



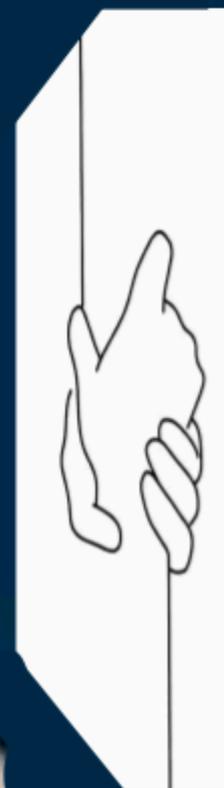
Universidad Nacional de Río Negro
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

**“La importancia de la
legalización del acceso
directo al Kinesiólogo/a en
pacientes con trastornos
musculoesqueléticos “**

Autora: Gutiérrez, Delfina.

Directora: Lic. Magagna, Silvina.

Año 2024 - Viedma, Río Negro



Nota de aceptación de la directora del Trabajo Final de Carrera

Por la presente nota se constata que el Trabajo Final de Carrera “La importancia de la legalización del acceso directo al Kinesiólogo/a en pacientes con trastornos musculoesqueléticos” presentado por la estudiante Delfina Guadalupe Gutiérrez, ha sido evaluado y aprobado, estando en condiciones de poder presentarse para su posterior defensa ante un jurado.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Silvina Magagna', is centered on the page. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'S' and a distinct 'M'.

Lic. Silvina Magagna

Agradecimientos

Para cerrar esta hermosa etapa: gracias, gracias, gracias.

- A mis padres, Olga y Fabián, quienes me dieron la posibilidad y el privilegio de bancarme para poder estudiar una carrera universitaria, sobre todo por inculcarme la importancia de estudiar y de no rendirme nunca; les voy a estar eternamente agradecida, esto sin ustedes no hubiera sido posible, GRACIAS.
- A mis hermanos, especialmente a Irina y a Sofía, gracias por dejarme practicar con ustedes. Apoyándome siempre, estando al pie del cañón.
- A mis primeros “facu amigos”: Lean, Ale, Fran y Porra, gracias por estar ahí y empujarme en un momento en el cual quería abandonar todo.
- A mi grupo de amigos, en particular a Eme y a Vero, son unas locas, las amo, gracias por tantas risas, postres, mates, charlas, resúmenes y momentos compartidos.
- A mi pareja, Martincho, gracias por sostenerme en todo momento, por impulsarme a pensar siempre un poco más, y sobre todo gracias por hacerme ser una mejor persona.
- A Mario y a Estela, gracias por abrirme las puertas en esta etapa, por escucharme y por hacerme sentir siempre su apoyo.
- A Caipiriña, mi fiel compañera de estudio, mi alma ... mi perra, desde el día 1 juntitas, acompañándome tantas horas de estudio, fiel amiga... gracias mi “Caipichuli de la suerte”. A Lumena, apareció en la última etapa siendo parte del proceso, gracias. Lulú, te fuiste, pero siempre estás en mi corazón.
- A mi mejor amiga, Lucia, otro pilar en este proceso, gracias por apoyarme en todo momento, por estar siempre ahí para mí. Gracias también a su hija Franchesca, mi amiguita para toda la vida.
- A mis compañeros y a los profesores que hicieron que cada día me guste más esta hermosa profesión, especialmente a mis tutoras de prácticas kinésicas: Claudia Magra, Fernanda Ignisi y Constanza Leoz, brindándome su conocimiento y su calidad humana.
- A mi directora de tesis, Silvina Magagna, por su dedicación, acompañamiento, compromiso, y humanidad. Definitivamente la mejor, GRACIAS.
- A la Universidad Nacional de Río Negro: PÚBLICA y GRATUITA.
- A todas las personas que participaron en la encuesta, los cuales hicieron posible este análisis y revisión.
- A mí, por hacer todo este trabajo duro, por no tener días libres, por nunca renunciar y sobre todo, por creer en mí misma.

“Nunca dudes de tu valor y tu fuerza, y jamás pienses que no mereces todas las oportunidades del mundo para seguir y realizar tus sueños”

-HRC-

RESUMEN

Introducción: Hoy día se considera al dolor como primer motivo de consulta en cualquier centro médico, tomando este síntoma como enemigo y no como signo de alarma. Si éste es tratado como síntoma, no existe necesidad que las personas sean derivadas al Kinesiólogo/a. Sin embargo el diagnóstico “lumbalgia” y “cervicalgia” siguen siendo motivo de asistencia al servicio por derivación médica, siendo ésta una aproximación y no un diagnóstico real, ya que, lumbalgia significa “dolor de en la región lumbar” y cervicalgia “dolor en la región del cuello/cervicales”; la prescripción médica para la lumbalgia y la cervicalgia consiste en tres a diez sesiones de kinesiología; dónde el profesional kinesiólogo, será el encargado de diagnosticar la causa de la lumbalgia y cervicalgia, siendo él finalmente quién realice el diagnóstico y no el médico.

En la actualidad, según la ley en Argentina, la sociedad que sufre de dolor musculoesquelético para acceder al servicio de kinesiología, debe contar con la derivación del médico. Pasando previamente por tiempos largos de espera para conseguir un turno con éste, adentrándose en el ambiente del consumo de medicamentos para apaciguar esa dolencia.

Objetivo General: Determinar la importancia y los beneficios que brinda el acceso directo al servicio de la kinesiología como atención primaria, en los pacientes con dolor musculoesquelético; y establecer qué efectos tiene sobre el sistema de salud.

Objetivos Específicos: Establecer la necesidad del accionar kinésico en primera instancia en los trastornos musculoesqueléticos, demostrar los beneficios que le brindaría esta modalidad a los pacientes con afecciones musculoesqueléticas y al sistema de salud en Argentina, determinar y caracterizar cuáles son los obstáculos directos para el acceso al tratamiento kinésico.

Marco Teórico y Conceptual: Definiendo conceptos, con el fin de promoverle al lector una mejor comprensión de la investigación. Encontrándose entre ellos: dolor, cervicalgia, lumbalgia, trastorno musculoesquelético, alteraciones músculo-esqueléticas, enfermedades musculoesqueléticas, atención primaria de la Salud, prevención, competencias kinésicas: Ley 24.317 (ley de kinesiología y fisioterapia en Argentina).

Metodología: El enfoque de este trabajo es de investigación documental/ revisión bibliográfica, se realizó mediante “Google Académico” con palabras claves como: dolor musculoesquelético, lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, trastorno musculoesquelético, atención primaria y kinesiología. En un lapso de tiempo: 2003-2023.

Por otra parte se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativa no experimental de corte transversal por medio de una encuesta de participación voluntaria, auto administrada y distribuida en forma digital. La muestra contó con ciento siete (107) personas de Viedma y Patagones, destinado a pacientes con trastorno musculoesquelético que acudieron al servicio de atención médica, tanto del sector

público como al sector privado, ya que, es una problemática que afecta a ambos sectores.

Resultados: Se determinó que con los datos recolectados en el cuestionario concuerdan con la bibliografía utilizada en este trabajo, adjudicando la importancia al acceso directo al kinesiólogo. El principal factor que influye en la cronicidad del trastorno musculoesquelético fue la modalidad para acceder al modelo médico, marcando este un 64,8% como “lento: imposible de conseguir turnos, espero mucho tiempo, postergó ir al médico por ese motivo”. El 31,9% determinó que lo derivaron al kinesiólogo de inmediato con el diagnóstico de cervicalgia o lumbalgia, mientras que el 46,2% de los pacientes no le brindaron diagnóstico alguno.

Conclusiones: Se considera alta la compatibilidad de los datos recolectados en la encuesta con respecto a la bibliografía utilizada. Se destacan principalmente los tiempos para acceder al sistema médico y la falta de derivación de este al kinesiólogo, tanto del sector público como el sector privado en Viedma, Rio Negro.

Recomendaciones: Considerar la reformulación de la Ley 24.317 - kinesiología y fisioterapia en Argentina, para promover a los pacientes una mejor calidad de salud de manera arbitraria.

Palabras Claves: lumbalgia - cervicalgia - trastorno musculoesquelético - kinesiología - acceso directo - atención primaria.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	17
CAPÍTULO III.....	23
MARCO METODOLÓGICO.....	23
CAPÍTULO IV.....	26
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	26
CAPÍTULO V.....	32
CONCLUSIÓN.....	32
RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39
Anexo 1: Cuestionario único de investigación.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: elección de género.....	26
Gráfico N° 2: ciudad donde reside.....	27
Gráfico N° 3: si sufre una dolencia usted acude.....	27
Gráfico N°4: acudió al médico por dolor en el cuello y/o espalda y fue diagnosticado/a como “cervicalgia” o “lumbalgia”.....	28
Gráfico N°5: ¿sabe lo que significa el diagnóstico “cervicalgia” o “lumbalgia”?.....	28
Gráfico N°6: al ser diagnosticado, puede colocar más de una opción.....	29
Gráfico N°7: la modalidad para acceder al médico y para hacerse estudios.....	30
Gráfico N°8: ¿sabía que por ley, en caso de una lesión usted puede acceder al servicio de kinesiología solo con una orden médica? Es ilegal acudir al kinesiólogo/a en caso de una lesión sin contar con la derivación médica.....	30
Gráfico N°9: ¿cómo crees que afectaría la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en el sistema de salud?.....	31

INTRODUCCIÓN

Los trastornos musculoesqueléticos comprenden más de 150 trastornos que afectan el sistema locomotor. Abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanente. Suelen cursar con dolor (a menudo persistente) y limitación de la movilidad, la destreza y el nivel general de funcionamiento, lo que reduce la capacidad de las personas para trabajar (OMS). Así mismo, la Organización Mundial de salud afirma que, aunque la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos aumenta con la edad, los jóvenes también pueden presentarlos, a menudo en edades en que sus ingresos laborales son más elevados. El dolor lumbar, por ejemplo, es la razón principal de una salida prematura de la fuerza laboral, el impacto social de la jubilación anticipada en cuanto a costos directos de atención de salud y costos indirectos (es decir, ausentismo laboral o pérdida de productividad) es enorme. Los trastornos musculoesqueléticos también están altamente asociadas con un deterioro significativo de la salud mental y de las capacidades funcionales. Las previsiones muestran que el número de personas con dolor lumbar aumentará en el futuro, y aún más rápidamente en los países de ingresos bajos y medios. Los estudios científicos revelan que los trastornos musculoesqueléticos son capaces de generar afección psicopatológica, principalmente ansiedad, angustia y depresión, entre otros. (Araña-Suárez, M., & Patten, S. B., 2011, pág 3)

En términos claros la lumbalgia no es un diagnóstico, ya que lumbalgia significa “dolor de en la región lumbar”, y la prescripción médica para la lumbalgia consiste en tres a diez sesiones de kinesioterapia; dónde el profesional kinesiólogo, será el encargado de diagnosticar la causa de la lumbalgia, siendo él finalmente y no el médico quién realice el diagnóstico (Quezada, F. M., n.d, pág 2).

En la actualidad Argentina es uno de los países en el cual el acceso directo al kinesiólogo no está habilitado en cuanto a lesiones, su acceso se limita solamente con la derivación médica o ante un acercamiento kinefiláctico, es decir, sin patología o lesión prevalente. (Ley N° 24.317 ejercicio de la kinesiología y fisioterapia en la Nación Argentina).

Como afirma A.Martinez Quezada, es importante no perder de vista que el dar al kinesiólogo/a el carácter de “profesional de primera consulta o acceso directo” no implica en ningún caso una disminución de los derechos del paciente, ni mucho menos, una imposición, ya que lo que surge es el derecho de opción del paciente, ya sea a atenderse directamente con un kinesiólogo o bien con un médico.

Según un estudio realizado por la PhD Julie Fritz y los PhD John Childs, PhD Robert Swainer y PhD Timothy Flynn se destaca una comparación con pacientes que recibieron terapia kinesiológica no inmediata, es decir, tardía, con pacientes que la recibieron de manera temprana. Los pacientes que recibieron terapia kinesiológica rápida tuvieron menos probabilidad de necesitar estudios complementarios, tales como: imagenología avanzada, visitas extras al kinesiólogo/a, cirugía mayor, inyecciones en la columna lumbar y medicación prolongada. También se destaca que, retrasado el comienzo de la terapia física puede aumentar el riesgo para el consumo y los costos adicionales del cuidado de la salud. Por otro lado Glenn Robert y Andrew Stevens, determinaron que el acceso directo reducía el número de sesiones de tratamiento requeridas, se accedía más prontamente al tratamiento, reducción de la lista de espera de pacientes ambulatorios en clínicas y hospitales, mejor índice de recuperación de los pacientes y menor tiempo para alcanzar la recuperación, mayor sensación de recuperación por parte del paciente, menores costos financieros para el paciente y menores costos financieros para el Estado por cada paciente tratado. (QUEZADA-7 - ROBERT, Glenn; STEVENS, Andrew, 1997, pp. Pág 317)

Por lo tanto la presente investigación se enfocará en determinar la importancia de la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en pacientes con trastornos musculoesqueléticos, destacando las ventajas y las desventajas que impacta tanto en el paciente como en el Estado.

El contenido del trabajo se desarrolla en cinco (5) capítulos:

- En el **capítulo 1** se expone la problemática, teniendo en cuenta que en la actualidad las enfermedades musculoesqueléticas ocupan los primeros lugares de carga de enfermedad global y ausentismo laboral, volviéndose estas, con el tiempo, crónicas en pacientes de cualquier

edad. La importancia del análisis de costos en pacientes con lumbalgia e incapacidad laboral dentro del sistema de salud tiene relevancia, su impacto en el paciente y en los recursos institucionales por incapacidad.

- En el **capítulo 2** se expondrá el marco teórico donde a través de la revisión bibliográfica se establecen los conceptos de dolor-alteración y trastornos musculoesqueléticos, prevención, acceso directo e incumbencias kinésicas.
- En el **capítulo 3** se describen los métodos e instrumentos de la investigación: donde se incluyó tanto una revisión bibliográfica como una recolección de datos empíricos a través de una encuesta única con el fin de comparar los resultados con los datos obtenidos de la bibliografía.
- En el **capítulo 4**: presentación de resultados, contando con 107 cuestionarios completados, tras aplicar los criterios de selección de muestra quedaron incluidos en el estudio un total de 64 pacientes encuestados.
- En el **capítulo 5**: se desarrollan las conclusiones que se desprenden del análisis de trabajo presentado; las referencias que parten de las mismas y las recomendaciones que son sugerencias que se desprenden del análisis de la investigación realizada.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según un análisis reciente de los datos relativos a la carga mundial de morbilidad, aproximadamente 1.710 millones de personas en todo el mundo tienen trastornos musculoesqueléticos. Aunque su prevalencia varía según la edad y el diagnóstico, afectando así a personas de todas las edades en todo el mundo.

Los trastornos musculoesqueléticos son también el principal factor que contribuye a la necesidad de rehabilitación a nivel mundial, contribuyendo a la necesidad de servicios de rehabilitación entre los niños y representan aproximadamente dos tercios de las necesidades de rehabilitación en adultos. (OMS, 2021)

En Argentina, en la actualidad, el paciente debe asistir en primera instancia al médico quien se encarga de diagnosticar, en segunda instancia el paciente acudirá al kinesiólogo/a por derivación de éste. Si bien la cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia figuran como enfermedades diagnosticables en la recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS) cabe destacar que: “cervicalgia” significa dolor en el cuello, “dorsalgia” dolor en la espalda” y “lumbalgia” dolor en la espalda baja; es decir el médico no indica en su diagnóstico, la causa del dolor, por lo que dicho diagnóstico no cumple ninguna función útil y relevante, ya que, el paciente conocía su dolor antes de asistir a la consulta médica, haciendo el proceso de atención más tedioso y extenso para este; ya sea por mayor gasto económico para el paciente y el Estado, mayores tiempos de espera, que favorecen al entecimiento del acceso a la salud, lo que repercute directamente, de forma negativa, en los tiempos de recuperación de las personas.

Según Quezada (Martinez Quezada, 2014.), el acceso directo al profesional kinesiólogo/a consiste en permitir legalmente que los pacientes puedan acudir de manera directa al kinesiólogo/a, para que éste/a sea quién diagnostique, instruya tratamiento e indique ejercicios, o bien los derive a otro profesional, pertinente al área si el motivo de consulta no es de carácter musculoesquelético, sin que para ello sea necesario que el paciente acuda a una consulta con un médico previamente, que lo derive al kinesiólogo/a.

Según la Legislación Vigente en Argentina- Ejercicio de la Kinesiología y Fisioterapia (Ley 24.317) menciona en el artículo 3: “A los efectos de la presente ley, se considera ejercicio profesional a las actividades en kinesiología y fisioterapia que los kinesiólogos, kinesiólogos fisiatras, licenciados kinesiólogos fisiatras, licenciados en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeutas y terapistas físicos realicen 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 será considerado ejercicio profesional la docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, asesoramiento y auditoría sobre temas de su incumbencia. Así como la ejecución de cualquier otro tipo de tareas que se relacionen con los conocimientos requeridos para las acciones enunciadas anteriormente, que se apliquen a actividades de índole sanitaria y social y las de carácter jurídico-pericial. “. Así mismo en el artículo 4 expresa: “(...) en todos los casos se pueden atender a personas sanas o enfermas siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos (...)”. Es decir, en Argentina sólo el médico puede realizar el diagnóstico. (*KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA - EJERCICIO PROFESIONAL*, 1994) La incumbencia del kinesiólogo, según la Ley, necesita explícitamente de la derivación médica, por estas razones, surgen los siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Los profesionales de la kinesiólogía están capacitados para la atención primaria en pacientes con dolor musculoesquelético?
- ¿Existen países que cuentan con acceso directo a la kinesiólogía sin la obligación de la derivación médica?
- ¿Qué beneficios brinda a los pacientes y al Sistema de Salud, el acceso directo al kinesiólogo/a?
- ¿La asistencia directa al profesional kinésico presenta desventajas para el paciente y el Estado?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las enfermedades musculoesqueléticas ocupan los primeros lugares de carga de enfermedad global y ausentismo laboral, su manejo es complejo, debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad.

Se considera que la labor de los servicios de kinesiólogía se encuentran en acciones de prevención terciaria, centrándose en la rehabilitación de la enfermedad clínicamente manifestada y/o instalada, cuando en realidad, también es de la incumbencia kinesica el realizar la prevención primaria, mediante la kinefilaxia; prevención secundaria por medio de la detección temprana de patologías crónicas que pueden afectar potencialmente la independencia funcional de las personas, tales como, el tema de estudio de este trabajo, el dolor musculoesquelético. (Chanparini, 2022)

Considero la importancia de poner en evidencia este tema de investigación, ya que hoy en día la carrera de kinesiólogía y Fisiatría se encuentra en auge, donde debería considerarse al Kinesiólogo/a parte del sistema médico de manera activa y en relación directa a las consultas por trastornos musculoesqueléticos. Destacando

que, en otros países de América del Sur, tales como, Brasil, Costa Rica y México es legal el acceso al kinesiólogo sin contar con la orden médica. (world.physio/south-america-region-webinar- 2023)

Reforzando la elección de mi tema, hago mención a la solicitud de la inclusión de la carrera de “kinesiología y fisioterapia” al artículo 43 de la ley Nro 24.521: “(...) Considerando que el Licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, realiza procedimientos manuales, físicos e instrumentales, destinados a la prevención, mejoramiento o recuperación de la capacidad y bienestar físico de las personas y que, por lo tanto, se desempeña integrando equipos interdisciplinarios de salud y participa en los escalafones dentro del sistema de salud pública, realizando tratamientos kinefisiológicos, resulta necesaria la presentación de esta solicitud de inclusión.” (Texto Completo- MINISTERIO DE EDUCACIÓN- 2022)

Por otra parte, hacer visible la pérdida tanto física/mental y económica, siendo esta última no solo por parte del paciente enfermo, sino también, del Estado. La importancia del análisis de costos en pacientes con lumbalgia e incapacidad laboral dentro del sistema de salud tiene relevancia, debido a los escasos estudios sobre el tema, su impacto en el paciente y en los recursos institucionales por incapacidad. La prevalencia de lumbalgia durante toda la vida es del 60%-80% y la tasa de incidencia, del 5%-25% entre los 25-45 años, sin predominio de sexo. En 2002, Saldivar comunicó que la prevalencia es más alta en el sexo masculino, y que aparece entre los 30 y 39 años de edad; Además, cabe señalar que el promedio de edad ubica a esta población en la categoría de adultos jóvenes, productivos, lo que puede significar que a menor edad se incapaciten, por lo cual tienen más probabilidad de incapacitarse a lo largo de su vida laboral, generando costos a la institución responsable de su cuidado. El costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo con lumbalgia mecánica resulta en miles de dólares y, proyectado a una población de pacientes, el costo se incrementa a millones. (MARÍA DEL CARMEN PONCE MARTÍNEZ, ENRIQUE VILLARREAL-RÍOS EMMA ROSA VARGAS-DAZA, LIDIA MARTÍNEZ-GONZÁLEZ y LILIANA GALICIA-RODRÍGUEZ*, 2013, pág 117)

De la misma forma, en el documento Diagnósticos y Prescripciones (Araña-Suárez, 2009): se refleja como el incremento de la afectación de un trabajador en situación de incapacidad laboral temporal, supone un aumento significativo del gasto sanitario. Este costo Sanitario, en cada trabajador, se triplica, cuando el afectado en lugar de mostrar un solo síntoma, dispone de dos. Y continúa en ascenso, a medida que el número de síntomas aumenta; complejizando aún más la mejora y resolución de cualquier cuadro, cuando se presenta otro tipo de repercusión o afectación añadida a la dificultad original.

Los estudios realizados por Suárez: en centros específicos a nivel internacional, muestran cómo los pacientes que refieren dolor tienen otro trastorno asociado a no menos del 50%; estando, de forma añadida, el dolor crónico

relacionado con la dependencia de medicamentos, sustancias y alcohol y potenciación de los déficits físicos funcionales. Esta afectación psicopatológica facilita que los umbrales del dolor, disminuyan; así como que el dolor se vuelve refractario al tratamiento farmacológico, y la discapacidad funcional, aumente. El número de localizaciones o cuadros de dolor, se multiplica, tanto como la intensidad y duración de los cuadros.

La alta tasa de demanda y la poca oferta de atención médica hace que el sistema sea lento y tedioso, programando los turnos en fechas lejanas, y agravando el cuadro del paciente enfermo, ya que, al no recibir un tratamiento adecuado en un período relativamente corto (período agudo), el paciente cae en el modelo de la medicalización, tanto por prescripción médica, como la autoadministración por falta de información; dando así pábulo a varios factores:

- Desgaste físico y mental por parte del paciente al esperar el turno con el médico.
- Gasto monetario en la sesión médica (por parte del paciente en caso de que no cuente con obra social), por parte del Estado (en caso de que acceda a un Hospital Público)
- Modelo de la medicalización: tomando el dolor como enemigo y no como signo de alarma.
- Gasto monetario para adquirir el/los medicamentos (en caso de que no cuente con obra social) o gasto monetario por parte del Estado (en caso de que se realice en un hospital público).

Pasado el período agudo, en caso que retorne el dolor, el paciente puede acudir nuevamente al médico, el cual posiblemente podría optar por la medicalización o derivar a un profesional de la kinesiología; recibiendo el Kinesiólogo/a a un paciente con una patología crónica instalada, haciendo que éste sea un posible dependiente del sistema médico y/o kinésico, suscitando gastos tanto físicos como monetarios en: las sesiones, medicamentos, visitas al médico, realización de estudios, o en el peor de los casos una cirugía, etc. Siendo esta “crónica de una lesión anunciada” potencialmente prevenible al acudir al Kinesiólogo/a en una primera instancia.

Quezada manifiesta que, el acceso directo reducía el número de sesiones de tratamiento requeridas, se accedía más prontamente al tratamiento, reducción de la lista de espera de pacientes ambulatorios en clínicas y hospitales, mejor índice de recuperación de los pacientes y menor tiempo para alcanzar la recuperación, mayor sensación de recuperación por parte del paciente, menores costos financieros para el paciente y menores costos financieros para el Estado por cada paciente tratado. (Quezada, 2014, pág 7)

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la importancia y los beneficios que brinda el acceso directo al servicio de la kinesiología como atención primaria, en los pacientes con dolor musculoesquelético; y establecer qué efectos tiene sobre el sistema de salud.

Objetivos Específicos

- Establecer la necesidad del accionar kinésico en primera instancia en los trastornos musculoesqueléticos.
- Demostrar los beneficios que le brindaría esta modalidad a los pacientes con afecciones musculoesqueléticas y al sistema de salud en Argentina.
- Determinar y caracterizar cuáles son los obstáculos directos para el acceso al tratamiento kinésico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Para llevar a cabo el desarrollo de esta investigación es elemental describir conceptos, con el fin de promoverle al lector una mejor comprensión de la investigación. Encontrándose entre ellos: dolor, cervicalgia, lumbalgia, trastorno musculoesquelético, alteraciones músculo-esqueléticas, enfermedades musculoesqueléticas, atención primaria de la Salud, prevención, competencias kinésicas: Ley 24.317 (ley de kinesiología y fisioterapia en Argentina).

Dolor:

La FEDELAT (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor) señala que el dolor es " Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma." (Fedelat, 2020, pág 1)

Cervicalgia:

Se entiende por cervicalgia el dolor localizado en la región cervical, asociado o no a una braquialgia. La cervicalgia es un síntoma de alguna patología, bien sea de un trastorno específico de la columna cervical, bien de un problema extrínseco a ella que provoca el dolor referido. (AMPARO ARRABAL, 2013, pág 1)

Ocupa el segundo lugar, después del dolor lumbar, como causa de gastos anuales por compensación a los trabajadores; y afecta a personas con cualquier ocupación, aunque parece asociarse a estilos de vida sedentarios, trabajos con posturas mantenidas durante horas, como en los que se usan de forma muy continuada el ordenador, y a actividades con requerimientos físicos intensos o repetitivos. El origen exacto y los mecanismos fisiopatológicos del dolor de cuello no están claros. Se le atribuye una naturaleza benigna y autolimitada y un origen multifactorial en donde el esfuerzo físico excesivo, el estrés psicosocial y el estilo de vida pueden contribuir a la prevalencia. (Hoving JL, Gross A, Gassner D, Kay T, Kennedy C, Hondras M, et al., 2001, 26: 196-205)

Lumbalgia:

Dolor, tensión muscular o entumecimiento que se localiza de manera dorsal desde el borde inferior de la última costilla hasta el pliegue de los glúteos, con o sin irradiación a miembro inferior.

La lumbalgia es un síntoma muy frecuente en la atención primaria, tanto en consulta externa como en el servicio de emergencias. Puede tener muchas causas, desde leves hasta severas. Sin embargo, en el 90% de los casos no se logrará encontrar una causa específica del dolor, esto se llamará lumbalgia mecánica. Para

un adecuado diagnóstico de la lumbalgia, se requiere de una anamnesis y un examen físico exhaustivo, esto nos ayudará a encontrar la etiología, descartar banderas rojas y dar un adecuado manejo. El manejo de la lumbalgia mecánica se centrará en mejorar el dolor y la calidad de vida del paciente, también en disminuir los gastos en los servicios de salud. Para lograr esto el paciente se debe de proponer realizar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento en el hogar, tomar el medicamento indicado y mantener una adecuada dieta y rutina de ejercicios. La labor del médico es tratar de impedir que la lumbalgia aguda evolucione a crónica, esto se logra con actividad física, evitando el reposo en cama, no suspendiendo labores, permaneciendo activo, descartando “banderas amarillas” y sobre todo no realizar estudios médicos innecesarios.

La lumbalgia se ha propuesto como la mayor causante de discapacidad a nivel mundial actualmente. Es un síntoma frecuente que ocurre en pacientes de todas las edades, sin embargo, es poco frecuente en menores de 10 años. Se propone que el 40% de las personas de 9-18 años presentarán lumbalgia y hasta el 84% de los adultos van a presentar lumbalgia una vez en la vida, con un promedio de 1 año de duración. Se puede observar un mayor número de mujeres en los casos de consultas por lumbalgia. A este número se le agregan las mujeres que presentan lumbalgia durante el embarazo, lo cual es tan frecuente como un 67%. El 85-90% de las lumbalgias serán inespecíficas y autolimitadas las cuales resolverán en menos de 6 semanas, sin embargo, de un 24-87% tendrán otro episodio de lumbalgia en el siguiente año. Solo un 5-10% de las lumbalgias agudas van a convertirse en crónicas, y el deber del médico es evitar esta evolución. La lumbalgia afecta mayoritariamente a personas trabajadoras, más de maquinaria pesada que produce vibración y de campo. Hay que recordar que, si el trabajador se ausenta a laborar por una incapacidad no justificada, no solo recibe menos dinero, sino también que produce menos para la sociedad y se gastan recursos de la salud, esto crea un círculo de pobreza. Es importante recalcar que el ausentismo al trabajo, por incapacidades, llega a causar un retiro del trabajo anticipado y esto le genera hasta un 87% menos de riqueza al paciente, comparándolo con una persona que nunca dejó de trabajar. (Revista Médica Sinergia, n.d., pág 1-4)

Alrededor del 90% de las lumbalgias se deben a una alteración mecánica, el 10% restante corresponde a patología no mecánica o bien a patología ajena a la columna. El dolor lumbar crónico puede provocar discapacidad, consecuencias físicas y psicológicas para el paciente, además de generar importantes desafíos económicos. (Dr. ENRIQUE VILLARREAL-RÍOS, 2013)

Trastornos Musculoesqueléticos:

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) son alteraciones de estructuras corporales musculares, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, huesos, y sistema circulatorio. (Amezquita R., 2014)

Comprenden una amplia variedad de enfermedades degenerativas e inflamatorias en el aparato locomotor, que en el caso de relacionarse con el trabajo principalmente incluye: Inflamación de tendones (tendinitis y tenosinovitis) especialmente en la muñeca, codo, hombro, mialgias, a veces con alteraciones funcionales predominantemente en la región cervical y del hombro; síndrome de atrapamiento con mayor incidencia en muñeca y brazo, trastornos degenerativos en la columna vertebral con mayor frecuencia en las regiones cervical y lumbar expresados físicamente como dolor. (OSHA E, 2014)

Los trastornos musculoesqueléticos se manifiestan por sensación de dolor, entumecimiento, parestesias, rigidez y contracción antológica. Estas sensaciones se distribuyen en el cuello, tronco, manos y los miembros superiores e inferiores, con el correr del tiempo sin el adecuado tratamiento terapéutico puede evolucionar en patologías irreversibles. (Mennonía N, Minelli C, 2006).

Lesiones Musculoesqueléticas:

El término “lesiones musculoesqueléticas” se refiere a las que afectan el movimiento o sistema musculoesquelético, asociadas al trabajo y en las actividades que se desempeñan en el mismo. Son el resultado de 7 exposiciones repetidas, durante un período de tiempo prolongado, a factores de riesgo biomecánicos y organizacionales. (Fernández M et al. 2014, pág 17-22)

Se conocen distintos componentes a evaluar en la predisposición para desarrollar LME, por lo que los factores de riesgo pueden englobarse en 3 categorías principales. Factores biomecánicos: carga excesiva en el ámbito laboral, movimientos repetitivos o posiciones estáticas por tiempo prolongado; psicosociales: la percepción del sujeto de baja satisfacción, poco soporte emocional y alto estrés en el trabajo; y propios de la persona como el índice de masa corporal alto: sobrepeso u obesidad) (Costa B, et al. 2018,)

Alteraciones Musculoesqueléticas:

Las alteraciones musculoesqueléticas comprenden más de 150 trastornos que afectan el sistema locomotor. Abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanentes.

Las mismas suelen cursar con dolor (a menudo persistente) y limitación de la movilidad, la destreza y el nivel general de funcionamiento, lo que reduce la capacidad de las personas para trabajar. (OMS, 2021)

Los síntomas relacionados con la aparición de alteraciones músculo-esqueléticas incluyen dolor muscular y/o articular, sensación de hormigueo, pérdida de fuerza y disminución de sensibilidad. En la aparición de los trastornos originados por sobreesfuerzos, posturas forzadas y movimientos repetitivos pueden distinguirse tres etapas:

- 1. Aparición de dolor y cansancio durante las horas de trabajo, mejorando fuera de este, durante la noche y los fines de semana.
- 2. Comienzo de los síntomas al inicio de la jornada laboral, sin desaparecer por la noche, alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de trabajo.
- 3. Persistencia de los síntomas durante el descanso, dificultando la ejecución de tareas, incluso las más simples. (Castilla y León- 2010).

Enfermedades Musculoesqueléticas:

Las enfermedades musculoesqueléticas, ocupan los primeros lugares de carga de enfermedad global. Su manejo es complejo, debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad. Estas circunstancias originan múltiples consecuencias que, en la mayoría de los casos, trascienden al que hacer del sistema de salud. Las enfermedades músculo esqueléticas han demostrado ser una las causas más importantes responsables de la carga de enfermedad global (más de 120 millones de años de AVD3, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) (MANUEL ESPINOZA, 2018, pág 19-20). La evidencia también muestra que la prevalencia va en aumento, enfatizando la necesidad de que sea un problema abordado desde la salud pública. (Espinoza & Repetto, 2017, pág 20-21)

Atención Primaria de Salud:

Durante la conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata realizada en septiembre de 1978 en Kazajistán, se realizó la Declaración de Alma-Ata, enunciando la necesidad de proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos del mundo, alcanzando un mejor nivel de salud de los pueblos. (Alma-Ata, 1978)

Para mejorar la salud, la atención primaria debe centrarse en el estado de salud de las personas dentro del contexto de las demás determinantes (medio ambiente y medio social) en el que las personas viven y trabajan, más que en las enfermedades específicas. Por esto, la APS es el nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema y necesidad que presta atención de manera continuada a lo largo del tiempo, centrándose más en la persona que en la enfermedad. También compone características con otros niveles del sistema sanitario como: responsabilidad acerca del acceso, la calidad y costos asistenciales, atención en prevención, tratamiento y rehabilitación; y también trabajo en equipo. De esta manera, la atención primaria constituye la base y determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario abordando los problemas de la

comunidad más frecuentes y proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y bienestar. (Weisbrot, M., 2014, pág 100-103)

Prevención:

Según el diccionario de la Real academia española (RAE) la definición de prevención es: Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. (RAE - ASALE, 2001)

La misma se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la disminución de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas. (OMS, 1998)

Competencias Kinésicas según la ley en Argentina:

Desempeño de la actividad profesional: los profesionales de la kinesiología 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. En todos los casos pueden atender a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos. Todo ello, sin perjuicio del ejercicio en otras tareas que se reglamenten. (Ley 24.317-ARTÍCULO 4º)

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 (incluso en forma eco-guiada), derivar a otras especialidades y solicitar estudios diagnósticos por imágenes. Esto se encuentra regido por la Ley 24.317 y su reglamentación a nivel nacional, como así también por sus leyes homólogas a nivel provincial, ya que Argentina es un país federal. (O. Ronzio, 2019, pág 110)

“(…) Considerando que el/la Licenciado/a en Kinesiología y Fisiatría, realiza procedimientos manuales, físicos e instrumentales, destinados a la prevención, mejoramiento o recuperación de la capacidad y bienestar físico de las personas y que, por lo tanto, se desempeña integrando equipos interdisciplinarios de salud y participa en los escalafones dentro del sistema de salud pública, realizando tratamientos kinefisiátricos, resulta necesaria la presentación de esta solicitud de inclusión.” (ART. 43- LES) - (*Texto Completo*, 2022)

A medida que la fisioterapia se convierte gradualmente en una profesión más autónoma, los médicos continúan desempeñando un papel importante en la práctica clínica de los fisioterapeutas, particularmente como fuente de derivación de pacientes. El análisis de las derivaciones de los médicos a la fisioterapia puede ser una forma práctica y eficaz de estudiar la relación entre médicos y fisioterapeutas.” (….) “Un tercio (33%) de las derivaciones enviadas a fisioterapia no incluyeron

diagnóstico médico, y el motivo más común de la derivación fue el "dolor". La evaluación y tratamiento fue el tratamiento más recomendado acompañando a estas derivaciones inespecíficas (casi 2/3). Los fisioterapeutas no pueden manejar adecuadamente a los pacientes en función de un diagnóstico de "dolor" remitido por un médico; por lo tanto, es necesario que los fisioterapeutas realicen diagnósticos adicionales. (Hao Liu y James P. Fletcher, 2006)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de la Investigación:

En el presente trabajo se incluyó tanto una revisión bibliográfica como una recolección de datos empíricos.

Para la revisión bibliográfica, que permitió profundizar en estudios destinados al acceso directo al tratamiento kinésico como nuevo modelo del sistema de salud, se realizó mediante “Google Académico” con palabras claves como: dolor musculoesquelético, lumbalgia, cervicalgia , trastorno musculoesquelético, atención primaria y kinesiología. En un lapso de tiempo: 2003- 2023.

Por otra parte se llevó a cabo una investigación de tipo cuantitativa no experimental de corte transversal por medio de una encuesta destinada a pacientes que acuden al sector público como al sector privado, ya que, es una problemática que afecta a ambos sectores. La recolección de información es en un solo momento, siendo ésta descriptiva, pretendiendo analizar datos sobre el acceso al sistema de salud, su gasto monetario, su contacto con el modelo de la medicalización, y su derivación al servicio kinésico por parte del modelo médico. La población a evaluar es específica: mujeres y hombres entre los 25 y 55 años de edad, de Viedma (Río Negro), que se atendieron o se atienden en el Hospital Artemides Zatti o en consultorios privados de la ciudad, en el año 2023.

El diseño de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia (google académico), donde los individuos fueron seleccionados de manera intencional, teniendo en cuenta factores de disponibilidad y de accesibilidad.

Teniendo en cuenta los factores de inclusión y de exclusión; la muestra se constituyó por un total de ciento siete (107) personas. Los datos fueron recolectados durante los meses correspondientes a agosto y septiembre del año 2023.

Los pacientes que participaron voluntariamente brindaron su consentimiento al comienzo de la encuesta, sabiendo que la información recopilada se utilizaría únicamente con fines académicos y/o de investigación; aclarando también que los datos obtenidos tendrán un carácter anónimo.

Criterios de selección de muestra

- **Criterios de inclusión:**

Se han establecido criterios de inclusión para el presente trabajo, los cuales serán considerados y se tendrán en cuenta para la recolección de información. Los criterios son los siguientes:

- Hombres y mujeres, con un rango etario entre los 25 y 55 años de edad, que residan en Viedma - Río Negro
- Que padecieron o padecen dolor musculoesquelético en la columna vertebral.
- Se atienden o se hayan atendido durante el transcurso del año 2023 en el servicio de kinesiología del sector público y/o privado.

- **Criterios de exclusión:**

- Hombres y mujeres que no entren en el rango etario seleccionado (25 y 55 inclusive).
- Individuos que no reciban atención en Viedma - Río Negro
- Sujetos que no cuenten con trastornos musculoesqueléticos en la columna vertebral.
- Personas que cuenten con diagnóstico médico ajeno al dolor musculoesquelético.

Técnica de recolección de datos:

Las técnicas de recolección de datos fueron a través de un cuestionario con preguntas sencillas de fácil acceso, comprensión y rápida realización, llevado a cabo mediante la aplicación de Formularios de Google y divulgado de manera digital via Instagram, Facebook y Whatsapp en los determinados grupos. (ver anexo N°1) Previamente se les informó a los participantes el estado de anonimato y la confidencialidad de los datos recolectados dejando en claro que al participar da su consentimiento para que la información recopilada se utilice únicamente con fines académicos y/o de investigación.

El fin del cuestionario autoadministrado fue el de indagar de forma general el nivel de conocimiento de la población de Viedma, Río Negro, sobre la problemática planteada en el presente trabajo, tiempos, respuesta médica, situación de derivación por parte del médico al servicio de kinesiología, ilegalidad del acceso directo sin derivación médica. Recolección de datos, como herramientas para su posterior comparación con la bibliografía utilizada.

Limitaciones del estudio:

El estudio de esta problemática a nivel nacional y no solo local , pero por cuestión de tiempos, imposibilita la accesibilidad y la recolección de datos .

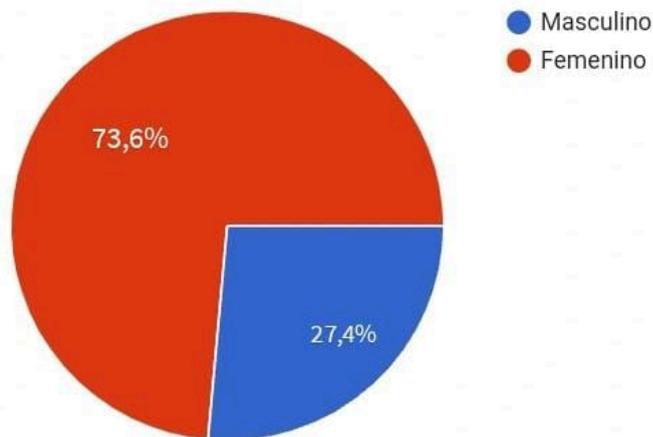
CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De los 107 cuestionarios completados, tras aplicar los criterios de selección de muestra quedaron incluidos en el estudio un total de 64 pacientes encuestados con una edad promedio de 25 años y 55 años de edad.

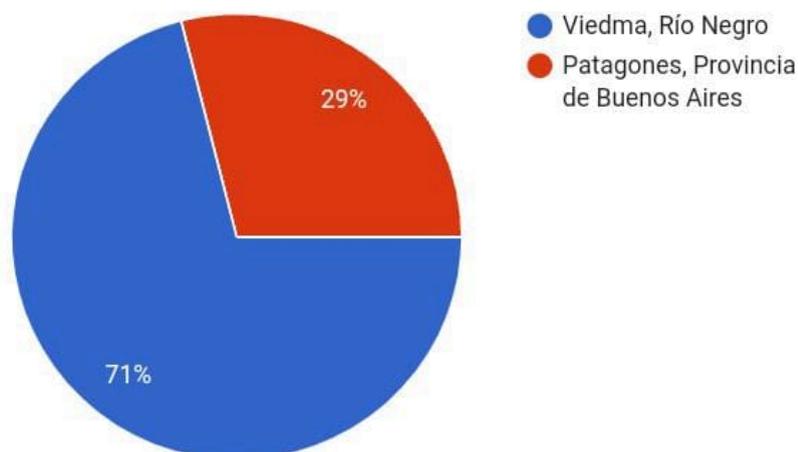
Con respecto a la variable del sexo, se determinó que en su mayoría respondieron pacientes de sexo femenino (73,6%) y en su minoría pacientes de sexo masculino (27,4%). (ver Gráfico N° 1)

Gráfico N°1: elección de género



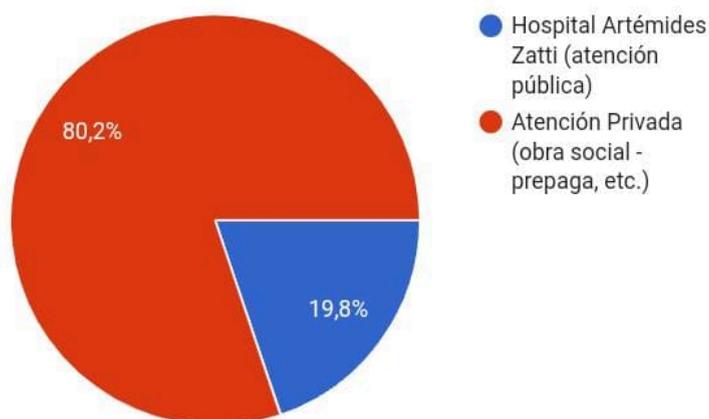
En cuanto a la población dentro de los criterios de inclusión se determinó que el 71% reside en Viedma, Rio Negro, por ende, es la población que se incluye en este presente trabajo, excluyendo al 29% restante. (ver Gráfico N° 2)

Gráfico N° 2: ciudad donde reside



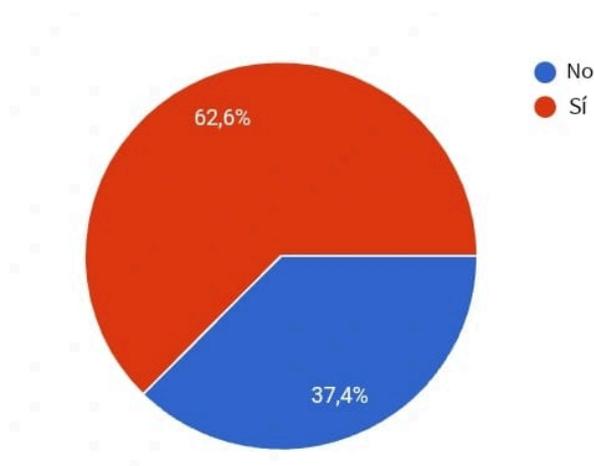
Con respecto a la próxima pregunta se decidió evaluar a ambos sectores, tanto el público como el privado, ya que considero que es una problemática que afecta a ambos sectores, obteniendo como resultado el 80,2% pacientes que acuden a la atención privada (obra social, prepaga, etc), dejando al 19,8% restante el cual asiste al sector público (Hospital Artémides Zatti) (ver Gráfico N° 3

Gráfico N° 3: si sufre una dolencia usted acude:



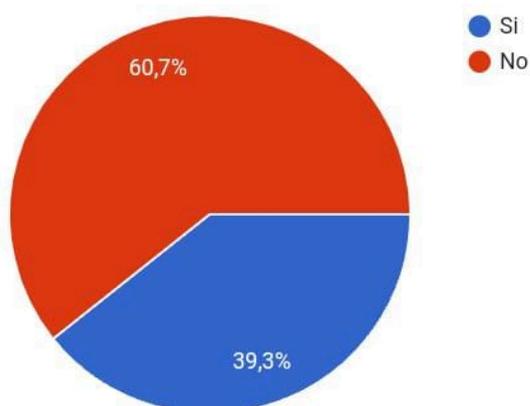
Adentrándonos un poco en diagnósticos médicos, la siguiente pregunta sobre si el paciente acudió al médico por dolor en el cuello y/o espalda y fue diagnosticado/a como “cervicalgia” o “lumbalgia” manifestando en mayor porcentaje con un 62,6% de forma afirmativa, mientras que el 37,4% voto de forma negativa (ver Gráfico N°4)

Gráfico N°4: Acudió al médico por dolor en el cuello y/o espalda y fue diagnosticado/a como “cervicalgia” o “lumbalgia”.



En tanto la siguiente pregunta está destinada a saber si el paciente realmente comprende el diagnóstico que se le brinda por parte del modelo médico, dejado como resultado el voto por la opción “no” con el 60,7%, siendo el 39,3% restante con la opción “sí”. (ver Gráfico N°5)

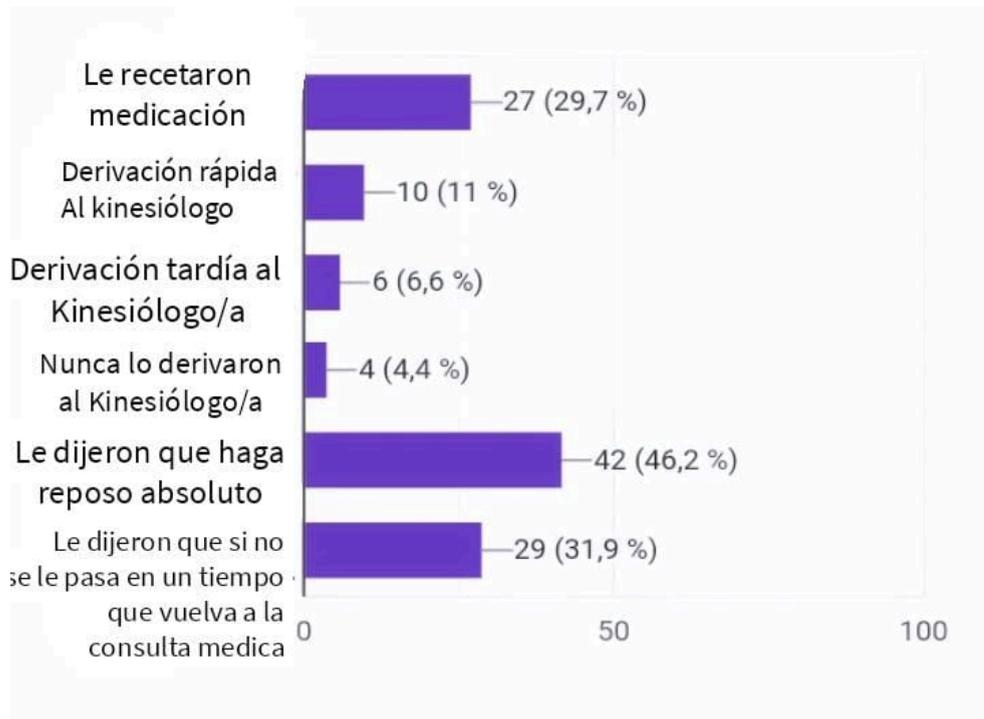
Gráfico N°5: ¿sabe lo que significa el diagnóstico “cervicalgia” o “lumbalgia”?



Acorde con el siguiente punto del cuestionario se buscó recabar información para constatar o refutar los factores negativos que según la bibliografía, influyen principalmente como influencias que hacen que el dolor que se manifiesta de forma aguda se torne un dolor crónico por estos mismos. Como resultado: le recetaron

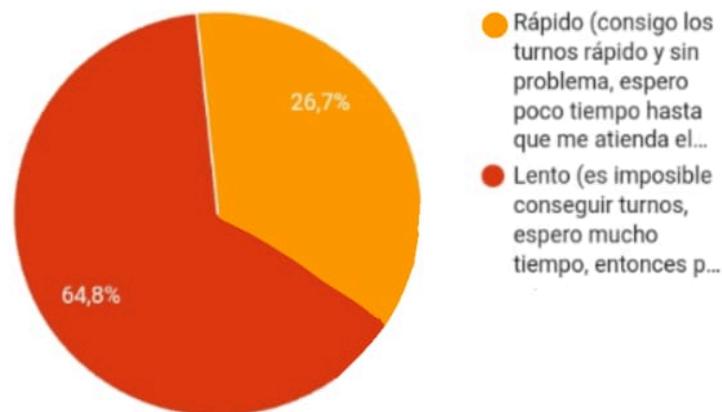
medicación (pastillas, cremas, inyectables, etc) 27 (29,7%), derivación rápida al kinesiólogo/a 10 (11%), derivación tardía al kinesiólogo/a 6 (6,6%), nunca lo derivaron al kinesiólogo/a 4 (4,4%), le dijeron que haga reposo absoluto 42 (46,2%), le dijeron que si el dolor no se le pasa en un tiempo que vuelva a la consulta médica 29 (31,9%). (ver Gráfico N°6)

Gráfico N°6: Al ser diagnosticado, puede colocar más de una opción.



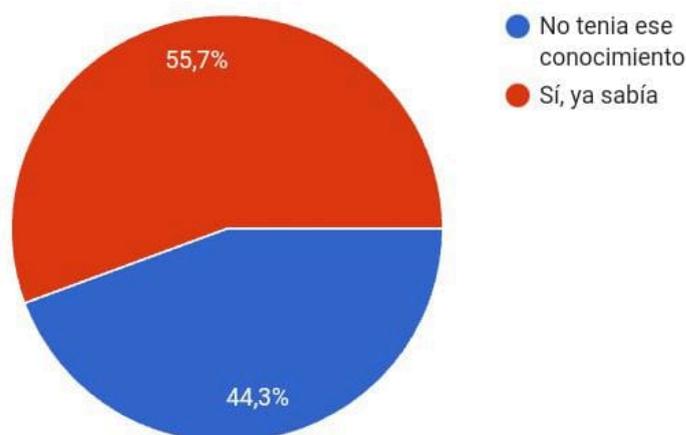
En la próxima pregunta se consideró el factor tiempo, que según la bibliografía, influye directamente en el paciente, e indirectamente congestiona el sistema de salud, teniendo en cuenta como es la modalidad para acceder al médico y para realizarse estudios, los datos arrojaron como resultado como el 64,8% lento (es imposible conseguir turnos, espero mucho tiempo, entonces postergó ir al médico), mientras que el 35,3% marco que el sistema es rápido (me atienden sin complicaciones, consigo los turnos sin problema y espero poco tiempo hasta que me atienda el médico/traumatólogo) (ver Gráfico N°7)

Gráfico N°7: La modalidad para acceder al médico y para hacerse estudios



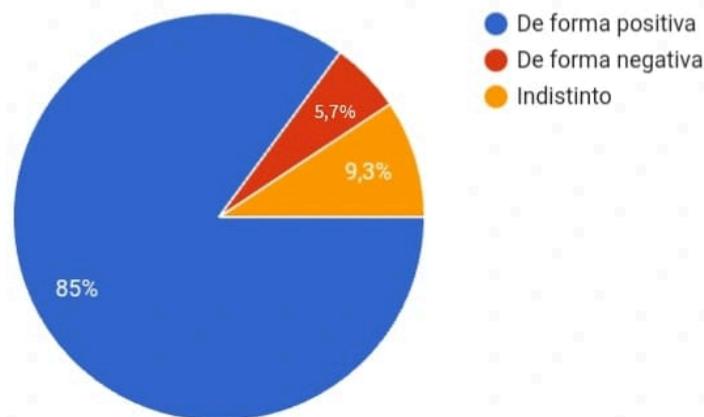
Los resultados obtenidos, presentados en el gráfico a continuación, indican que la gran mayoría de los encuestados expresaron tener conocimiento sobre acceder al servicio de kinesiología solo con orden médica, siendo ilegal acudir a este servicio en caso de una lesión sin contar con la derivación médica, representando un 55,7% de la muestra. En contraste, sólo un 44,3% manifestó que no tenía ese conocimiento. (Gráfico N°8)

Gráfico N°8: ¿sabía que por ley, en caso de una lesión usted puede acceder al servicio de kinesiología solo con una orden médica? Es ilegal acudir al kinesiólogo/a en caso de una lesión sin contar con la derivación médica.



Es relevante indagar la opinión de los pacientes, ya que la modificación de la ley, y el acceso directo al servicio de kinesiología impactaría directamente sobre ellos. Los resultados obtenidos sobre cómo creen que afectaría la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en el sistema de salud, que presentan en el siguiente gráfico, revelan que la mayoría de los pacientes encuestados opina que impactaría de manera positiva, representando un 85%. Por otro lado, un 9,3% indicó que impactaría de manera indistinta, mientras que el 5,7% restante, de forma negativa. (ver Gráfico N°9)

Gráfico N°9: ¿cómo crees que afectaría la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en el sistema de salud?



CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

Este presente trabajo final de grado, el cual fue realizado con el fin de analizar la importancia y los beneficios que brindaría el acceso directo al servicio de la kinesiólogía como atención primaria, en los pacientes con dolor musculoesquelético; y establecer qué efectos tiene sobre el sistema de salud.

Tras analizar y elaborar el marco teórico, se puede dejar como conclusión que hay moderada información sobre el acceso directo al servicio de kinesiólogía, destacando una fuerte actualización sobre la importancia de no adentrarse en el sistema de medicalización y del reposo, recetado por parte de los médicos. Muchos de los artículos revisados, hacen énfasis en el gasto monetario que implica la prolongación del dolor musculoesquelético en los pacientes con lumbalgia y cervicalgia, tanto para el Estado como para los afectados, haciendo énfasis en el impacto psicológico que este puede producir sobre los pacientes. Se estima que la lumbalgia afecta de manera frecuente a la población económicamente activa. Siendo la primera causa de pérdida de días laborales en trabajadores menores de 55 años de edad y la segunda de ausentismo laboral.

Teniendo en cuenta la viabilidad de este proyecto, a través de la búsqueda de información empírica, y la recolección de datos por medio de un cuestionario, se obtuvo como resultado, de manera satisfactoria, la relación de la bibliografía con los resultados de la encuesta empleada.

Así mismo, vale aclarar que se determinaron criterios de inclusión y de exclusión para un fin práctico y ordenado de investigación, así bien, todos los datos cumplen con una investigación global, ya que las afecciones musculoesqueléticas pueden aparecer a cualquier edad, en cualquier población del mundo. La compilación de datos general son herramientas que constatan y dejan en evidencia la problemática a nivel general, dejando en claro la importancia de la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en Argentina. Dentro de los criterios que competen a esta investigación fueron en su mayoría pacientes de sexo femenino (73,6%) lo cual sorprende este puntaje, ya que según la bibliografía existe mayor predominio en el sexo masculino, llevándose este el 26,4% restante.

Según el cuestionario un 29,7% le recetaron medicación (pastillas, cremas, inyectables, etc) corroborando con el factor de la medicalización, tomando el dolor como un enemigo y no como un signo de alarma.

Otro de los hallazgos que se observó es la alta recomendación que recibieron los pacientes, por parte de los médicos, de hacer reposo absoluto (46,2%).

Cabe mencionar el resultado sobre volver a la consulta médica si el dolor no cesa y persiste, obteniendo un 31,9%, o incluso el resultado con un 4,4% de

pacientes que nunca lo derivaron al kinesiólogo/a. Todos estos factores que como se menciona anteriormente, agravan la condición del dolor musculoesquelético, tornando el síntoma agudo a su posible cronicidad.

Se puede llegar a la conclusión que, la gran desventaja del sistema de derivación médica consiste en la falta de conocimientos en materia de funcionalidad músculo-esquelética del profesional médico, lo que significa que el paciente pierde valioso tiempo de su tratamiento, en asistir a una consulta con un profesional que escasos estudios tiene sobre aquello que le aqueja; destacando la cronicidad de la misma pensando en una mayor probabilidad de necesitar imagenología avanzada, visitas adicionales al médico tratante y al kinesiólogo/a, cirugía mayor, inyecciones en la columna lumbar y medicación con opioides en el futuro; claras desventajas para el sistema médico aumentando su congestión, al Estado y sobre todo al paciente.

Como menciona Quezada, la explicación del porqué los médicos no realizan un diagnóstico y derivan esa función al personal kinesiológico, no se debe en caso alguno a la mala praxis médica o a la falta de dedicación profesional por parte del médico; o sí; para determinar la causa de éstos dolores, más sin indicar causa alguna que pueda ser causante del dolor, es de público conocimiento que muchas veces el médico incluso no deriva al kinesiólogo sino que, se adentra en el sistema de medicalización y prescribe medicamentos para aliviar el dolor, lo que suele terminar en que el paciente reciba una atención tardía del profesional experto en movilidad, lo que evidentemente producirá una merma en la salud del paciente; la razón de esto es distinta, es el simple desconocimiento, la falta de idoneidad del médico para atender este tipo de casos, toda vez que “las escuelas de medicina” de la mayoría de los países no encarar el problema de la funcionalidad del hombre en ningún momento del desarrollo de la carrera. Este hecho no es casual, sino el resultado de la llamada “medicalización” de la rehabilitación.

Es importante aclarar que acceder directamente al servicio de kinesiología no se considera como una disminución de los derechos del paciente, ni mucho menos, una imposición, ya que, lo que surge es el derecho de opción y decisión del paciente, ya sea de atenderse directamente con un kinesiólogo/a o bien con un médico. Es por eso que se formulo las siguientes preguntas, para tener en cuenta la opinión de las personas con respecto a legalización del tema investigado en este trabajo, siendo el 44,3% que desconocían la ilegalidad de acceder al kinesiólogo/a ante una lesión sin contar con la derivación médica, resultando impactante porque corresponde a casi la mitad de los encuestados; por otro lado la opinión sobre cómo afectaría la legalización del acceso directo al kinesiólogo/a en el sistema de salud, alcanzando el 85% como “de forma positiva”, dejando en evidencia cómo afectan directamente los factores negativos mencionados anteriormente sobre ellos.

Cabe destacar que la carrera de kinesiología y Fisiatría en Argentina cuenta con la formación necesaria, siendo una de las carreras que cuenta con la materia “biomecánica”, siendo esta una disciplina que estudia el movimiento del cuerpo

humano, ya sea andando, corriendo o realizando cualquier acción que implique movimiento. No obstante la evidencia científica ha demostrado que la probabilidad de que la causa de dolor músculo-esquelético sea una enfermedad grave es bajísima (QUEZADA) por lo tanto se plantea permitir legalmente, que los pacientes puedan ir directamente al kinesiólogo/a, para que éste les diagnostique, instruya tratamiento y prescriba ejercicios, o bien los derive al profesional adecuado si es que el problema no es de carácter kinésico, sin que para ello sea necesario que el paciente acuda a una consulta con un médico-traumatólogo previamente, que le derive al kinesiólogo. Se entiende por diagnóstico según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en adelante RAE, cómo “Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos”.

Por último, se llega a la conclusión que los pacientes con trastornos musculoesqueléticos que accedan de manera directa al profesional kinesiólogo/a generará un impacto positivo en su tratamiento, descongestionando el sistema de salud, reduciendo el tiempo de espera y el gasto económico de los pacientes y del Estado mismo.

RECOMENDACIONES

- Replantear y repensar la reformulación de la ley en Argentina, sobre las incumbencias kinésicas, ya que, el Estado es responsable de éstas vulneraciones, dónde por una parte niega a los pacientes una mejor calidad de salud de manera arbitraria.
- Fortalecer la comunicación entre los profesionales médicos y los kinesiólogos/as.
- Promover la actualización del sistema médico, y ceder la incumbencia al profesional especializado, es decir a el kinesiólogo/a, ya que, su argumentación carece de respaldo científico, basándose en supuestos para mantener el status quo.

BIBLIOGRAFÍA

- Acceso directo a los servicios de fisioterapia- América del Sur (2023, agosto 17).. Retrieved febrero 20, 2024, from <https://world.physio/south-america-region-webinar-acceso-directo-los-servicios-de-fisioterapia>
- Alma-Ata. (1978, septiembre 12). Declaracion de Alma-Ata - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Amezquita R. (2014, enero/marzo). *Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos en el personal de esterilización en tres hospitales públicos.*
- AMPARO ARRABAL. (2013). *BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL PACIENTE CON CERVICALGIA.*
- Araña-Suárez, M., & Patten, S. B. (2011). *Trastornos musculoesqueléticos, psicopatología y dolor.* Wikipedia. Retrieved February 20, 2024, from https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44034241/Psicopatologia_del_dolor_musculoesqueletico-libre.pdf?1458748885=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTRASTORNOS_MUSCULOESQUELETICOS_PSICOPATO.pdf&Expires=1708483260&Signature=UsMdT1K98vxghusEAHr
- Costa B, Ramos E. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med.* 2010; 53-3: 285–323.

- Comisiones obreras de Castilla y León. Manual de Trastornos Musculoesqueléticos. Acción En Salud Labor [Internet]. 2010; 2da edición:1–106.
- Dr. ENRIQUE VILLARREAL-RÍOS. (2013, septiembre). Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica. *vol.78(no.3)*.
- Fedelat. (2020). *Nueva definición del dolor de la IASP*.
- Fernández M, Fernández M, Manso M, Gómez M, Jiménez M, del Coz F. Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón Gerokomos. 2014 25: 17-22
- Hao Liu y James P. Fletcher. (2006, febrero). *Analysis of Physicians' Referrals: Is Further Diagnosis Needed?* NCBI. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953283/>
- Hoving JL, Gross A, Gassner D, Kay T, Kennedy C, Hondras M, et al. (2001). *A critical appraisal of review articles on the effectiveness of conservative treatment for neck pain. Spine;*
- *KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA - EJERCICIO PROFESIONAL*. (1994, mayo 30).
- MANUEL ESPINOZA. (2018, March 13). *Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile*. Centro de Políticas Públicas UC. Retrieved February 22, 2024, from <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2018/03/CAP-I-Propuestas-para-Chile-2017.pdf>
- MARÍA DEL CARMEN PONCE MARTÍNEZ, *, ** ENRIQUE VILLARREAL-RÍOS* EMMA ROSA VARGAS-DAZA, * LIDIA

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ* y LILIANA GALICIA-RODRÍGUEZ*. (2013). *Costo institucional del paciente con incapacidad temporal para el trabajo por lumbalgia mecánica*.

- OMS. (2021, February 8). Trastornos musculoesqueléticos. Retrieved February 21, 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- O. Ronzio. (2019). *La kinesiología en Argentina*. SciELO. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.scielo.br/j/fp/a/St5T8Yy35X78fbRVc3qmYDg/?lang=es&format=pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, February 8). *Trastornos musculoesqueléticos*. Trastornos musculoesqueléticos. Retrieved February 20, 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- OSHA E 2014 Work European Agency For Safety Health Work European Related Musculoskeletal Disorder in the EU an figures European agency for safety and Health at Work
- *Prevención | Diccionario de la lengua española (2001) | RAE - ASALE*. (2001). Real Academia Española. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.rae.es/drae2001/prevenci%C3%B3n>
- Quezada, F. M. (2014). *Sistema de referencia médica, las vulneraciones de derechos que importa y el acceso directo del profesional kinesiológico como medida de protección de dichos derechos*.

- Revista Médica Sinergia. (n.d.). Actualización de lumbalgia en atención primaria. *vol 6*(número 8).
- *Texto completo*. (2022, April 4). Texto completo | Argentina.gob.ar. Retrieved February 21, 2024, from <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-977-2022-363083/texto>
- *Texto completo*. (2022, April 4). Texto completo | Argentina.gob.ar. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-977-2022-363083/texto>
- Weisbrot, M. (2014). *Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria*,. Vista de Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6316/3875>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario único de investigación

Mi género es:

- Masculino
- Femenino

Edad

- Menos de 25 años de edad
- Entre 25 y 55 años de edad
- Más de 55 años de edad

Vivo en:

- Viedma, Río Negro
- Patagones, Provincia de Buenos Aires

Si sufre de alguna dolencia usted acude:

- Hospital Artémides Zatti (atención pública)
- Atención Privada (obra social - prepaga, etc.)

...

Acudió al médico por dolor en el cuello y/o espalda y fue diagnosticado/a como "Cervicalgia" o "Lumbalgia" ?

- Si
- No

¿Sabe lo que significa el diagnostico "Cervicalgia" o "Lumbalgia" ?

- No
- Si

Si fue diagnosticado: (puede colocar mas de una opción)

- Le recetaron Medicación (pastillas, cremas, inyect...
- Lo derivaron de inmediato al kinesiólogo/a
- Lo derivaron al kinesiólogo/a al tiempo
- No lo derivaron nunca al kinesiólogo/a
- Le dijeron que haga reposo absoluto
- Le dijeron que si no se le pasa el dolor en un tiemp...

La modalidad para acceder al médico y para hacerse estudios le parece:

- Rápido (consigo los turnos rápido y sin problema, ...
- Lento (es imposible conseguir turnos, espero muc...

Sabía que por Ley, en el caso de una lesión usted puede acceder al servicio de kinesiología SOLO con una orden médica? Es ilegal acudir al kinesiólogo/a en caso de una lesión sin contar con la derivación médica.

- No tenia ese conocimiento
- Sí, ya sabía

¿Cómo crees que afectaría la legalización del acceso directo al kinesiólogo en el sistema de salud ?

- De forma positiva
- De forma negativa
- Indistinto