



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE LA CARRERA:

Lic. Diego Castagnaro

NOMBRE Y APELLIDO:

Santiago Gabriel López

TUTOR:

Juliana Finkelstein

FECHA DE PRESENTACIÓN

12 de Diciembre de 2018

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL:

19 de Diciembre de 2018

TÍTULO DEL TRABAJO:

Evaluación del acceso a la atención kinésica en Porvenir, una comunidad rural de la Provincia de Buenos Aires.

SEDE:

Buenos Aires

Sede Buenos Aires

Av. Las Heras 1907

Tel./Fax: (011) 4800 0200

☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja

Benjamín Matienzo 3177

Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698

☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé

Centeno 710

Tel./Fax: (03756) 421622

☎ (03756) 15401364



**Carrera de Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Sede Buenos Aires
Carta aprobación de contenido
Trabajo de investigación final**

Buenos Aires, 12 de Diciembre de 2018

Lic. Diego Castagnaro

Subdirector de la carrera de Lic. En Kinesiología y Fisiatría

Por medio de la presente yo el/la Lic. Juliana Zoe Finkelstein con DNI 25359790 y número de matrícula 107.526 quien me desempeño como tutor de contenido del trabajo de investigación final del alumno/a Santiago López con el tema Evaluación del acceso al sistema de salud y rehabilitación en forense

Manifiesto mi aprobación del contenido de este trabajo, cumpliendo con los objetivos establecidos.

Juliana Zoe Finkelstein
Médica - Pediatra
M.N. 107.526

Firma, aclaración y sello
Tutor de contenido, trabajo de investigación final



Carrera de Lic. en kinesiología y Fisiatría

Sede Buenos Aires

Buenos Aires,.....12 de Diciembre de 2018

Lic. Diego Castagnaro

Subdirector de la carrera de Lic. en kinesiología y fisiatría

En mi calidad de alumno de la carrera de kinesiología presento ante ustedes el tema del trabajo de investigación final titulado "Evaluación del acceso a la atención kinésica en Porvenir, una comunidad rural de la provincia de Buenos Aires", proceso que será acompañado por un tutor de contenido el (la) Julianna Zoe Trukelstein..... DNI...25 359 790.....con número de matrícula...107526....., en espera de su aprobación.

Cordialmente.

Nombre y firma

Alumno

Tutor de contenido



COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo Santiago Gabriel Lopez, identificado(s) con DNI No. 38.958.659; Teléfono: 2355-482329; E-mail: santilopez99@hotmail.com autor del trabajo de grado/posgrado titulado "Evaluación del acceso a la atención kinésica en Porvenir, una comunidad rural de la provincia de Buenos Aires" presentado y aprobado en el año 2018 como requisito para optar al título de Lic. en Kinesiología y Fisiatría; autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la institución, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central, sin producir cambios en el contenido; la consulta y reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de tesis/trabajo final de investigación: Porvenir, provincia de Buenos Aires, Argentina.

2. Identificación de la tesis/trabajo final de investigación:

TITULO del TRABAJO: "Evaluación del acceso a la atención kinésica en Porvenir, una comunidad rural de la provincia de Buenos Aires"

Director: Diego Bernardini

Fecha de defensa: 19/12/2018



3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

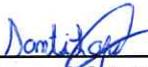
a) **Texto completo** **SI** a partir de su aprobación

Texto parcial **SI** a partir de su aprobación

Indicar capítulos.....

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las tesis/trabajos finales de investigación no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barceló"


Firma del Autor


Firma del Director

Juliana Zoe Finkelstein
Médica - Pediatra
M.N. 107.526

Lugar Buenos Aires

Fecha 12 / 12 / 2018

Índice

Resumen	1
Introducción.....	2
Materiales y métodos.....	4
Resultados.....	5
Discusión	7
Conclusiones.....	10
Bibliografía.....	11
Anexo 1.	14
Anexo 2	15
Anexo 3	18

RESUMEN

Introducción: el acceso a la atención de salud puede ser una complicación cuando se vive en zonas rurales. El objetivo del estudio fue describir el acceso a la atención de salud y a los servicios de kinesiología de pacientes de Porvenir, provincia de Buenos Aires, con motivo de consulta de lesiones osteomusculares en los últimos 5 años y conocer las dificultades que debieron atravesar para llegar a un diagnóstico y resolución de esas patologías.

Materiales y métodos: diseño cuantitativo-cualitativo, transversal, retrospectivo.

Resultados: de 68 pacientes, a 43 le sugirieron realizar un tratamiento kinésico. De ellos, el 60% realizó el tratamiento mientras que un 40% no lo hizo. Además el 28% de los que iniciaron el tratamiento, no lo finalizó.

Conclusión: Solo el 60% de los pacientes a los que les indicaron tratamiento kinésico pudieron realizar mismo. La falta de profesionales y las dificultades para el transporte fueron las principales barreras que informaron los habitantes de Porvenir.

Palabras claves: acceso, kinesiología, área rural, lesiones musculoesqueléticas.

ABSTRACT

Introduction: Access to health care can be a complication when you live in rural areas. The aim of this study was to describe the access to health care and physiotherapy services from patients of Porvenir, who had asked about for musculoskeletal injuries in the last five years. Knew the difficulties that had to overpass to reach a diagnosis and resolution of this pathology.

Methods: quantitative-qualitative, transversal, retrospective design research.

Results: of the 68 patients, 43 were suggested physiotherapy treatment. Of these, 60% did the treatment while 40% did not. In addition, 28% of those who started the treatment did not complete it.

Conclusion: only 60% did the physiotherapy treatment. The lack of professionals and the difficulties for transport were the main barriers reported by the residents of Porvenir.

Key words: Access, rehabilitation, rural areas, musculoskeletal injuries.

INTRODUCCIÓN

Las personas que viven en zonas rurales puede que se encuentren con algunas barreras para acceder al sistema sanitario o experimentar problemas de salud diferentes a aquellos de las personas que viven en ciudades. Recibir atención para la salud puede ser una complicación cuando se vive en un lugar alejado. Es posible que no puedan llegar a un hospital rápidamente en caso de una urgencia. También es posible que no puedan o quieran viajar largas distancias para hacerse exámenes y evaluaciones, llevando en ocasiones al abandono de un tratamiento. Además, las zonas rurales suelen tener menos médicos y otros profesionales de la salud, al mismo tiempo de no contar con especialistas.¹

A nivel mundial, se estima que la mitad de la población vive en áreas rurales. Un informe de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), expuso que un 56 por ciento de las personas que viven en las zonas rurales en el mundo no tenían acceso a los servicios de salud básicos, más del doble de la cifra de las zonas urbanas, donde el 22 por ciento no tenía cobertura.² Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 puso en marcha un programa para aumentar la retención de trabajadores de salud en zonas marginadas³, los factores que muchas veces generan esta disparidad es que los profesionales de la salud migran a las ciudades por distintas oportunidades o motivaciones que en el área rural no tienen, o por condiciones precarias de trabajo y/o de vida; exceptuando aquellos casos en los que el compromiso por la población que tienen a cargo es más fuerte⁴. De acuerdo con la investigación de Daniels y sus colegas⁵, “el tamaño de la ciudad de la infancia, la finalización de la práctica rural, la disciplina y la edad al momento de la graduación se asocian con la elección de la práctica rural. Aquellos que primero practican en áreas rurales ante las urbanas son más propensos a ver los siguientes factores como importantes para su decisión: las necesidades de la comunidad y tamaño de la misma, la ayuda financiera, el regreso al pueblo natal y la participación en un programa de capacitación rural. Aquellos que permanecieron en el área rural frente a los que se mudaron tuvieron más probabilidades de considerar el tamaño de la comunidad y el regreso a la ciudad natal como importantes. Tener suficiente trabajo disponible, potencial de ingresos, oportunidad profesional y atender las necesidades de salud de la comunidad fue importante para todos los grupos.”

Por otro lado, estudios estadounidenses demostraron que las personas que viven en territorios rurales generalmente están en peor estado de salud que sus homólogos urbanos o son más propensas a sufrir patologías crónicas⁶⁻⁷, al igual que una investigación australiana⁸. No obstante, un examen en Inglaterra informó una mejor salud en las áreas rurales en comparación con las ciudades⁹. Podría inferirse entonces que esta discrepancia entre las investigaciones está relacionada con la ubicación geográfica y otros recursos que se relacionan con cada área en particular, proporcionando así resultados diferentes.

Otra cuestión que entra en juego es decidir cuáles son los principales servicios de salud que deben ser proporcionados a la población. El personal escaso y la distribución geográfica significan que las comunidades rurales no tienen acceso al mismo rango de servicios disponibles que los centros urbanos y esto es notable en cuanto al servicio de fisioterapia/kinesiología. Los fisioterapeutas son profesionales autónomos de la asistencia sanitaria y forman una parte importante de la mano de obra sanitaria rural. Estos desempeñan un papel clave en la atención aguda y la rehabilitación de sus pacientes y la promoción de la salud en sus comunidades⁸. La directora de salud del partido de Florentino Ameghino, María de las Nieves Foresi, contó que *“la toma de decisiones acerca de los servicios de salud que se ofrecen a la comunidad son definidos desde la Dirección de Salud pero en trabajo conjunto con los responsables de cada uno de los efectores (hospital / centros de salud). Si bien no en todos los casos se puede aplicar el mismo criterio, prevalecen la demanda de ese servicio y el impacto que ese servicio tiene en la comunidad.”*¹⁰

En Argentina, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) se divide a la población rural en agrupada, que es aquella que habita en localidades con menos de 2.000 habitantes, y en dispersa, que está conformada por las personas que residen en campo abierto, sin constituir centros poblados. Conforme con el último censo en 2010, 3.599.764 personas correspondían a la población rural total del país, representando el 8,97% de la población total. En la provincia de Buenos Aires este porcentaje era menor, y representaba el 2,78%, unas 434.644 personas.¹¹

Esta investigación fue llevada a cabo en Porvenir, una pequeña localidad rural, perteneciente al partido de Florentino Ameghino, al noroeste de la provincia de Buenos Aires. Cuenta con solo 6 manzanas y según el censo en 2010, contaba con 156 habitantes. Sus instituciones

presentes son el jardín de infantes Simón Bolívar, la escuela N°6 Mariano Moreno y la parroquia San Roque. Sus principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería, característico de la región pampeana. El clima es templado, con una temperatura promedio de 17°C. Su localización geográfica puede observarse en el Anexo 1.

Uno de los principales inconvenientes a la hora del transporte es la falta de rutas. Todas las salidas de Porvenir a los pueblos o ciudades vecinas son mediante caminos de tierra, de difícil mantenimiento en buen estado, que en los días de lluvia o en los días posteriores pueden complicar todavía más la movilidad. Tampoco tiene un servicio de transporte público a diario.

En el ámbito sanitario, cuenta con una Sala de Primeros Auxilios, con servicio de enfermería de Lunes a Sábados de 7:00 a 19:00hs, la presencia de una médica clínica proveniente de Pasteur los días Martes de 8:00 a 10:00hs y con una ambulancia preparada para llevar pacientes al hospital Dr. Felipe Peláez en la ciudad de Ameghino. La falta de servicios especializados, entre ellos la kinesiología, es un elemento ausente. Surge entonces el interrogante sobre como logran llegar a una atención kinésica en situaciones que las necesiten. La directora de salud del partido, comenta que *“en el caso específico de Kinesiología, por tratarse de una especialidad que demanda un tratamiento prolongado en el tiempo, la falta de un kinesiólogo en el pueblo puede ser una barrera para que la gente, porque se cansa de viajar, abandone los tratamientos. También creo que, específicamente en kinesiología, hay un desconocimiento sobre su alcance y beneficios. No estoy en condiciones de afirmar que sea algo cultural, yo considero que se trata más de desconocimiento.”*¹⁰

El objetivo del estudio fue describir el acceso a la atención de salud y a los servicios de kinesiología de pacientes de Porvenir con motivo de consulta de dolores o lesiones osteomusculares en los últimos 5 años, conocer las dificultades que debieron atravesar para llegar a un diagnóstico y resolución de esa patología. Describir quienes pudieron acceder a los servicios kinésicos e identificar qué factores limitaron con el acceso a este.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de diseño cuantitativo-cualitativo, transversal, retrospectivo. Se realizaron entrevistas a los habitantes de Porvenir y a ciertos individuos que residen en los campos

cercanos a la localidad. Las mismas fueron realizadas a través de encuestas semiestructuradas, asistiendo vivienda por vivienda de manera personal y posterior explicación acerca del estudio y solicitando firma de consentimiento informado, se procedió a encuestar los datos. Previamente, junto a la colaboración de una de las enfermeras que trabaja en la Sala de Primeros Auxilios, se realizó un relevamiento general con el objetivo de identificar la cantidad de pacientes que podrían ingresar en la muestra. De un total de 100 entrevistas, 68 fueron las personas encuestadas que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales eran padecer o haber padecido en los últimos 5 años algún dolor o lesión osteomuscular y haber consultado por la misma, quedando excluidos quienes no hayan presentado un diagnóstico médico o pasado el plazo establecido. Los participantes se mostraron muy colaboradores al momento de responder las preguntas y no se presentaron inconvenientes. En los casos de niños, fueron los padres quienes consintieron responder y facilitar los datos necesarios para completar el cuestionario. La recopilación de datos se realizó entre Julio y Agosto de 2018 y los resultados fueron volcados a una planilla de Excel para su posterior análisis. El cuestionario junto al consentimiento puede observarse en el Anexo N°2.

Esta investigación fue aprobada por el comité de bioética de la Fundación Barceló.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra pueden observarse en el Anexo 3.

Los principales sitios anatómicos de motivos de consulta fueron de zona lumbar (22%), de mano y muñeca (16%); de rodilla (13%) y de hombro (10%). Entre las lesiones se encontraron lumbalgias (22%), fracturas (22%), dolores reumáticos (16%), esguinces (10%), tendinopatías (9%), luxaciones (9%), cervicalgias (5%) y otras lesiones (7%).

La localidad de la primera consulta fue variada. El 28% la realizó en Ameghino, que dista a 41 km de Porvenir; el 21% en Lincoln ubicado a 73 km; 13% en Porvenir, 12% en Pasteur que está a 22 km; 10 % en Junín, más lejos, a 135 km; 9% en General Pinto que se sitúa a 41 km, 4 % en Roberts a 35 km y un 1% tanto para Coronel Granada como Vedia. Los recorridos principales pueden apreciarse en el Anexo 1. Por su parte, el sector público recibió el 62% de los pacientes dejando el 38% al sector privado. Para ello, los pacientes se movilizaron el

52% en su propio medio de transporte, un 26% en ambulancia, un 19% en un medio de transporte ajeno y el 3% restante caminando. El profesional que atendió en esta consulta en el 56% de los casos fue un médico generalista, en un 32% un traumatólogo, en un 6% una enfermera y otros profesionales de salud como pediatras, neurólogos, reumatólogos o radiólogos en el 1%.

De los 68 pacientes, el 57% necesitó ser derivado y el traumatólogo fue a quien más solicitaron (72%), seguido por el médico generalista (10%), el reumatólogo (5%) y otros profesionales en menor cantidad. Las ciudades a las que asistieron estos pacientes fueron Lincoln (41%), Junín (38%), Ameghino (18%) y General Pinto (3%). En esta oportunidad, fueron los centros privados los que recibieron más pacientes (67%).

En cuanto a la atención médica, en un 82% de los casos se suministraron medicamentos, en un 84% se solicitaron estudios complementarios, un 21% de los damnificados necesitaron cirugía al igual que un 21% que necesitaron inmovilización durante algún tiempo.

El servicio de kinesiología fue sugerido en el 63% de los casos, lo que equivale a 43 pacientes. De ellos, el 60% realizó un tratamiento kinésico mientras que el restante 40% no realizó por causas que ellos mismos describieron y son: la falta de profesionales (46%) y las dificultades en el transporte (38%), quedando en segundo plano no considerar el servicio necesario (13%) y el no conocimiento del mismo (4%). Dificultades en transporte abarcó aquellas personas que contestaron que no podían viajar porque no tenían en qué hacerlo, o quienes podían hacerlo pero les demandaba mucho tiempo y/o dinero; y la falta de profesionales comprendió a quienes respondieron que no hay kinesiólogos en Porvenir. Por otro lado, 6 personas (35%) que no pudieron realizar el tratamiento kinésico comentaron que les hubiera gustado poder acceder a él. Además, hubo 2 pacientes que a pesar de no haber sido sugerido, decidieron iniciar un tratamiento rehabilitador.

Al momento del cuestionario, de los 28 pacientes que asistieron a kinesiología, 17 personas (61%) completaron su tratamiento, 3 (11%) se encontraban en tratamiento, y 8 personas (28%) abandonaron el tratamiento sin haber completado la mitad del mismo. Entre las causas de este último aparecen nuevamente las dificultades para el transporte (para 4 individuos), el alivio del dolor (en 2 personas) y no considerar necesario seguir recibiendo la atención kinésica (2 personas).

Ahora bien, quienes realizaron kinesiología, calificaron como “bueno” el servicio en un 60% de los casos, “muy bueno” en un 18% y “regular” en un 22%. Lo cierto es que los lugares de atención kinésica fueron muy variados, ya que se repartieron en: Pasteur (19%), Lincoln (19%), General Pinto (15%), Roberts (15%), Ameghino (11%), Junín (7%), Granada (4%) y un 11% asistió a más de una ciudad de las antes mencionadas. Otro dato es que el 81% de las prestaciones se dieron en consultorios privados. A la hora de pagar, los pacientes debieron hacerse cargo de sus sesiones en un 55%, la obra social los cubrió en un 15%, la ART en un 11% al igual que las prepagas, y en un 7% compartieron gastos tanto el paciente como la obra social.

Una circunstancia para destacar es que 4 personas de las entrevistadas refirieron que el transporte en el camino de tierra aumentó la sintomatología dolorosa. Otro detalle es que 5 pacientes asistieron a una “masajista”, y en algunas de esas ocasiones esa masajista fue una de las enfermeras del pueblo.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados y a pesar de las múltiples diferencias que pueden existir con otros puntos geográficos, las barreras para proporcionar servicios de atención de salud en Porvenir incluyeron el transporte, el tiempo de viaje y el personal limitado al igual que lo han demostrado estudios en otros países como en Australia¹² o en Canadá¹³. Simon Deslauriers y sus colegas¹⁴ en su estudio realizado en la provincia de Quebec, Canadá, comentaron que el acceso a los servicios de fisioterapia financiados con fondos públicos se vio comprometido por los largos tiempos de espera y la limitada disponibilidad de recursos en muchos países del mundo. De esta forma, las decisiones sobre la asignación de recursos pueden crear disparidades geográficas en la provisión y el acceso a los servicios. El hecho de que los servicios kinésicos hayan sido mayoritariamente privado acentuó esta inequidad en el acceso. Tener en cuenta que en Porvenir, el 81% de los pacientes asistieron a consultorios privados.

Por otro lado, no es llamativo que la ciudad de atención de la primera consulta haya sido Florentino Ameghino, ya que en ella se encuentra el hospital de cabecera, y es el sitio al que se acude ante una urgencia. Lincoln se ubicó en segundo lugar, pero aquí se practicaron la mayoría de las consultas privadas. La disparidad de los sitios de atención kinésica habla de la falta de un sitio de referencia para los habitantes de Porvenir. Esto puede estar dado porque

los kinesiólogos migran por distintas localidades y no siempre permanecen en un mismo territorio dependiendo de sus preferencias o motivaciones. Si ejercen su profesión en dichas áreas geográficas, es probable que se vean sometidos a realizar una práctica más generalista y atendiendo a todas las edades. Al mismo tiempo, esta condición, parece estar asociada a una menor satisfacción laboral⁵. O quizás se debe a que los kinesiólogos no estén preparados para recibir a todos los pacientes de acuerdo a las patologías que estos presentan, y esto está contemplado en estudios que reportaron capacidades limitadas para los fisioterapeutas de áreas rurales⁸.

Respecto a la prescripción de kinesiología, puede que algún médico no la haya prescrito o no lo vaya a hacer en un futuro porque cree que el paciente en ese contexto no la podrá realizar, sabiendo que sería beneficioso él. También hay que considerar el criterio del médico que evalúa cada paciente y está claro que no siempre es necesario iniciar un tratamiento rehabilitador. Aun así, uno de los pacientes de Porvenir, que asistió a un traumatólogo en Lincoln, refirió que a ese profesional no le gusta indicar kinesiología sin importar el tipo de lesión. Esta es también una circunstancia desfavorable a la hora de la resolución de la patología de los pacientes y al acceso a la atención kinésica.

Una pequeña parte de los participantes “confesaron” haber recibido masajes por parte de una de las enfermeras. El uso de las comillas es para aludir que quienes fueron pacientes lo dijeron con cautela, entendiendo que es una práctica realizada por el personal inadecuado, pero que a ellos les fue útil. La enfermera en su afán de ayudar a los habitantes de la población, asume otros roles a los que no siempre está capacitada o no le corresponden. Por otro lado cumplen un rol importante al ayudar a los pacientes a acceder al sistema sanitario y su compromiso social¹⁵⁻¹⁶. Esto es más notorio en el caso de personas mayores o de escasos recursos.

Una revisión sistémica que incluyó veinticuatro investigaciones¹⁷ acerca de la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en trabajadores rurales, demostró que el dolor lumbar es la afección más común, seguida por las lesiones en miembro superior y luego por las de miembro inferior, tal como se encontró en Porvenir donde el dolor lumbar fue el principal motivo de consulta, quedando también en segundo lugar las lesiones en muñeca, mano y hombro. Estas lesiones podrían atribuirse a que el trabajo agrícola consiste en actividades físicas extenuantes y altos niveles de trabajo manual. Algunos de los factores de riesgo más

frecuentes son levantar y transportar cargas pesadas, trabajar con el tronco flexionado y la exposición a la vibración de todo el cuerpo¹⁸⁻¹⁹. Por su parte, un estudio realizado en la India²⁰ señaló una alta prevalencia de dolor lumbar en las amas de casas rurales, mientras que en las entrevistadas en esta muestra, los motivos de consulta de las mismas fueron variados. Un ya mencionado estudio canadiense¹⁴, expone también que la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos es alta, espera que aumente en la próxima década y remarca los beneficios de la atención temprana con fisioterapia.

Por su parte, algunos estudios expusieron la necesidad de intervenciones para reducir los factores de riesgo de trastornos musculoesqueléticos, mejorar la salud de trabajadores rurales y reducir potenciales incapacidades¹⁹⁻²¹. Una alternativa para acercar los servicios de fisioterapia a zonas rurales es el uso de la telerehabilitación, definida como la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) para poder realizar acciones de rehabilitación a distancia²². Hay investigaciones que demostraron eficacia clínica en lesiones no articulares de miembros inferiores²³, o que consiguió ser aplicada en la evaluación de dolores lumbares²⁴. Incluso una revisión sistemática, concluyó que la telerehabilitación en tiempo real para el tratamiento de afecciones musculoesqueléticas es efectiva en la mejora de la función física o en el alivio del dolor²⁵. De todos modos, conjuntamente con la posición que adopten quienes toman decisiones y la disponibilidad de recursos, se necesita seguir avanzando en la búsqueda de evidencia sobre esta posibilidad.

Limitaciones

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, un estudio transversal proporciona datos de solo un punto específico en el tiempo; por lo tanto, no podemos conocer si en otros periodos de tiempo los resultados pudieron haber sido similares. Tampoco tuvo en cuenta la calidad de vida de las personas que sufrieron lesiones, no obteniendo información acerca de la existencia o no de secuelas independientemente de haber asistido o no a un servicio de rehabilitación.

En segundo lugar, se llevó a cabo en una comunidad determinada. Los resultados pueden no ser aplicables a otras poblaciones rurales, aunque podría inferirse que se obtendrían resultados similares en pequeñas comunidades rurales. También es posible que los resultados no se apliquen a otras disciplinas de la salud y que entren en juego diferentes factores para

cada una de ellas. En otro orden de ideas, es escasa la información acerca de esta temática a nivel nacional, por lo que resultados de otras investigaciones, que pueden coincidir o no, son llevadas a cabo en otros países donde las políticas de estado, recursos u otros tipos de variables, como las culturales o sociodemográficas pueden incidir.

CONCLUSIONES

De un total de 68 pacientes, el servicio kinésico fue sugerido en el 63% de los casos, es decir, a 43 pacientes. De ellos, el 60% realizó un tratamiento kinésico mientras que el restante 40% no asistió al mismo, sumado al 28% de los que iniciaron la terapia y no la finalizaron sin siquiera haber completado la mitad de la misma. La falta de profesionales y las dificultades para el transporte son las principales barreras a las que se enfrentaron los habitantes de Porvenir al momento de recibir atención kinésica. La primera comprendió a quienes respondieron que en el pueblo no hay kinesiólogos y la segunda abarcó aquellas personas que contestaron que no podían viajar porque no tenían en que hacerlo o quienes podían hacerlo pero les demandaba mucho tiempo y/o dinero. Quienes asistieron a un servicio kinésico, en general, quedaron conformes y un porcentaje de quienes no pudieron iniciar el tratamiento rehabilitador manifestaron su deseo de concurrir a sesiones de kinesiología.

La localización geográfica desfavoreció tanto al personal sanitario como a los individuos que residen en Porvenir debido a la carencia de rutas, las distancias y la demanda de tiempos. No obstante, hay que destacar que los pacientes lograron alcanzar al médico generalista o al traumatólogo dependiendo sus necesidades y realizar la consulta correspondiente, atravesando las dificultades ya mencionadas. Para esto, los pacientes necesitaron movilizarse el 52% en su propio medio de transporte, un 26% en ambulancia, que cumple un rol importante en las emergencias y en aquellos habitantes de menores recursos, un 19% necesitó de un medio de transporte ajeno y el 3% restante lo hizo caminando.

Por último, este estudio puede proporcionar datos sobre el estado de salud actual y del pasado cercano, con el objetivo de proporcionar una base científica para desarrollar intervenciones de afrontamiento y estrategias preventivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medline. Salud Rural. [Citado 14 Sep 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ruralhealthconcerns.html>
2. OIT. [Internet]. Más de la mitad de la población rural en el mundo está excluida de la atención médica. 2015 [Citado 12 Sep 2018]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_363191/lang--es/index.htm
3. OMS. [Internet] Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. 2011 [Citado 12 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44538>
4. Damaris Meza Lorca. Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales de Chiloé. [Internet]. 2016 [Citado 12 Sep 2018]. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/482/Tesis_Damaris%20Meza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Daniels ZM, Vanleit BJ, Skipper BJ, Sanders ML, Rhyne RL. Factors in recruiting and retaining health professionals for rural practice. *J. Rural Health* [Internet]. 2007 [Citado 13 Sep 2018]. 23: 62–67. Disponible en: <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2006.00069.x>
6. Anderson TJ, Saman DM, Lipsky MS, Lutfiyya MN. A cross-sectional study on health differences between rural and non-rural U.S. counties using the County Health Rankings. *BMC*. [Internet]. 2015 [Citado 28 Sep 2018];15:441. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26423746&lang=es&site=eds-live&scope=site>
7. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health* [Internet]. 2015 [Citado 28 Sep 2018]. doi: 129.10.1016/j.puhe.2015.04.001.
8. Adams R, Jones A, Lefmann S, Sheppard L. Rationing is a reality in rural physiotherapy: a qualitative exploration of service level decision-making. *BMC*. 2015 [Citado 28 Sep 2018];15:121. doi:10.1186/s12913-015-0786-3.
9. Allan R, Williamson P, Kulu H. Unravelling urban-rural health disparities in England. *Population, Space and Place* [Internet]. 2017 [citado 20 Sep 2018];(8). Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.513557547&lang=es&site=eds-live&scope=site>

10. Comunicación personal con María de las Nieves Foresi, Directora de Salud del partido de Florentino Ameghino.
11. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010.
12. Kingston G A, Williams G, Judd J, Gray M A. Hand Therapy for Rural and Remote Residents. *Aust J Rural Health* [Internet]. 2015 [citado 25 Sep 2018];23: 112-121. doi:10.1111/ajr.12141
13. Bath B, Gabrush J, Fritzler R, et al. Mapping the Physiotherapy Profession in Saskatchewan: Examining Rural versus Urban Practice Patterns. *Physiotherapy Canada* [Internet]. 2015 [citado 25 Sep 2018];67(3):221-231. doi:10.3138/ptc.2014-53.
14. Deslauriers S, Raymond M-H, Laliberté M, et al. Variations in demand and provision for publicly funded outpatient musculoskeletal physiotherapy services across Quebec, Canada. [Resumen] *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2017 [citado 26 Sep 2018];23:1489-1497. <https://doi.org/10.1111/jep.12838>
15. Fape.org.ar [Internet] Ginebra, 2018 [citado 12 Sep 2018] Disponible en: <http://www.fape.org.ar/las-enfermeras-son-fundamentales-para-ayudar-a-las-mujeres-de-las-zonas-rurales-a-acceder-a-servicios-de-salud-segun-el-consejo-internacional-de-enfermeras/>
16. Marilaf CM, Alarcón M, Ana M, Illesca P. Rol del enfermero en la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2011 [citado 10 Oct 2018]; 17(2): 111-118. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200012&lng=es.
17. Osborne A, Blake C, Fullen B M, Meredith D, Phelan, J, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders among farmers: A systematic review. *Am. J. Ind. Med* [Internet]. 2012 [citado 11 Oct 2018]; 55: 143-158. Disponible en: <http://doi:10.1002/ajim.21033>
18. Jo H, Baek S, Park HW, et al. Farmers' Cohort for Agricultural Work-Related Musculoskeletal Disorders (FARM) Study: Study Design, Methods, and Baseline Characteristics of Enrolled Subjects. *J Epidemiol* [Internet]. 2016 [citado 11 Oct 2018]; 26(1):50-6. Disponible en: <http://doi.org/10.2188/jea.JE20140271>

19. Min D, Baek S, Park HW, et al. Prevalence and Characteristics of Musculoskeletal Pain in Korean Farmers. *Ann Rehabil Med.* [Internet]. 2016 [citado 6 Nov 2018];40(1):1-13. Disponible en: doi: 10.5535/arm.2016.40.1.1.
20. Gupta G, Nandini N. Prevalence of low back pain in non-working rural housewives of Kampur, India. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 2015 [citado 6 Nov 2018];28(2):313–320. Disponible en: doi: 10.13075/ijomeh.1896.00299
21. Davis K G, Kotowski S E. Understanding the ergonomic risk for musculoskeletal disorders in the united agricultural sector. [Resumen] *Am. J. Ind. Med.* [Internet]. 2007 [citado 10 Oct 2018], 50: 501-511. Disponible en: <http://doi.org/10.1002/ajim.20479>
22. Yunda L, Gomez LF, Rodríguez S, Millán R, Tobar M. Plataforma Web para un nuevo modelo de telerehabilitación, de base comunal, en áreas rurales. *S&T* [Internet]. 2011 [citado 20 Oct 2018]; 9(19), 55-67.
23. Russell T, Truter P, Blumke R, Richardson B. The Diagnostic Accuracy of Telerehabilitation for Nonarticular Lower-Limb Musculoskeletal Disorders. *Telemedicine and e-Health* [Internet]. 2010 [citado 20 Oct 2018] Disponible en: <http://doi.org/10.1089/tmj.2009.0163>
24. Piers T, Russell T, Fary R. The Validity of Physical Therapy Assessment of Low Back Pain via Telerehabilitation in a Clinical Setting. [Resumen] *Telemedicine and e-Health.* [Internet]. 2014 [citado 29 Oct 2018]. Disponible en: <http://doi.org/10.1089/tmj.2013.0088>
25. Cottrell MA, Galea OA, O’Leary SP, Hill AJ, Russell T. Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. [Resumen] *Clin. Rehabil* [Internet]. 2016 [citado 29 Oct 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269215516645148>

ANEXO 1. Localización geográfica de Porvenir.



Principales destinos para la atención médica y kinésica.



ANEXO 2. Consentimiento informado y cuestionario.

Usted está siendo invitado a participar de una investigación acerca del acceso al sistema de salud y servicios de kinesiología en Porvenir, llevada a cabo por Santiago Gabriel Lopez, estudiante de Kinesiología y Fisiatría en la Fundación Barceló. Esta investigación incluirá solo un cuestionario. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y los datos obtenidos serán privados y confidenciales. Luego de haber sido aclaradas todas sus dudas y en caso de aceptar, deberá firmar al final del documento.

1. Nombre y apellido:
2. Edad:
3. Sexo:
4. Ocupación:
5. Nivel educativo máximo alcanzado:
 - a. Primario Incompleto
 - b. Primario completo
 - c. Secundario Incompleto
 - d. Secundario Completo
 - e. Universitario o Terciario Incompleto
 - f. Universitario o Terciario Completo
 - g. Superior a Universitario o Terciario Completo
6. Su atención médica (cobertura médica) es a través de:
 - a. Obra social
 - b. Medicina prepaga
 - c. Sistema Público
 - d. Otro, ¿cuál?:
7. ¿Presentó durante los últimos 5 años algún dolor que le haya afectado en su vida cotidiana (impidiéndole trabajar, concurrir al colegio, salir a pasear, etc.)?
SI / NO
8. ¿Realizó alguna consulta por ese dolor? Por ejemplo: dolor lumbar o cervical, fracturas, luxaciones, esguinces, dolores reumáticos (artrosis):
SI / NO
9. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dieron? Especificar:

10. ¿Cuál fue el primer lugar dónde asistió al inicio de la patología?
- a. Sala de primeros auxilios de Porvenir
 - b. Hospital de cabecera
 - c. Hospital público -> ¿Dónde?
 - d. Centro o clínica privada -> ¿Donde?
 - e. Otro (¿cuál?):
11. ¿Quién lo atendió en esta primera consulta?
- a. Enfermera/o
 - b. Médico clínico
 - c. Traumatólogo
 - d. Otro (¿cuál?):
12. ¿Lo derivaron posteriormente a otro centro de salud? **SI / NO**
13. ¿A dónde lo derivaron?
- a. Hospital publico
 - b. Clínica privada
14. ¿En qué ciudad se encuentra este centro de salud al cual lo derivaron?:
15. A completar por el investigador: km de distancia al lugar de la derivación:
16. ¿Quién lo atendió en el centro al que fue derivado?
- a. Enfermera/o
 - b. Médico clínico
 - c. Traumatólogo
 - d. Otro:
17. ¿Cómo se movilizó hasta el primer lugar donde lo atendieron?
- a. Ambulancia
 - b. Medio de transporte propio
 - c. Medio de transporte público
 - d. Medio de transporte ajeno
 - e. Caminando
 - f. Otro:
18. ¿En qué consistió dicha atención? (puede marcar más de 1)
- a. Valoración clínica

- b. Medicamentos
- c. Estudios complementarios
- d. Derivación a especialista (¿a cuál?)
- e. Cirugía
- f. Otro

19. ¿Le sugirieron tratamiento kinésico/kinesiología?

- a. Sí
- b. No

20. **NO realizó kinesiología, ¿Por qué?**

- | | |
|-------------------------------|---|
| a. Dificultades de transporte | g. No le interesa |
| b. Falta de tiempo disponible | h. No lo considera necesario |
| c. Recursos económicos | i. No le cubría la cobertura y debía costearlo por sus propios medios |
| d. Falta de profesionales | j. Otro (¿cuál?) |
| e. No se lo indicaron | k. Optó por otro tratamiento. ¿Cual? |
| f. No conoce el servicio | |

21. **SI, realizó kinesiología:**

- | | |
|---|--|
| a. <u>¿Cómo fue su experiencia?</u> | iii. Recursos económicos |
| i. Muy buena | iv. No lo consideró/a necesario |
| ii. Buena | v. Optó por otro tratamiento. ¿Cual?: |
| iii. Regular | c. <u>¿Dónde realizó el tratamiento?</u> |
| iv. Mala | Ciudad: |
| v. Muy mala | Hospital / Consultorio Privado |
| b. <u>¿Completó el tratamiento? SI / NO.</u>
<u>¿Porque?</u> | d. <u>¿Quién pagó?</u> |
| i. Dificultades de transporte | i. Obra social |
| ii. Falta de tiempo disponible | ii. Prepaga |
| | iii. Particular |

Observaciones:

Firma:

ANEXO 3. Características sociodemográficas de la muestra.

Rango de edades						
Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<15	0	0%	5	7%	5	7%
16-30	4	6%	9	13%	13	19%
31 - 45	4	6%	8	12%	12	18%
46-60	7	10%	10	15%	17	25%
61-75	7	10%	8	12%	15	22%
>76	2	3%	4	6%	6	9%
Total	24	35%	44	65%	68	100%

Nivel educativo máximo alcanzado	N	Porcentaje
Primario Incompleto	11	16%
Primario Completo	29	43%
Secundario Incompleto	8	12%
Secundario Completo	14	21%
Universitario o Terciario Incompleto	4	6%
Universitario o Terciario Completo	2	3%
Total	68	100%

Cobertura médica	N	Porcentaje
Obra social	51	75%
Prepaga	11	16%
Ninguna	6	9%
Total	68	100%

Ocupaciones	N	Porcentaje
Jubilados	13	19%
Amas de casa	9	13%
Estudiantes	9	13%
Empleados rurales	8	12%
Contratistas rurales	4	6%
Agricultores	3	4%
Choferes	3	4%
Empleados municipales	3	4%
Comerciantes	3	4%

Ocupaciones	N	Porcentaje
Porteras	3	4%
Molineros	2	3%
Docentes	2	3%
Desocupados	1	1%
Delegados	1	1%
Peluqueras	1	1%
Modistas	1	1%
Empleadas domesticas	1	1%
Total	67	100%

*no figura un bebé.