

KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DEL PARAGUAY

Lelis Morales-Clemotte¹, Adriana Edith Vallovera¹

¹Carrera de Fisioterapia y Kinesiología (Asunción), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Paraguay

RESUMEN

La atención sanitaria en Paraguay se organiza en 4 niveles, los establecimientos del sector público son: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Universidad Nacional de Asunción a través del Hospital de Clínicas, donde se desempeñan los kinesiólogos/fisioterapeutas. En el sector público, también se encuentra, la Secretaria Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS), cuya dependencia no corresponde al MSPBS. Para la Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT) las funciones del fisioterapeuta son: la promoción, prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación de los pacientes, funciones establecidas en todos los niveles de atención en salud; del mismo modo, la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior describe que dentro de su autonomía es capaz de trabajar en todos los niveles de atención en salud. Hasta agosto de 2021, en el MSPBS se

registran 4800 profesionales, distribuidos de todos los rincones del país. Entre los establecimientos públicos se desempeñan 615 kinesiólogos/fisioterapeutas. A fin de conocer la participación de kinesiología y fisioterapia en los niveles de atención en salud en establecimientos públicos del Paraguay se realizó una revisión bibliográfica y análisis documental, arrojando los siguientes resultados: teniendo en cuenta el contexto sanitario del sector público en Paraguay, así como los niveles de atención en salud establecidos por el MSPBS, la participación de kinesiología y fisioterapia se evidencia en los niveles II, III y IV, no así en el nivel I.

Palabras claves: kinesiología y fisioterapia, Paraguay, niveles de atención en salud, atención primaria de salud, establecimientos de salud.

ABSTRACT

Health care in Paraguay is organized in 4 levels, the public sector establishments are: the Ministry of Public Health and Social Welfare (MSPBS), the Military Health, the Police Health, the Social Security Institute (IPS) and the National University of Asunción through the Hospital de Clínicas, where kinesiologists / physiotherapists work. In the public sector, there is also the National Secretariat for the Human Rights of Persons with Disabilities (SENADIS), whose dependency does not correspond to the MSPBS. For the World Confederation of Physical Therapy (WCPT) the functions of the physiotherapist are: the promotion, prevention, treatment, habilitation and rehabilitation of patients, functions established at all levels of health care; in the same way, the National Agency for the Evaluation and Accreditation of Higher Education, describes that within its autonomy it is capable of working at all levels of health care. Until August 2021, the MSPBS registered 4,800 professionals, distributed from all corners of the country. Among the public establishments, 615 physiotherapists / kinesiologists work. In order to know the participation of Kinesiology and Physiotherapy in the levels of health care in public establishments in Paraguay, a bibliographic review and documentary

analysis was carried out, yielding the following results: Taking into account the health context of the public sector in Paraguay, as well as levels of health care established by the MSPBS, the participation of kinesiology and physical therapy is evidenced in levels II, III and IV, but not in level I.

Keywords: kinesiology and physiotherapy, Paraguay, levels of health care, primary health care, health establishments.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud paraguayo se inserta en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores (1,2). Dentro del sistema nacional de salud, en el subsector público, se encuentran los siguientes establecimientos de salud: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Universidad Nacional de Asunción (UNA) a través del Hospital de Clínicas (3). Establecimientos donde ejercen funciones los kinesiólogos/fisioterapeutas.

Respecto a la cobertura sanitaria universal, la rehabilitación es una parte esencial junto con la promoción, prevención, tratamiento y los cuidados paliativos. Asimismo, se prevé que la necesidad de rehabilitación aumente en todo el mundo debido a los cambios en la salud y las características de la población (4).

El estudio describe el sistema sanitario del país, define el perfil del kinesiólogo/fisioterapeuta, y conceptualiza los niveles de atención, la atención primaria en salud además de su relación con la profesión. Del mismo modo, se menciona la situación internacional de la fisioterapia en los distintos niveles de atención, así como en la atención primaria. La investigación busca conocer la participación de la kinesiólogía y fisioterapia

en los niveles de atención en salud en establecimientos públicos del Paraguay.

CONTEXTUALIZACIÓN

Paraguay es una república unitaria y descentralizada, con una división política y administrativa organizada en 17 departamentos y 18 regiones sanitarias, incluida la capital Asunción y 249 municipios (5). Su población al año 2021 es de 7.353.038 habitantes, donde son 50.4% hombres y 49.6%, mujeres (6).

Cabe mencionar que el sistema de salud paraguayo se inserta en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores, con ajustes organizacionales al sistema, incorporando a través de la Ley 1032/96. La seguridad social cubre alrededor del 17% de ciudadanos, considerado el más bajo de la región, y el subsistema privado no sobrepasa el 7% (1,2,7).

En cuanto a la atención sanitaria según su complejidad, se organiza en niveles de atención. El puesto de salud o la unidad de salud familiar se encuentra en el primer nivel de atención. A su vez el centro de salud según su complejidad se ubica en el primero o segundo nivel. Asimismo el hospital distrital se localiza en el segundo nivel de atención. Del mismo modo, el hospital general regional se halla en el tercer nivel. Así también, el hospital general nacional de alta complejidad en el tercer nivel y los hospitales especializados en el cuarto nivel también de alta complejidad (8).

En tanto, el sistema de salud nacional se caracteriza por su segmentación en los sectores público estatal, público no estatal, privado y mixto (9). Dentro del sistema, en el subsector público, se encuentran los siguientes establecimientos de salud: el MSPBS con la función de prestación de

servicios, la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, el IPS y la UNA a través del Hospital de Clínicas. Por otro lado, en la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS), institución dependiente del sector público, se encuentran cumpliendo funciones los kinesiólogos/fisioterapeutas (10,11).

La SENADIS tiene la misión de rector de políticas públicas en el ámbito de la discapacidad, para la promoción, observancia y defensa de las personas con discapacidad y su entorno, con enfoque de derechos (12), la misma cuenta con 6 filiales donde se encuentran trabajando 47 kinesiólogos/fisioterapeutas (13).

La Confederación Mundial de Terapia Física (WCPT), reconoce la fisioterapia como una profesión autónoma (14) cuya función es ayudar a las personas a maximizar su calidad de vida, observando el bienestar físico, psicológico, emocional y social. Actúa en la promoción, prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación de los pacientes, funciones correspondientes a todos los niveles de atención en salud (15). Por tanto, la fisioterapia no sólo abarca el nivel individual, sino que, en los planos familiar y comunitario, y a lo largo del ciclo vital de la persona (16).

De igual manera, la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES), define al profesional kinesiólogo/fisioterapeuta como un universitario (...) capaz de trabajar en todos los niveles de gestión, administración y atención de la salud. El perfil de egreso describe que su formación se centra en el mejoramiento de la calidad de vida, interviniendo sobre los individuos y sus comunidades (17).

En Paraguay, hasta agosto del 2021, en el MSPBS se encuentran registrados 4800 profesionales universitarios, distribuidos en todos los rincones del país. De los cuales, 256 profesionales se desempeñan en instituciones dependientes del MSPBS; 305 en el IPS; 47, en la SENADIS; y 54 en el Hospital de Clínicas que sirve a la Universidad Nacional de Asunción (13, 18-20).

CONCEPTUALIZACIÓN

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Estas necesidades no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en los problemas de salud que se resuelven (21).

El primer nivel es el más cercano a la población. Su organización y recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes que pueden ser resueltas con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (21).

Según el manual de organización de servicios en salud del MSPBS, se encuentra cuatro niveles de atención, ubicándose la unidad de salud familiar en el nivel 1; el hospital distrital en el nivel 2; el hospital general, regional y nacional en el nivel 3 y finalmente los hospitales especializados, hospitales materno-infantiles e institutos nacionales en el nivel 4 (22).

Respecto a la atención primaria de la salud (APS), es un enfoque general que abarca tres aspectos: política y acción multisectoriales; empoderar a las personas, familias y comunidades; y satisfacer las necesidades de salud esenciales de las personas a lo largo de su vida (23). APS no debe confundirse con primer nivel de atención o con servicios básicos de salud. Sus elementos incluyen: programas dirigidos a poblaciones especiales, programas para la salud general y programas para la prevención, protección y control de enfermedades (24).

Por otro lado, el documento Alma Ata en 1978, propicia cuatro funciones prioritarias en APS: programa ampliado de inmunizaciones, control de enfermedades endémicas, cuidados nutricionales y educación para la salud. Por ende, la APS no solo puede verse como un servicio básico de salud, sino como la movilización de los recursos disponibles en casa país para responder a las necesidades de toda la población, con espíritu de equidad y justicia social (24, 25).

Asimismo, la prevención se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998) (26). En efecto, la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la OMS, así también la garantía a la equidad no implica necesariamente que todos deban tener acceso a todo en todo momento (27,28).

En tanto, las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles: prevención primaria son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978). Prevención secundaria, destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente, significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Y prevención terciaria es aquella acción relativa a la recuperación *ad integrum* de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas (21).

Siguiendo la misma línea, etimológicamente, kinesiología significa estudio del movimiento, la disciplina aplica la kinesioterapia, la kinefilaxia y la fisioterapia (29,30), aspectos que abarcan gran aporte hacia la prevención, promoción y tratamiento, presente en los conceptos antes mencionados.

Es importante conocer los conceptos de atención primaria de salud, atención primaria y primer nivel de atención son frecuentemente confundidos y empleados como sinónimos. El primer concepto se aproxima a una política de salud mientras que el segundo debe ser asociado a un modelo de atención; en tanto que el último corresponde a un nivel asistencial del sistema de salud (31).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica y análisis documental, utilizando el portal del Centro de Información Científica del CONACYT (CICCO), ScieLo, MEDLINE, Elsevier y Google Scholar. Además de la página web del Ministerio de Salud Pública del Paraguay y de la Asociación de Kinesiólogos y Fisioterapeutas del Paraguay. Las palabras clave utilizadas fueron: “kinesiología”, “fisioterapia”, “niveles de atención en salud”, “atención primaria en salud”, “Fisioterapia Paraguay”, “kinesiología preventiva”, “fisioterapia comunitaria”. Entre los criterios de inclusión se utilizó artículos de los últimos 15 años de publicación.

RESULTADOS

A continuación, se detallan los servicios que incluyen rehabilitación física y fisioterapia, teniendo en cuenta la edad, niveles de atención y complejidad del MSPBS: Para los individuos de 0 a 9 años, la rehabilitación física y psicosocial se encuentra en el segundo, tercer nivel. Para las personas de 10 a 19 años describe fisioterapia desde el segundo al cuarto nivel. Aquellos de 15 a 49 años no evidencia el servicio de fisioterapia. Finalmente, para las personas de 31 a 64 y más menciona fisioterapia y rehabilitación de forma ambulatoria en los niveles dos al cuatro (32).

Cabe mencionar que, si bien la figura del kinesiólogo/fisioterapeuta en APS no se visualiza en la estructura organizacional o manual de funciones del sector público, no obstante, los profesionales se desenvuelven en todos los niveles de atención.

Dado que la APS representa el primer nivel de contacto con el individuo, familia o comunidad, y aludiendo la Ley 6346/2019 del ejercicio profesional, en sus artículos 4 y 5, establece que el fisioterapeuta dentro de su autonomía podrá intervenir sin necesidad de derivación de otro profesional de salud. Del mismo modo, el ejercicio profesional permite su actuar en la prevención de las enfermedades y la conservación y promoción y educación de la salud (33). Acciones no encontradas en los documentos nacionales investigados, respecto a APS y nivel uno de atención.

Del mismo modo, en los programas de salud dependientes de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles, como prevención cardiovascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer, no se describe la intervención de la kinesiología y fisioterapia respecto al prevención, resaltando de esta forma la falta de participación en lo relacionado al nivel uno (34).

DISCUSIÓN

Destacando a la kinesiología como ciencia del movimiento, siendo uno de sus pilares la kinefilaxia, que significa prevención mediante el movimiento corporal (35), observamos que, en Paraguay, en la cartera de servicios ofrecidos por el MSPBS, no evidencia su participación en el nivel uno de atención (32); cabe mencionar que el objetivo de este nivel es prestar servicio de atención lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas desde una perspectiva psicosocial (36). En cambio, en Brasil, en el 2006 fue publicado la Política Nacional de Atención Básica, ampliándose

su cobertura y alcance en el 2008 mediante el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar, donde se inserta el fisioterapeuta (37).

Por otro lado, en la Argentina, por Decreto N° 908 de fecha 2 de agosto de 2016, se aprueban las finalidades para la estrategia de Cobertura Universal de Salud donde se encuentra la política de APS. En el 2018 se establece la estrategia de salud familiar y comunitaria, de esta forma se conforma el equipo conformado por: un médico, un enfermero y agentes o promotores sanitarios, también se podrá conformar cada dos equipos nucleares, integrados por trabajador social, psicólogo, odontólogo, administrativo, obstetra, nutricionista, kinesiólogos y otras disciplinas médicas (38).

En España, en 1990 fue divulgada la legislación concerniente a la fisioterapia en APS. A su vez en el 2003, en Europa pasó a unificarse el currículo de formación profesional, con la inclusión de aspectos de fisioterapia comunitaria. En el mismo año la WCPT elaboró la Declaración de Principios de APS, aprobada por la XV Asamblea General de WCPT (37).

Un estudio sobre fisioterapia en APS describe en sus funciones: actividades asistenciales, administrativas, de gestión, actividades docentes, de formación e investigación (39). En consecuencia, la atención primaria no es sinónimo de nivel uno de atención. De este modo, teniendo en cuenta las citadas actividades, en nuestro país, los profesionales kinesiólogos vienen realizando en menor o mayor medida dichas actividades.

En España, los ciudadanos identifican a los fisioterapeutas y saben a qué se dedican, pero se observa un escaso conocimiento de la fisioterapia en atención primaria. De igual manera, en Estados Unidos conocen su rol respecto a enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, en la atención de salud comunitaria es básicamente desconocida. En cambio, en Australia la fisioterapia ocupa una posición reconocida tanto dentro de la profesión como por el público en general (36). Por otro lado, Finlandia es el país donde el fisioterapeuta se encuentra bien regulado en APS, habiendo integración de este profesional al trabajo en un equipo de centros de salud (37).

Respecto a la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en centros de atención primaria, un estudio chileno describe su implementación en el sector público en el año 2003. La estrategia tiene cinco componentes: salud, educación, trabajo social y fortalecimiento comunitario. En esta investigación participaron centros comunitarios de rehabilitación que implementan RBC, con reconocimiento del Ministerio de Salud Chileno y del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), equipo conformado por kinesiólogos/fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales como fonoaudiólogos/logopedas, enfermeras(os) y técnicos de nivel superior (40).

Al respecto, cabe destacar que, en Paraguay, en SENADIS, además de ofrecer atención a las personas con discapacidad y realizar charlas educativas a las familias, tiene como función la promoción, observancia y defensa de las personas con discapacidad y su entorno, con enfoque de derechos. Reconociendo de esta manera aspectos que involucran el nivel uno de atención en salud, así como en APS.

Un estudio sobre la percepción de la imagen social y el rol del kinesiólogo en atención primaria encuentra que, al no ser un profesional de primera consulta, el acceso al kinesiólogo ocurre por derivación. De esta forma la imagen social del kinesiólogo es limitada y a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, posee menor posicionamiento. Además, en ausencia de ese contacto directo se suma la televisión, como medio de difusión del quehacer profesional, siendo considerado como fuente primaria del conocimiento del rol del kinesiólogo para la comunidad (41).

Haciendo hincapié a la APS, sabiendo que incluye las actividades de prevención, promoción, rehabilitación y curación, involucrando a la kinesiólogía y fisioterapia en estas acciones (42). Sin embargo, no se visualiza la presencia de la kinesiólogía en los programas de prevención, así como en los llamados a concurso para el acceso a cargos y funciones correspondientes a la prevención y el contacto directo en las comunidades del MSPBS. En tanto, la estrategia de la APS es aplicable a todos los niveles

de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel (21).

A la par, es relevante combatir las enfermedades crónicas no transmisibles con estrategias de APS, mediante demanda inducida, detección precoz, protección específica e intervención oportuna (43).

Hace 30 años que se inició en España la reforma de la atención primaria, reforma que convulsionó todo el sistema (44). Se incrementó la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial, dando mayor autonomía a los profesionales, mejoraron las infraestructuras y se acercó la fisioterapia a la sociedad, hasta entonces restringida a los servicios de rehabilitación y recluida con frecuencia a los sótanos de los hospitales (45).

Con relación a la derivación a fisioterapia, hay estudios que indican que el acceso directo a fisioterapia podría mejorar los resultados de los pacientes con patología musculoesquelética, reduciendo el tratamiento farmacológico y la realización de pruebas complementarias, disminuyendo de esta forma el gasto por proceso (46). Pudiendo aplicarse el acceso directo teniendo en cuenta la ley del ejercicio profesional en Paraguay.

Otro punto de a considerar para la cobertura universal es la accesibilidad geográfica. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo propone un indicador de inequidad para los servicios de salud locales (APS), que consisten en un máximo de 60 minutos para el acceso a la APS en transporte local (41). El sistema sanitario de nuestro país se caracteriza por alta segmentación y fragmentación, encontrándose centralizada la atención especializada. Con relación a la kinesiología en nuestro país, existe escasos datos de servicios públicos que ofrecen rehabilitación en todos los niveles.

CONCLUSIÓN

Para concluir, podemos resaltar que en Paraguay el sistema de salud se encuentra distribuido en 18 regiones sanitarias. Allí se ubican los cuatro niveles de atención, de menor a mayor complejidad: los puestos de salud, centro de salud, hospital distrital, hospital general regional y hospital especializado. Entre los establecimientos públicos dependientes del MSPBS se desempeñan 615 kinesiólogos/fisioterapeutas en los niveles 2, 3 y 4.

En relación con el nivel 1, donde no se aprecia la presencia del kinesiólogo, esta se ubica en los puestos de salud, unidad de salud familiar, cuya función corresponde a la promoción y prevención, realizando: inmunizaciones, educación comunitaria, detección de riesgos y adicciones, promoción en la salud mental, planificación familiar y actividades de prevención y vigilancia de la salud. Teniendo las funciones citadas, el perfil del egresado, así como la kinefilaxia, un pilar importante de la kinesiología, el profesional debe estar presente en todos los niveles de atención, apostando a la prevención y promoción en salud mediante el movimiento físico, aplicándose en las comunidades, en centros educativos y recreativos, en los lugares de trabajo, guarderías, etc.

Hemos analizado el concepto y los alcances en la atención primaria en salud, no siendo sinónimo de nivel 1 de atención y encontrándose presente en todos los niveles de atención. Sin embargo, en los programas de prevención y promoción no se visualiza la intervención del kinesiólogos/fisioterapeuta. Coincidimos los autores de los artículos estudiados respecto a que se debe dar a conocer todas las funciones y áreas de competencia de la profesión, asimismo, no solo en el aspecto de salud sino también en la educación.

RECONOCIMIENTOS

Para adecuarse al estilo de publicación de la Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud (<https://investigacion.uninorte.edu.py/rev-un-med>), el contenido original ha sido modificado por la Oficina Editorial (editorial@uninorte.edu.py).

Correspondencia: Mg. Adriana Vallovera, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, Asunción, Paraguay (valloveraadriana@gmail.com).

Fecha de recepción: 23 de febrero de 2022

Fecha de aceptación: 20 de mayo de 2022

Fecha de publicación: 28 de julio de 2022

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, Sequera M, Lampert N, Giménez G, Velázquez S. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados. *Saúde Debate* 2012; 36(94):449-460
2. Monroy Peralta JG, Villagra Carrón J, Molinas Maldonado MM, Biedermann Villagra, TM. Informe de Evaluación a Programas Públicos. Programa de Atención Primaria de Salud y Unidades de Salud de la Familia. Sistema de seguimiento y evaluación en el marco del presupuesto por resultados Paraguay 2011. Disponible: http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wpcontent/uploads/2012/06/Evaluacion_APS_Monroy2011.pdf
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Adaptado de Ley N. 1032/1996. Paraguay. 2019.
4. OMS. Rehabilitación. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.

5. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEyC). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay. Disponible en: www.dgeec.gov.py/microdatos/.
6. Instituto Nacional de Estadística. INE publica datos de población a nivel país y departamentos del año 2021. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/news/news-contenido.php?cod-news=595>.
7. Biblioteca y archivo central del Congreso de la Nación. Ley 1032/1996. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud>.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de organización de servicios en el marco de la RISS 2019. Disponible en: <https://www.ms.pbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>.
9. Ferreira G. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. *Primaria de Salud en Suramérica*. 2015:59. Disponible en: http://www.agr.una.py/descargas/biblioteca_digital_gestion_riesgos/A/Atencion Primaria de la Salud.pdf#page=59.
10. Morales Clemotte L. Historia de la kinesiología y fisioterapia en Paraguay. Editorial El Lector. 2019.
11. Clemotte, L. N. M. (2021). Kinesiología y Fisioterapia en el Paraguay: 66 años de su recorrido histórico. *Medicina Clínica y Social*, 5(1), 50-54. Disponible en: <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/164/182>.
12. Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. Visión, Misión Institucional. Disponible en: <https://senadis.gov.py/index.php/institucional/mision-y-vision>.
13. Datos proveídos por el Lic. Rodrigo Larré, Jefe del Departamento de Rehabilitación Física. SENADIS. 30 de noviembre de 2021.
14. Souto-Camba, S. Autonomía profesional y acceso directo en fisioterapia. 2013. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15887/SoutoCamba_AutonomiaProfesional.pdf.
15. World Confederation for Physical Therapy. What is physiotherapy? World Confederation for Physical Therapy. Disponible en: <https://world.physio/policy/ps-descriptionPT>.
16. Paz Lourido, B. Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria (Doctoral dissertation, Universitat de les Illes Balears) 2008. Disponible <http://hdl.handle.net/10803/9395>.
17. Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior. Criterios de Calidad Kinesiología y Fisioterapia 2013.

- Disponible http://www.aneaes.gov.py/v2/application/files/8815/3356/6368/Criterios_de_calidad_Kinesiologia_Fisioterapia.pdf
18. AKYFPY. Hasta la fecha 4800 profesionales. 20 ago 2021. <https://twitter.com/AKYFPY/status/1428833367903154181?s=20>.
 19. AKYFPY. Cantidad de colegas con vínculo en el MSPYBS. 19 ago 2021. <https://twitter.com/AKYFPY/status/1428404840271687688?s=20>.
 20. AKYFPY. Cantidad de Kinesiólogos/Fisioterapeutas con vínculo en IPS. 19 ago 2021. <https://twitter.com/AKYFPY/status/1428418529011847170?s=20>.
 21. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int (Internet). 2011 Abr (citado 2021 Dic 07) ; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.
 22. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS - Paraguay Asunción: OPS/OMS. 2019. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacinAprobadoORIGINAL.pdf>.
 23. Organización Mundial de la Salud. OMS ¿Que es APS?. Disponible en: <https://www.who.int/activities/what-is-PHC>.
 24. Kroeger A, Luna R. Atención primaria en salud, principios y métodos. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo I. Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional. 1992 https://www.academia.edu/18620690/Atencion_primaria_de_salud_principios_y_metodos.
 25. OPS. Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 Septiembre de 1978 <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>.
 26. Colimon K. Niveles de Prevención. Citado 25/10/2021. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.
 27. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health. 2004;58:655–8.
 28. URBANOS-GARRIDO, Rosa. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta sanitaria, 2016(30):25-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>.
 29. Mónaco, C. El kinesiólogo en centros de atención primaria de la salud.2015. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/970>.

30. Ley 24.317, Ejercicio de la profesión de Kinesiología y Fisioterapia. Sanción mayo 1994. Poder Legislativo Nacional Argentina. <http://www.msal.gob.ar/dln/sites/default/files/2019-09/Ley%2024317.pdf>.
31. Elorza, María Eugenia, Moscoso, Nebel Silvana y Lago, Fernando Pablo. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(3):432-448. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2017.v43n3/432-448/#>.
32. Cartera de Servicios de Salud. MSPBS. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/876a1e-CARTERADESERVICIOS.pdf>.
33. Ley 6346/2019 del Ejercicio profesional de la fisioterapeuta y Kinesiología. Paraguay. Disponible <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9526/ley-n-6346-del-ejercicio-profesional-de-la-fisioterapia-y-kinesiologia>.
34. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programas de Salud. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/institutos-programas.html>.
35. Baquerizo Ordoñez, V. G. Implementación de programa de kinefilaxia para lesiones musculares por sobrecarga en personas de 25 a 35 años que realizan actividad física en el Macro Gym de la Federación Deportiva del Guayas de la ciudad de Guayaquil. 2014. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/2750>.
36. Reyes-Reyes, Priscila y Barría-Pailaquilén, Mauricio. Imagen social del kinesiólogo en atención primaria de salud: una experiencia chilena. Revista de Salud Pública. 2019;21(2):236-242. Disponible en. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.69675>.
37. Tavares, Larissa Riani Costa et al. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. Fisioterapia e Pesquisa. 2018;25(1):9-19. Disponible en <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>.
38. Ministerio de Salud y Desarrollo. Secretaria de Gobierno. Resolución 32/2019. Buenos Aires Argentina.
39. López M., Carballada M. F. La fisioterapia en el marco de la atención primaria (I). LA FISIOTERAPIA EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA. Cuadernos de atención primaria. 2015; 21(4), 49-51.
40. Besoain-Saldaña, Álvaro et al. Community-Based Rehabilitation (CBR) in primary care centers in Chile. Revista de Saúde Pública (online). v. 54 (Accedido 5 Setiembre 2021) , 38. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>.

- 6/s1518-8787.2020054001999. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>.
41. De Miquel Quirós, S. Inequidad geográfica en el acceso a fisioterapia en atención primaria en la provincia de Lugo. 2018. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/21078>.
42. Apaza Irineo, L. SERVICIOS DE FISIOTERAPIA–KINESIOLOGÍA EN SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA RED CERCADO DE COCHABAMABA. 2018. Tesis Doctoral. Extraído de <http://hdl.handle.net/123456789/10657>.
43. Valencia OA Ramos, et al. Fisioterapia y Atención Primaria en Salud en servicios de baja complejidad de salud en Colombia. Fisioterapia. 2019;41(1):12-20. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.11.004>.
44. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit, 2012;26(Supl.1):14-9. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.06.010>.
45. Abril Belchi E, Martínez Hernández N. Nueve años en una unidad de fisioterapia de atención primaria. Fisioterapia y divulgación. 2014;2(4): 3-10.
46. Fernández-Lázaro D, Lázaro Asensio MP, Fernández-Lázaro CI. Evaluación de la actividad clínica y asistencial de una unidad de fisioterapia de Atención Primaria. REMASP. 2020; 4(1): 1-9. <https://doi.org/10.36300/remasp.2020.059>.