatología, nefrología, reumatología, endocrinología, neurología, gastrología, diabetología, neumonología, cardiología, nutricionista, enfermería.

Además se realizan análisis de laboratorio y estudios de: radiología, ecografía, mamografía y electrocardiogramas entre otros.

También contamos con el servicio de vacunación brindado por las enfermeras y el área de farmacia para la entrega de medicamentos.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

Acá no contamos con kinesiología.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Los profesionales interactúan entre ellos y además con todos los CAPS, en tanto los turnos son por orden de llegada.

Cuando es necesaria una derivación al servicio de kinesiología esta se hace hacia el Centro de Rehabilitación Deportiva ubicado dentro del Club Ducilo, el mismo es municipal y cuenta con varios kinesiólogos que brindan muy buena atención. Hacia este centro se derivan los pacientes de todos los CAPS que por su patología necesitan atención kinésica.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si claro, tengo conocimientos sobre el accionar kinésico tanto en general como lo que puede aportar en un centro de salud.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si, lo creo muy necesario para cualquier centro.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

En nuestro caso específico tiene que ver con el espacio edilicio, el espacio físico que no nos permite contar con este servicio.

Anexo N° 7; Encuesta 2°

CAPS N° 8

Profesión: médica

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

30 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Este centro de salud, está conformado por un equipo profesional interdisciplinario compuesto por las siguientes especialidades: clínica médica, infectología, infectología pediátrica, porque no todos los infectólogos están capacitados para el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante, VIH) porque no todos los infectólogos manejan retrovirales, para eso se tiene que estar especializado en el tema del VIH además contamos con; dermatología, ginecología, psicología, psiquiatría, adolescencia, servicio social, enfermería y un laboratorio, propio con nuestra bioquímica y nuestro personal lo que es fundamental porque no tenemos que mandar a la persona, como era al principio, a otro lugar a sacarse sangre, sino que , nosotros tenemos la posibilidad que en 24/ 48 horas tener el

resultado de los análisis, hemos avanzado mucho en esa temática y esta ha sido una decisión política muy importante de tener un laboratorio propio. Es un equipo interdisciplinario tan complejo que no hay en otros centros un equipo como el que tenemos nosotros.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No, no contamos con esa especialidad.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

En este centro se trabaja de forma interdisciplinaria.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

No, porque nosotros no somos un centro de salud, nosotros somos la Secretaria de Políticas Socio-Educativas la cual tiene como columna vertebral, como eje el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (en adelante, ETS) y cuestiones que están relacionadas como temas de sexualidad, de género, también se mezcla un poco el tema de las adicciones. Hay un montón de ejes que se van juntando en esto que es tan complejo.

Nos conocen como el centro 8 y hemos dejado que siga así, porque es un lugar muy identificado por toda la zona porque, hace muchos años acá funcionaba vías respiratorias y era un centro muy chiquito que fuimos ampliando al ganar proyectos con la comunidad europea y el resto lo pudimos extender con recursos municipales.

¿Qué hacemos en la secretaría? Tenemos un área de asistencia y un área de prevención.

En el área de asistencia, nosotros para mejorar la accesibilidad de la población a tener un diagnóstico pronto y un tratamiento oportuno que es muy importante, creamos, conjuntamente con la secretaría de la salud la red de laboratorios, que tiene como objetivo; cero transmisión vertical y erradicación de la sífilis congénita,

entonces nosotros tenemos 31 centros de salud que sacan sangre en los días martes, miércoles y jueves atienden las obstetras o el ginecólogo y le piden el VIH entonces, cada centro tiene su día.

Lo de hacer los laboratorios en los días martes, miércoles y jueves fue una estrategia pensada para evitar los feriados y asuetos que se dan generalmente en los días lunes y viernes ya que no se puede dejar en el laboratorio la sangre por tanto tiempo

Entonces, en estos tres días tenemos un vehículo con una persona especializada que recorre en los respectivos días, los diferentes centros, y si llega a haber un problema, que la enfermera no pueda extraer sangre a alguna paciente por tener venas especiales o por lo que fuere, le sacamos sangre nosotros y una vez recolectada la sangre se trae acá y se realizan los análisis en el laboratorio y le devolvemos el resultado a la obstetra, cuando tiene una enfermedad, una ETS por ejemplo, una sífilis en seguida le informamos a la obstetra y si ellos no tienen en ese momento gente para ir a buscarla para trabajar a campo, nosotros también tenemos servicio social entonces la llamamos, la citamos y en seguida comienza el tratamiento.

Esto quiere decir, que cada semana podemos hacerle el diagnóstico a toda embarazada que entra al sistema de salud y por otras vías tratamos de buscar a aquellas embarazadas que no llegan a tiempo, pero, nosotros tenemos un trabajo muy articulado con el hospital entonces las embarazadas que van a atenderse allí las mandan acá o las que ya fueron a tener el parto, una vez que tuvieron el parto son derivadas acá, así que trabajamos muy interrelacionadamente con ellos.

Entonces, cuanto antes nosotros le podemos hacer el diagnóstico a la embarazada y se le hace la prueba serológica para la sífilis (en adelante, VDRL), lo ideal es hacerlo en el primer trimestre, en el segundo y antes del parto en el tercer trimestre, puesto que la embarazada sigue siendo activa sexualmente durante el embarazo. Por tanto tenemos todas las embarazadas que entran al sistema controladas y tenemos ya más de 195 (ciento noventa y cinco) niños que nacieron sanos de madres VIH al hacer el tratamiento las mamás de forma continua, todo ese trabajo lo hacemos el equipo interdisciplinario para que la mamá tenga la adherencia al tratamiento puesto que si las mamás hacen el tratamiento todos los chicos nacen sanos.

Además conformamos una red de centros de testeo rápido de VIH y de sífilis para la comunidad y acá en el centro hacemos también testeo rápido de hepatitis c, así que tenemos el centro integral que se necesita. Es importante recalcar que todos los testeos son confidenciales voluntarios y gratuitos. Nosotros salimos a la comunidad y siempre apostamos a la accesibilidad, a que lo tenga cerca de su casa y a que se haga para como dije antes tener un diagnóstico pronto y un tratamiento oportuno que son fundamentales.

En el área de adolescencia, donde tenemos adolescentes que repiten su enfermedad de transmisión sexual y demás, también hacemos la prueba de Papanicolaou (en adelante, PAP) al adolescente, específicamente en esta temática porque en otras áreas lo manejan en el área de salud.

En cuanto al tema preventivo, trabajamos junto con todos los centros de testeo y hacemos también testeo en los distintos eventos, como ahora, que viene el día del estudiante o en junio que fue el día internacional del testeo rápido lo hicimos en el centro, en la peatonal. Como hace muchísimos años que lo hacemos, lo hemos podido naturalizar y que este sea un análisis más, no como antes, con el tema de la discriminación, que sigue habiendo y en el cual uno tiene mucho camino por recorrer, ahora la gente no tiene ese temor de hacérselo en la vía pública y con los chicos a veces lo hacemos en el parque Pereyra.

Además trabajamos con el sistema educativo, esto estuvo detenido por la pandemia y este año tuvimos que esperar, porque el primer semestre algunas escuelas tuvieron que trabajar mucho los docentes para recuperar a los alumnos, porque hubo mucho deserción en la escuela secundaria y primaria y en este semestre estamos trabajando con todas las escuelas y durante todo el año trabajamos con distintos proyectos de sexualidad, de transmisión sexual o del tema de la resiliencia y a fin de año, porque el primero de diciembre es el día de la acción contra el sida a nivel mundial, los alumnos presentan sus trabajos a través del teatro y de nuevas tecnologías móviles en donde ellos hacen mensajes preventivos, de adolescentes para adolescentes, entonces hacen memes, tik tok que luego se eligen. Aparte escribimos libros donde sistematizamos todo lo que se hizo sobre la prevención del VIH y la sífilis, por ejemplo en el sistema educativo con todo lo que se trabaja sobre el tema.

Otra cosa que hicimos, en el 2009 antes que se reglamentara la ley a nivel nacional de sexualidad integral, nosotros capacitamos a los docentes del distrito sobre sexualidad integral con una sexóloga reconocida por la OPS y por las universidades, porque nosotros trabajamos con los docentes y a veces hacemos refuerzo con los chicos pero en realidad, nosotros vamos, no nos conocen damos una charla y no sabemos lo que le queda la chico, nosotros, lo que necesitamos es la continuidad que puede darle el docente quién está con ellos todo el tiempo, para esto los capacitamos.

Todo esto, sería en líneas generales la Secretario de Políticas Socio-Educativas la cual tiene como estructura, un asesor de políticas socio-educativas, quién trabajó siempre en el tema de transmisión sexual y es el padre de todo este tema, yo que soy la secretaria de políticas socio-educativas y después sigue todo nuestro equipo con los que conformamos un equipo interdisciplinario muy fuerte.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Por eso le decía, porque no somos un centro de salud común puesto que estos tienen una vía programática, nosotros somos una secretaria como lo es la secretaria de salud o la secretaria de bienestar social y damos respuesta a todo el distrito, esa es la diferencia entre ser un centro de salud y ser una secretaria.

Anexo N° 8: Encuesta 3°

CAPS N° 15

Profesión: Administrativa.

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Aproximadamente desde el año 1987.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Bueno acá contamos con: clínica médica, pediatría, psicología, obstetricia, odontología, ginecología, agentes sanitarios, enfermería, administrativos y el clínico médico además es diabetólogo.

Estos profesionales brindan sus servicios a la mañana en tanto el servicio de enfermería está disponible mañana y tarde, también en este centro, contamos con un área de neumonología separada del edificio principal, a cargo de una neumóloga y una enfermera para todas las patologías respiratorias que nos llegan como un EPOC o un asmático.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No, no tenemos esa especialidad.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Se trabaja en equipo, donde todos en este centro estamos comprometido para que todo se resuelva lo mejor posible para el paciente, se trabaja con turnos diferidos al no ser un centro de guardia y con referencias hacia los niveles superiores y también de ser necesario hacia otros CAPS, es decir, referencias verticales y horizontales ya que estamos conectados en red con todos los centros que son 36 cada uno con sus especialidades.

Además, contamos con un sistema que llamamos turnero con el cual tenemos 5 sobretornos de los que podemos disponer, así que si ya no tenemos turnos por ejemplo con nuestro diabetólogo, nos conectamos con otro centro que cuenta con esa especialidad y solicitamos un turno para ese paciente y si no tiene hacemos lo mismo con el centro Sábato y si es de urgencia lo derivamos a la Sábato o al hospital Evita y cuando sale de esa urgencia nos lo regresan para que continúe su atención con nosotros, otro caso, nosotros nutricionista no tenemos pero si el paciente lo necesita nos conectamos con centros que sí tienen esa especialidad y le conseguimos el turno así que de acá el paciente sale con su turno.

También cuando por alguna razón pongamos enfermedad, el profesional no puede venir a hacerse cargo de su consulta nosotros reprogramamos los turnos de los pacientes y los llamamos por teléfono para avisarles, pero, si no nos podemos comunicar las agentes sanitarias se encargan de ir a los domicilios a llevarles esos

turnos para que no los pierdan, asimismo cuando a un bebe no se lo trae a control pasado los dos meses, a esos casos se les llama, niños con abandono de control, ya que a los bebés se los controla todos los meses hasta los 6 meses, la agente sanitaria se encarga de visitar a esa mamá con un turno para que lo traiga en la semana, igual con los pacientes diabéticos que abandonan el tratamiento se los busca en sus casa con un turno para evitar ese abandono.

Además acá se dan talleres por ejemplo por parte de ginecología sobre embarazo, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual o del psicólogo sobre depresión y ansiedad entre otros temas o el clínico sobre la alimentación o el tabaquismo y por supuesto sobre la prevención siempre, todo esto con muy buena aceptación de las personas las cuales participan bastante, yo considero que si uno las trata de forma amable la gente responde bien.

Si llega un paciente traumatizado suponte con una fractura, acá no tenemos traumatólogo así que se lo estabiliza de ser necesario y se lo deriva a la Sábato o al hospital, donde lo atiende el especialista y nos lo regresa para que se siga atendiendo acá en lo que es las curaciones y demás, ahora si le hace falta rehabilitación es este mismo especialista quien lo deriva también al kinesiólogo.

Además se brinda el servicio de vacunación esto por las enfermeras, se asiste con medicamentos y claro entrega de leche a nuestros pacientes.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente, su posible intervención en el primer nivel de salud?

Yo de hecho tuve kinesiología hace muchos años, sé que tratan en sí sobre patologías de algún dolor y lesiones musculoesqueléticas es decir que para mí sería la rehabilitación y otra cosa no sé. Y tampoco lo que podrían hacer en una salita.

Ahora bien como he leído todas tus preguntas antes te pido si paramos acá y me respondes primero una pregunta a mí. ¿Qué es lo que puede hacer este profesional en un centro?

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si por supuesto que sí, para la gente es muy necesario, porque yo creo, que es difícil conseguir turno con un kinesiólogo y más si no tienen obra social, en

cambio, si estos profesionales están en los CAPS sería genial y trabajarían muchísimo porque hay mucha gente que no tiene obra social, entonces se les complica mucho recibir rehabilitación. Más, si consideramos que el kinesiólogo puede aportar sus conocimientos no solo en rehabilitación sino también, en la prevención y la promoción de la salud. Creo que estaría bueno contar con un kinesiólogo que trabaje en equipo con el clínico o con la pediatra por ejemplo.

Así que me parece, que sería muy beneficioso para nuestros pacientes o los de cualquier centro contar con este tipo de profesional, creo que, cuanto más profesionales de la salud se sumen a los equipos de los CAPS el bien para los pacientes es mayor.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Para mí es por los aparatos, porque se necesita tener un consultorio con distintas clases de aparatos, quizás eso es lo más que frena, si por que se requieren pesas, electrodos y un montón de otros aparatos, quizás es por eso que no se le da tanta prioridad a la kinesiólogía por tantos aparatos que necesitan para brindar su servicios, así que sería más que nada una cuestión económica según mi punto de vista.

Anexo N° 9: Encuesta 4°

CAPS N° 16

Profesión: Médica generalista.

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Desde hace 20 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

El centro cuenta con: un médico generalista que soy yo, pediatras, obstetra, ginecólogo, psicólogo, enfermera, administrativas, agente sanitario y personas de limpieza.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No, no contamos con esa especialidad.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Se trabaja en equipo y con turnos programados.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Sí, sí tengo conocimientos.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Sí, pero no con la frecuencia de las otras especialidades.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Porque no sería una especialidad para atender las patologías prevalentes, pero sí es importante

Anexo N° 10: Encuesta 5°.

CAPS N° 21

Profesión: Licenciada en enfermería.

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Desde hace más de 32 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

En este centro contamos con: médico clínico generalista, obstetricia, psicología, ginecología, fonoaudiología, pediatría, agente sanitario, enfermería, administrativas y personal de limpieza.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No, no tenemos servicio de kinesiología.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Acá todos los profesionales de la salud trabajamos en equipo, además se trabaja con turnos diferidos los cuales se dan en horario corrido de 8 a 11 de la mañana y en el caso de no contar con la especialidad o si nos quedamos sin turnos nos comunicamos con otros centro para derivar al paciente, también por supuesto en caso de que la necesidad del paciente sea una emergencia se lo atiende para estabilizarlo y se lo deriva ya sea hacia el centro Sábato o al hospital Evita.

Por ejemplo al hospital Evita se gestiona la derivación a partir de un triaje de colores, rojo amarillo y verde con referencia al nivel de la emergencia y es lo que se les comunica desde acá al hospital, así mismo si un paciente necesita rehabilitación el profesional completa una planilla, luego el personal de administración se encarga de tramitar por mail ese turno al hospital, se le toma un N° de teléfono al paciente y una vez del hospital nos confirman el turno se le avisa al paciente, claro está que el paciente no puede ir al hospital por sí mismo a pedir un turno de kinesiología ya que si o si necesita de una orden de un profesional de salud.

También funcionamos como vacunatorio y hacemos entrega de medicamentos y leche.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

No, no poseo mucho conocimiento, salvo que su accionar está más bien en relación a la rehabilitación de patologías como las algias de columna o la lesión de algún músculo así que por el tipo de patologías están muy relacionados con el área de traumato.

Pero no tengo idea de que pueden hacer en un CAPS donde generalmente no hay traumatólogos, así que sería bueno que nos des un poco de información sobre el tema. ¿Te parece?

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Si porque es importante, porque a veces nos preguntan por un kinesiólogo y no sé a dónde referirlos ya que ningún CAPS tiene kinesiólogo, a mí me gustaría para una rehabilitación a niños y adultos que vienen con enfermedades que necesitan algún tipo de rehabilitación y así no tienen que andar buscando o viajando largas distancias o no yendo directamente por falta de dinero, si tuviésemos uno al menos eso estaría mínimamente cubierto, más si también puede hacer aportes sobre la prevención y la promoción.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Yo creo, que es por desconocimiento de todas las funciones que puede realizar ese profesional y tampoco nunca fueron requeridos por los profesionales, es decir los profesionales de los centro no lo piden. Aparte, me parece que también es por falta de esos profesionales, es decir de kinesiólogos.

Anexo N° 11: Encuesta 6°

CAPS N° 24

Profesión: Enfermera

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Y, hace más de 25 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

El equipo de este centro está conformado por: pediatría, clínico, obstetricia, psicólogo. sanitaristas, enfermeras, administrativas y claro el personal de limpieza.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No, no tenemos y es una lástima, ningún centro cuenta con esa especialidad, solo el hospital Evita que es nuestro hospital de referencia cuenta con un área de kinesiología.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Como no somos un centro de emergencias, acá los turnos son programados, se hace de este modo para evitar que las personas estén desde la madrugada haciendo colas y se enfermen aún más, además, somos pocos y trabajamos en equipo por el bien del paciente y también porque es la forma más coherente de hacerlo, acá como es un centro primario de atención todo lo que es para un especialista uno lo deriva, ya sea al centro Sábato o al hospital y si ellos consideran que el paciente necesita rehabilitación tienen kinesiólogos entre su personal.

Todas las salas del ámbito de Berazategui, son atención primaria y cuando tenemos una patología o algo que no se pueda resolver derivamos al hospital Evita que es nuestro hospital de referencia así, se trabaja en lo que es la salud, vas derivando y si el hospital no tienen o no cuenta con tal cosa que vos mandes va derivado al hospital El Cruce, es decir todo lo patológico que no pueda resolver el hospital de referencia va al hospital del cruce que es de tercer nivel.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

No, solo de comentarios de algunas personas que fueron a rehabilitarse por alguna lesión muscular y claro que fueron remitidos a ese profesional por el traumatólogo Y tampoco se sobre lo que sería su accionar en el primer nivel,

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Como te dije, no tengo conocimiento sobre lo que puede hacer un kinesiólogo en un centro, así que si nos contás un poco del quehacer de este profesional en un CAPS podré contestarte con más acierto.

Si creo que sería interesante contar con este profesional, es más sería ideal. Y muy beneficioso para los profesionales y los pacientes de este centro ya que tenemos por ejemplos toda la parte de las embarazadas y pediatría, así que el ingreso de esta especialidad sería una buena adquisición para trabajar por ejemplo la prevención en pediatría para ir viendo desde chiquitos, controlando si aparece algo y ya empezar con la prevención, eso sería bueno ya que se estaría previniendo una posible alteración. Además poder tratar desde el vamos a los pacientitos con un kinesiólogo, si sería una buena adquisición para nuestro centro

Nosotros la verdad que no sabíamos mucho del trabajo del kinesiólogo y más que nada de la prevención y la promoción por parte de la kinesiología, vos decís kinesiología y es más que nada para ir a rehabilitarse, es decir, uno va al traumatólogo y te dice 10 sesiones de kinesio y para nosotros ahí se terminó el tema de la kinesiología vos fijate las falencias que hay con respecto al conocimiento sobre este tema.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Tal vez, porque no se considera una especialidad prioritaria y puede que esto sea así, por falta de conocimiento sobre las funciones de este profesional y de lo que puede aportar en los CAPS y lo que puede hacer en beneficio de los pacientes. Fíjate si no te hubiera preguntado a vos que puede hacer un kinesiólogo en los centros, nosotros también habríamos pensado que no son necesarios porque en los centros donde no hay traumatólogo todo lo que es de esa área como ya te dije lo derivamos a donde tengan uno.

Capas que si hubiera más información sobre el tema uno lo pediría al municipio en el área de salud, donde el secretario de salud y la coordinadora de los centros, son quienes tienen que ver que profesionales son prioritarios para los centros y gestionarlos, si no se piden, si desde ninguna sala lo piden porque no creen que son necesarios, no lo van a pedir nunca. Deberías hablar con la coordinadora y explicarle la importancia de ubicar a un kinesiólogo en atención primaria y más que nada para la prevención.

Berazategui, tiene para rehabilitación en el centro ubicado en el Club Ducilo pero creo que es solo para deportistas y me parece que no hay kinesiólogos. Como te dijimos antes, nosotros derivamos al especialista y este lo envía al kinesiólogo si hace falta, pero la verdad sería genial contar con un kinesiólogo en algunos centros.

Donde se podría requerir un kinesiólogo para la prevención en todo lo respiratorio es en un centro de neumonología que es la parte de vías respiratorias, acá nosotros contamos con un centro específico de vías respiratorias que es el centro N° 15 donde hay una neumonóloga que es la que lleva este lugar y están estos chicos que

hacen espirometría y los ejercicios ahí sí sería buenísimo contar con un kinesiólogo para el tratamiento y la prevención de las vías respiratorias

Otra cosa que sería importante que hagas, es llevar este tema a las jornadas de salud que se hacen en salas o sociedades de fomento de los barrios en Berazategui donde va el hospital móvil con profesionales como ginecólogo, pediatra obstetra, clínico, vacunación, entrega de leche entre otros servicios y dan alguna charla sobre un tema en específico, son muy importantes estas jornadas porque se motiva a la gente a que baje a las salas, se controle y se haga su chequeo, sería bueno poder dar una charla en estas jornadas sobre la prevención desde la kinesiólogía.

La gente no tiene mucha información sobre la prevención y a veces cuesta que te escuchen cuando hablas sobre el tema y si invitas a una charla sobre cualquier tema de salud ya sea lactancia materna o sobre las enfermedades de transmisión sexual son muy pocas las personas que concurren, fijate que tenemos muy bajas estadísticas sobre lactancia materna por ejemplo, porque la gente no escucha o no quieren saber sobre la prevención y la leche materna y prefieren darle a los bebés la leche de fórmula y mira que hablamos y hablamos sobre ese tema.

Así que te imaginas, que si sobre la lactancia materna que es algo natural tenés que hablar, sobre kinesiólogía nadie sabe nada hasta que la necesita.

Anexo N° 12; Encuesta 7°

CAPS N° 26

Profesión: Administrativa.

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 20 años.

2. ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Contamos con: pediatría, médico clínico, obstetricia, ginecología, psicología, odontología, enfermería, asistente social, agente sanitario y maestranza.

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No

4 ¿Cuál es la metodología de atención?,

En la actualidad, la atención es presencial en pandemia se trabajó con teleasistencia, en cuanto a los profesionales trabajan en equipo, los turnos son programados eso no quita que si viene un paciente que se siente muy mal y sin turno se trate de atenderlo con un sobretorno pero si es algo más urgente que supere al CAPS se estabiliza al paciente por cualquier profesional de la salud que se encuentre en ese momento y se lo deriva al hospital para interconsulta

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si conozco un poco el quehacer en general del kinesiólogo un poco por experiencia familiar y otra por curiosidad igual en lo que respecta a su intervención en un CAPS.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Estaría buenísimo para los pacientes crónicos para los EPOC, sería ideal que en un mismo espacio se tenga un médico clínico y un kinesiólogo, sabes cuantas interconsultas nosotros mandamos al hospital, un montón y te imaginas el hospital con 36 centros que tiene Berazategui, entonces la demanda es muy alta

Sabes lo que sería si en las salas, no digo en todas pero que en algunas tuvieran kinesiólogos y que en la interconsulta de, ponele el pediatra o del médico clínico digan “che mira en tal lado hay un kinesiólogo que te pueda atender” y sacamos un turno y te damos el turno, estaría genial.

Viste que hoy en día, se está usando mucho por suerte el trabajo interdisciplinario ponele entre el kinesiólogo y el terapeuta ocupacional bueno digo el pero por supuesto sabemos que ambos pueden ser la, así yo considero que las terapias tienen que ser integradas por diversos profesionales de la salud dependiendo de la patología del paciente

Esta es una problemática que hay que trabajar desde varias áreas.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Por falta de información de lo que puede aportar dicho profesional al equipo de salud y tal vez también por falta de esos mismos profesionales.

Anexo N° 13: Encuesta 8°

CAPS N° 31

Profesión: administrativa

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Más de 10 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Acá contamos con: médico clínico, pediatría ginecología, obstetricia, enfermería y estamos esperando el reemplazo de psicología que es una especialidad que tenemos también

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Se trata de trabajar en equipo, con turnos programados y con derivaciones ya sea a nuestro hospital de referencia o hacia los otros centros.

Nosotros como todos los centros trabajamos interconectados con todos los centro por medio de con un sistema que llamamos turnero, que es una red digital de turnos donde nosotros tenemos la visualización y la posibilidad de derivar o trabajar en forma articulada con los demás centro para el caso que necesitemos una especialidad específica que no la tenga el centro y a la vez si lo tiene podemos ayudar o colaborar y desagotar gente por ahí en una comunidad grande y no da abasto entonces se puede derivar a otro centro, siempre respetando el radio de cercanía para brindarle mejor servicio al paciente ya que la prioridad siempre tiene

que ser nuestro paciente. Entonces, este sistema turnero nos permite requerir en caso de ser necesario, algún turno de los 5 sobretornos que están disponibles en cualquier centro.

Así es nuestra forma de trabajar, también esto es lo que un referente trata de hacer en un centro como parte de su tarea.

En caso de que un paciente requiera atención por alguna lesión musculoesquelética como no contamos en nuestro equipo con un traumatólogo, dicho paciente es derivado a un centro que tenga esa especialidad pero, si es una emergencia se lo deriva a la Sábato o al hospital Evita.

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

Si tengo conocimientos sobre el tema y considero que es muy amplio el espectro donde el kinesiólogo puede accionar.

Respecto al kinesiólogo y su rol en atención primaria, en algunas zonas donde hay más demanda y más afluencia de pacientes me parece que sería beneficioso tener la posibilidad de un profesional en esa área, porque por ejemplo hay centros de guardias que están las 24 horas abiertos y que respecto a la población que manejan me parece que estaría bueno.

No en el caso de mi centro que es un barrio chico que si bien nosotros tenemos especialidades, es un centro chico y el contexto poblacional que nosotros manejamos es un poquito más reducido.

Yo creo que en un CAPS el kinesiólogo estaría complementando el equipo interdisciplinario de un médico clínico, esta me parece una labor bastante acertada respecto a ciertas patologías que se puedan suscitar en una urgencia por tanto creo que ayudaría a complementar lo que es la labor del médico clínico.

Supongamos un accidente equis, que el clínico si bien lo puede abordar y decidir, si tiene la colaboración de un kinesiólogo en ciertos episodios estaría bueno y después aparte de eso no solamente en una urgencia sino en un contexto de una atención de consultorio externo, estaría bueno porque hay muchas terapias por ejemplo para el grupo etario de personas mayores que tienen PAMI, hoy en día esa área está como

bastante carente de profesionales que brinden este tipo de servicios y esto lo sé por experiencia propia, sé que les cuesta mucho conseguir un turno y hasta atención correspondiente en esa área.

Entonces me parece, que si lo vamos a volcar a la salud pública me parecería beneficioso, que se pudiera articular que en un CAPS haya la posibilidad de que un médico y un kinesiólogo tengan la oportunidad de tener horas de atención, como un consultorio externo, como cualquier servicio que nosotros tenemos como especialidad a mí esto me parece muy favorable

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Pues me parece muy beneficioso en el contexto general del municipio, ya que tenemos 36 centros en total, por lo tanto, creo que en el contexto general hay centros que ameritarían el servicio de kinesiología, porque atienden poblaciones muchísimo más grande y además que necesitan por las patologías que reciben, como ante una urgencia, o un golpe contar con un profesional idóneo en lo que es la kinesiología, me parece que sería beneficioso.

No, en todos los centro vuelvo a aclarar porque a veces me parece que el trabajo del kinesiólogo se queda desdibujado, porque me parece que el kinesiólogo tiene que hacer foco en terapias más que nada específicas como rehabilitación, el trabajo en conjunto con el médico clínico o de cabecera, en patologías que necesiten de la asistencia periódica de ese paciente,

Por ejemplo, uno de los centros con más afluencia poblacional es el centro Sábato entonces imagínate la cantidad de pacientes que recibe por día, no solamente sería beneficioso el abordaje de ustedes sino que haya ese servicio, eso me parecería genial y no solamente ahí sino que se pueda articular con otros centros.

Una de las articulación que tenemos que trabajar las referentes, es esto de las especialidades, porque nosotros como trabajamos en red siempre estamos interconectados con los otros centros con respecto a las especialidades y los turnos entonces, estaría genial que se pudiera ampliar, se pudiera sumar el servicio de kinesiología en algún centro más además del centro Sábato.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Porque nosotros contamos con un centro específico de rehabilitación que está en el club Ducilo y me parece que tiene que ver con eso, es ahí donde me parece que nuclean todo lo que tiene que ver con diferentes tipos de rehabilitación.

Anexo N° 14: Encuesta 9°

CAPS N° 32

Profesión: Enfermera

1 ¿Cuánto tiempo hace que funciona la Institución?

Aproximadamente 20 años.

2 ¿Qué profesionales componen el grupo de trabajo?

Médico clínico, pediatra, psicólogos, obstetras, ginecólogo, administrativos, agente sanitario, enfermeras y maestranza

3 ¿La institución cuenta con un kinesiólogo? Si responde SI (pasar a pregunta 8)

No y creo que ningún centro cuenta con ese servicio.

4 ¿Cuál es la metodología de atención?

Se trabaja en equipo, acá se conoce a la mayoría de las personas que vienen en busca de atención, así que se intenta de que sean atendido en la totalidad de sus padecimiento salvo que no contemos con una especialidad que necesite en algún momento uno de nuestros pacientes entonces lo derivamos a algún centro que sí lo tenga y que tenga turnos de los 5 que están disponibles por el sistema turnero, y si no lo conseguimos, lo derivamos a la Sábado o al hospital según sea la gravedad, cuando el problema es resuelto lo envían otra vez con nosotros.

Ahora bien en el caso de las patologías musculoesqueléticas, como no tenemos traumatología eso se deriva a la Sábado o al hospital y es el traumatólogo el que los

deriva a rehabilitación en caso de ser necesario y el hospital cuenta con los servicios de kinesiología.

Otra cosa que se hace acá es brindar talleres, para esto se aprovecha el horario de mayor afluencia de personas y se hacen en el área de espera, se brindan talleres por ejemplo desde obstetricia sobre la lactancia y la maternidad. De parte del psicólogo talleres sobre la depresión y temas así, o desde ginecología donde se responden inquietudes sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre lo que surja en esos talleres

También, brindamos el servicio de vacunación, aparte de la entrega de leche y medicamentos

5 ¿Posee usted conocimientos sobre las funciones del kinesiólogo en general y particularmente su posible intervención en el primer nivel de salud?

La verdad mi conocimiento al respecto del accionar del kinesiólogo es superficial. Y no, salvo rehabilitación no sé muy bien qué más hacen.

6 ¿Cómo director de esta institución considera necesaria dicha inserción?

Sí, me parece que estaría bien, siempre y cuando pueda trabajar con el médico. Más aún, después de lo que nos comentaste sobre lo que sería el quehacer de un kinesiólogo en un centro primario, es interesante principalmente lo de actuar en la prevención y en la promoción.

7 ¿Según su punto de vista, cuáles cree usted que sean los motivos de la no inserción del kinesiólogo en la institución que usted dirige?

Me parece que es por desconocimiento de lo que hace de verdad el kinesiólogo y de lo que podría aportar esa especialidad en atención primaria.