

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA



GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE FISIOTERAPIA EN  
CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

TESIS DOCTORAL DE:  
**MARÍA CONCEPCIÓN LORCA MORENO**

DIRIGIDA POR:  
**MARÍA ÁNGELES ATÍN ARRATIBEL  
CRISTINA FERNÁNDEZ PÉREZ  
RAQUEL VALERO ALCAIDE**

Madrid, 2014



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Tesis Doctoral

“GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE  
FISIOTERAPIA EN CENTROS PÚBLICOS Y  
PRIVADOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID”

Dña. María Concepción Lorca Moreno

Directores: Dra. María Ángeles Atín Arratibel

Dra. Cristina Fernandez Pérez

Dra. Raquel Valero Alcaide

Madrid,2013



# **TITTLE: Level of physiotherapy patient satisfaction in public and private health clinics in the Madrid region**

## **Introduction**

Physiotherapy can be described, without a doubt, as falling within the field of knowledge of the health Sciences. Health and illness have accompanied man since the beginning of time and for this reason all of the knowledge involved in its evolution can be traced back to the very beginnings of civilisation<sup>1</sup>. The concept of physiotherapy has evolved over time: the OMS<sup>3</sup> defined physiotherapy in 1968 by listing the methods it implements and its reliance on doctors, while the definition provided by Atkinson et al<sup>5</sup>. suggested the profession was autonomous and promoted the prevention of illness and maintenance of a healthy body. History shows that what we know of today as Physiotherapy did not in fact develop independently, but rather its evolution is linked to the advances in other sciences as well as the social, cultural and economic context of each period.

Patient satisfaction has been written about widely, however little research has been done in the area of patient satisfaction in the area of physiotherapy<sup>27, 28, 29</sup>. In this country there are very few extant studies in patient satisfaction in physiotherapy and those that have been carried out are limited to specific pathologies. User satisfaction is an important factor when determining the quality of physiotherapy services and therefore requires research in order to expand our knowledge in this area.

### **Objective:**

Evaluate the level of satisfaction with the internal, external and interpersonal factors of the patients that have received outpatient physiotherapy in public and private health clinics in the Madrid region.

### **Justification:**

Patient satisfaction is considered an important quality indicator and a basic element of any quality monitoring program in health care services<sup>22</sup>.

Within the physiotherapy profession there is increasing recognition of research into patient input in studies that examine the efficacy and benefits of physiotherapy. As with other professions physiotherapy includes a number of dimensions of care with which patients

can either be satisfied or dissatisfied. These dimensions are similar to those of Donabedian's<sup>86</sup> framework of healthcare evaluation in considering the related components of structure, process and results. The assessment of structure concerns the existing physical resources, materials and number of health service professionals; the process involves the activities and/or the implemented procedures, the results emphasize the effects of the actions and procedures on user health as a result of the received care.

The significance of patient satisfaction is further emphasized by evidence that satisfied patients are more likely to adhere to treatment, benefit from their health care, and have a higher quality of life<sup>36, 37, 38</sup>. Regulatory health authorities and health insurers assess patient satisfaction to identify aspects of service delivery that can be improved<sup>25</sup>.

In order to evaluate patient satisfaction in the area of physiotherapy, quantitative methods have been used, including single item or multi-item questionnaires, qualitative studies used semi structured patient interview or group settings<sup>119, 120, 121, 122</sup>. All studies identified therapist attributes as a critical dimension of patient satisfaction. The ability to communicate effectively was another highly rated therapist characteristic, particularly in explaining the patient's condition and educating the patient about self-management strategies and treatment outcomes<sup>115, 131, 132, 133</sup>.

## **METHODS**

Cross-sectional study with opportunity sampling, with prospective data collection.

The sample was random and consisted of 632 users, the confidence interval was 95% and sampling error was 5%.

In the study, users completing a questionnaire were required to be over 18 years old and had been discharged from outpatient physical therapy in 1 of 5 facilities in public and privates clinics in Madrid. All subjects had to be able to read and write Spanish and signed consent forms.

Patient study packs included a study information sheet, a copy of the survey instrument, a consent form and two envelopes. The rights of all subjects were protected.

To collect the data we used a 20-item Spanish version of the Med Risk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy care (18 items and 2 global

measurements) questionnaire. Each domain was measured using 5-point Likert type scales that ranged from “strongly disagree” to “strongly agree”

In private clinics the administration staff offered the questionnaire with an accompanying information sheet to each patient before their consultation. The main researcher offered the questionnaire in public centers.

### **Ethics**

The Hospital Clínico San Carlos Ethics Committee approved this study with code 11/021-E.

### **Data Analysis**

The qualitative variables are presented in their distribution of frequency. The quantitatives are summarized in their measure, standard or mean deviation and intercuartil level (p25-p75) in the case of asymmetry.

The Chi square test was used for the qualitative variables. A logistical regression model was adjusted in order to evaluate the factors associated with satisfaction. The “odds ratios” and their intervals of confidence of 95% are presented.

The “Spearman Coefficient” non parametric test was used to evaluate the associations with other discrete or continuous variables and the U Mann Whitney test to compare the scores between two samples in the dichotomous variables.

## **RESULTS**

A total of 650 questionnaires were distributed. Five hundred and two questionnaires were completed and returned. Of those returned two were incomplete and were excluded from analysis, giving a response rate of 80%.

Most users were women: 343 (68.6%) with an average age of 50.25 (DE 16.47) and a minimum value of 20 years and a maximum of 91 years.

The percentage of men that attended a private centre is higher (33%) than those who attended a public clinic (30.3%). Amongst women the opposite occurred: 67% attended private centers while 69.7% public clinics.

Persons of ages 40-49 predominated the study.

A significant relationship exists between the age of the patient and the centre they attend; the percentage of people attending public health centers is higher amongst older patients than in private clinics.

The most frequent pathology is back pain (47.2%), followed by neck pain (31.6%). There is an association between the pathologies of the back, neck, shoulders and knees and the centre attended; patients with back and neck pathologies tend to choose private clinics while patients with knee and shoulder complaints attend public health centers.

Neck and back pathologies are high amongst 18-39 year olds (42.76%) but decrease as the patients grow older, dropping to 12.82% in patients over 70 years old.

The number of patients with shoulder pain was 5.26% amongst 18-39 year olds, 6.8% amongst 40-49 year olds, 17.26% in 50-69 years old and 17.95% amongst patients over 70 years old.

The percentage of global satisfaction was 73.35% for item 19 and 75.95% for item 20. The percentage of satisfied patients is higher in private clinics than in public health centers for all items.

A significant association exists between the relative factors of the centers and whether the centre is public or private.

There is an association between the waiting time to see a physiotherapist and the type of centre, with public centers showing longer times (29.43%) than private clinics (14.07%).

Patients of public health clinics are of the opinion that the physiotherapist does not spend enough time with them (56, 86%) and do not listen to their concerns (49.66%).

In private clinics 22% of patients perceive their current state of injury as greatly improved compared to 8.70% in public health centers.

A statistically significant relationship exists between the factors of the centre in question and age of the patients; the 40-49 year old group scores these factors much lower. There is no association between the interpersonal factors and the age of the patients.

When we try to find a relationship between patient satisfaction, the factors of the centre and the age of the patients, no association is forthcoming. If we try to find a relationship with interpersonal factors, women are more concerned with the opening and closing times

of the centre and whether or not the receptionist is polite than men. When relating satisfaction with physiotherapy factors, women place more importance on the physiotherapist providing them with an exercise routine for home, while men are more concerned with whether they listen to their complaints and answer all of their questions. There is no relationship between gender and global satisfaction.

There is no relationship between global satisfaction and the area of treatment.

When comparing environmental factors with global satisfaction, the only unrelated factors are the location of the centre and parking facilities.

All physiotherapy factors bear a relationship with global satisfaction.

Factors associated with patient satisfaction are: age, level of improvement and whether the centre is public or private.

## **CONCLUSIONS**

1-The level of satisfaction shown by the patients that receive physiotherapy in the Madrid region is higher in private clinics than in public health centers.

2-Patients over 70 years old express greater satisfaction while those in middle age, of between 40 and 49 years old, are the most unsatisfied.

3-No differences were detected relative to gender or the area of the body treated.

4-Dissatisfaction is related to the small amount of time dedicated to the patient in the public sector and the lack of information both in the public and private sectors.

5-Respectful treatment on the part of health professionals contributes greatly to the level of satisfaction amongst patients.

6-More research is required in order to continue improving the healthcare of physiotherapy patients.

*A Fernando y Claudia*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis tres directoras Dra. Raquel Valero Alcaide, Dra. Cristina Fernandez Perez y Dra. María Ángeles Atín Arratibel, por haber aceptado dirigir esta Tesis y su ayuda inapreciable en la realización de la misma.

Al profesor Dr. José Antonio Santiago García, sociólogo de la UCM por su contribución a este proyecto.

Quisiera agradecer el apoyo y la colaboración dispensada por todos los fisioterapeutas de los Hospitales y Clínicas donde se ha efectuado la investigación, así como a los usuarios de estas instituciones que han contribuido a expresar sus opiniones sobre satisfacción.

A María Antonia Madroñedo Agreda, fisioterapeuta, por su disponibilidad, amabilidad y paciencia.

A todos mis pacientes por su apoyo y porque con ellos todo los días aprendo.

A Mervyn Mc Mannus por su ayuda en algunas traducciones.

A mis hermanos, especialmente a Juan quien ha estado muy pendiente de la evolución de mi Tesis.

A mi madre Victoria, y a mi padre Juan que a pesar de no poder estar a mi lado en este proyecto, siempre le tengo en mi memoria.

A mi hija Claudia que me ha dado la oportunidad de que me supere, sacrificando tiempo con ella.

A Fernando mi marido, que empezó esta travesía conmigo y sin su comprensión no hubiera cumplido mi sueño.

A todos los que de alguna manera directa o indirectamente han estado conmigo. Gracias a todos.

## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN:	10
2.	HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA	13
3.	AMBITOS DE ACTUACION DE LOS FISIOTERAPEUTAS	22
4.	EVOLUCIÓN DE LA FISIOTERAPIA	26
5.	SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	33
6.	SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD	37
7.	JUSTIFICACION	40
8.	CONCEPTO DE SATISFACCION	43
9.	LA SATISFACCION DEL PACIENTE	46
10.	CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCION	50
11.	FACTORES DE LOS QUE DEPENDE LA SATISFACCION	57
12.	MEDICION DE LA SATISFACCION	61
13.	LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE FISIOTERAPIA	67
14.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS	69
15.	MATERIAL Y METODOS	71
16.	RESULTADOS	70
17.	DISCUSION	125
18.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	138
19.	CONCLUSION	141
20.	ANEXOS	143
21.	BIBLIOGRAFIA	150

## **INTRODUCCION:**

# 1. INTRODUCCIÓN:

## ***CONCEPTO DE FISIOTERAPIA***

La Fisioterapia puede ser enmarcada sin duda alguna dentro del campo de los saberes de las Ciencias de la Salud. La salud y la enfermedad han sido constantes compañeros de los seres humanos desde el principio de los tiempos y por ello todos los conocimientos implicados en su evolución pueden remontarse a los inicios de las civilizaciones<sup>1</sup>. Etimológicamente, Fisioterapia procede del griego Physis “naturaleza” y therapeia “tratamiento o curación”, es aquella parte de la terapéutica que utiliza los agentes físicos a excepción de las radiaciones ionizantes (Molina 1990)<sup>2</sup>

La Confederación Mundial para la Fisioterapia (WCPT) en la asamblea celebrada el 18 de mayo de 1967, conceptuó la Fisioterapia desde dos vertientes. Por una parte, la vertiente “relacional”, que define a la Fisioterapia “como uno de los pilares básicos de la terapéutica de los que dispone la Medicina para curar, prevenir y readaptar a los pacientes; estos pilares están constituidos por la Farmacología, la Cirugía, la Psicoterapia y la Fisioterapia”. Por otra parte, la vertiente “sustancial” definida como “el arte y la ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que , mediante la aplicación de agentes físicos, curan, previenen, recuperan y readaptan a los paciente susceptibles de recibir tratamiento físico”.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> en 1968, conceptúa a la Fisioterapia como “el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, agua, masaje y electricidad” y los fines del tratamiento son: “el alivio del dolor, el aumento de la circulación, la prevención y la corrección de disfunción y la máxima recuperación de fuerza, movilidad y coordinación”.

La Fisioterapia también incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar las capacidades funcionales, la medida de amplitud del movimiento articular y de la capacidad vital; como ayudas diagnosticas para el médico y para el control de la evolución .La Asociación Española de Fisioterapeutas(1987)<sup>4</sup> ofrece, en el artículo 4º de su Reglamento Nacional, la siguiente definición sobre el termino Fisioterapia:”ciencia que engloba el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que mediante la aplicación de

medios físicos, curan , previenen , recuperan y adaptan a personas afectas de disfunciones somáticas y orgánicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”

Una definición más reciente es la propuesta por Atkinson et al. (2007)<sup>5</sup>basándose en la de la World Confederation for Physical Therapy, 1998”La Fisioterapia es una profesión sanitaria de base científica que integra y aplica conocimientos de Biología, Fisiología y Ciencias de la Conducta. La Fisioterapia abarca la identificación y maximización de la capacidad funcional y del potencial de cada paciente, y se ocupa tanto de la promoción de la salud como de la prevención, del tratamiento y de la rehabilitación de las enfermedades y lesiones. Aunque se comparten técnicas y conocimientos con otras disciplinas, el fisioterapeuta contempla al paciente desde una perspectiva particular: valora el potencial y la capacidad de movimiento mediante la interacción con el paciente e intenta conseguir objetivos acordados”

En estas definiciones podemos ver la evolución que ha sufrido el concepto de fisioterapia, así tenemos que en la definición de 1968 se enumeran los medios que utiliza y la dependencia respecto al médico, en la de 1987 hace hincapié en los fines y la población a la que va dirigida, mientras que en la definición del 2007 el peso recae sobre la autonomía de la profesión y que no solamente se utiliza para tratar a “personas afectadas de disfunciones” , sino que pueden utilizarse para prevenir, promover y mantener la salud

## **HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA:**

## 2. HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA

### 2.1 .LA PREHISTORIA

La Paleopatología es la ciencia que se encarga de la patología prehistórica, se basa en las huellas dejadas por la enfermedad, la Paleo medicina estudia las evidencias dejadas en fósiles y restos arqueológicos.

La Paleopatología permite mediante el estudio de restos orgánicos de los hombres primitivos, determinar su edad media de vida, la incidencia de las enfermedades y traumatismos. De las evidencias aportadas por restos óseos cabe destacar las que corresponden a anomalía congénita, fracturas óseas y osteoartritis, conocida como “la enfermedad más antigua del mundo”

Los pueblos primitivos abordaban el proceso de curación (la actividad terapéutica) desde dos campos: el empírico y la magia.

El empírico puede ser el resultado de la observación animal, utilizando recursos como la ingestión de hierbas eméticas o la inmovilización de fracturas, otras por intuición como la sutura de heridas utilizando cabezas de hormigas gigantes, baños, masajes, etc.

La magia aparece más tarde y entiende que los fenómenos naturales, buenos o malos, son producidos por fuerzas sobrenaturales y superiores al hombre, y que puede ser alterada mediante ritos o invocaciones, por lo que es necesaria la intervención de un hombre que interceda ante esas fuerzas y es así como aparece la figura del hechicero, sacerdote, brujo, etc.<sup>6</sup>

Se han agrupado a los primeros “médicos” en tres grupos:

**-Curanderos o sanadores**, que claman poseer un corazón místico y se valen de recursos naturales-hierba, dieta, minerales, masajes, vapor, ahumación, que recurren a los mismos métodos, pero se atribuyen el poder de pronunciar profecías<sup>7</sup>

**-El médico brujo u hombre medicina** que utiliza tanto los remedios empíricos como los mágicos y puede ser considerado realmente el primer médico, a la vez científico, mago, artista, hombre de estado, poetas<sup>8</sup>

En la medicina asirio-babilónica también piensan que las enfermedades son de origen divino, sin embargo consideraban que había otras enfermedades llamadas “naturales” como los traumatismos, luxaciones, heridas de guerra, etc. es por esta razón que hay dos tipos de sanadores: el sagrado o religioso y el laico o sanador civil. El sanador civil tenía regulada su actividad por leyes promulgadas por el rey en el “Código Hammurabi” en el 1700 a.C. Del pueblo Egipcio nos ha quedado los primeros documentos escritos de la antigüedad. Nuestra información sobre la medicina egipcia deriva de tres documentos principales: los papiros de Edwin Smith, de Ebers y de Brgsch<sup>9</sup>. Aparecen las primeras referencias de la terapia manual y del uso de agentes físicos, en el papiro de Edwin Smith se describe la utilización de frío en la etapa inicial de la inflamación y el calor en fases más tardías. La medicina egipcia, a pesar de su amplio contenido de saber empírico, no deja de ser una medicina arcaica por su carencia de “conciencia metódica”, y como arcaica mezclaba las dos características de esta: la idea de enfermedad como cosa natural y la de la enfermedad como consecuencia de influencias mágicas<sup>10</sup>.

En la Antigua India el masaje es importante pero se presta especial atención a los ejercicios respiratorios y facilitadores de la circulación. En la Antigua China destaca las recomendaciones atribuidas al emperador chino Huang Ti, también llamadas Emperador Amarillo. Los ejercicios físicos son tenidos en cuenta para prevención y promoción de la salud. El célebre cirujano Huang T'o investigó un método de tratamiento físico mediante la semejanza de los movimientos con los de cinco animales (grulla, oso, tigre, ciervo y mono). El método abarca dos aspectos complementarios: uno de movilidad y otro de quietud consistente en ejercicios respiratorios. El masaje (fricción, golpes, presión, amasamiento) es también un método de uso cotidiano<sup>11</sup>.

En la Antigüedad Clásica, se transforma el saber empírico amalgamado con componentes mágicos en un saber técnico fundamentado en el conocimiento científico. En la Grecia Clásica destacan los ejercicios corporales, adquiriendo las competiciones atléticas una importancia extraordinaria. Hipócrates, además de los ejercicios, recomendaba el empleo de agua fría en forma de baños de mar o agua dulce o bien baños de vapor, compresas húmedas calientes y aplicaciones de fango. Así mismo, su amplio conocimiento del masaje le permitió aplicarlo con éxito para el drenaje venoso. En la Roma Clásica, Galeno muestra un especial interés por el carácter higiénico de los ejercicios. Si bien, como reflejan los restos arquitectónicos termales, fue la hidroterapia en los baños romanos lo que destaca en esta época, siendo conocido el proceso de curación del Emperador Octavio César Augusto

por procedimientos hidroterapéuticos. También el masaje, especialmente las técnicas de percusión, es un ritual en la sociedad romana, aunque en el caso de los gladiadores y luchadores romanos priorizan la masoterapia por fricción<sup>12</sup>.

## **2.2. EDAD MEDIA**

En la Edad Media hay que destacar dos épocas, la Alta Edad Media que va del siglo V al XII, que es una época de ostracismo cultural y la Baja Edad Media que se extiende desde los siglos XIII al XV, en la que hay un despertar cultural, resurge la burguesía y la creación de universidades.

En la Alta Edad Media, la fuerza corporal y el culto a la belleza fueron abandonados. Los remedios para tratar y curar enfermedades estaban en manos de los curanderos. En Europa Central se emplean las aguas termales con fines terapéuticos. La atención de los enfermos era cometido de los monjes.

En la Baja Edad Media se desarrolla la Farmacopea, empleo de plantas y drogas con fines terapéuticos, pero empieza a desarrollarse una Medicina europea gracias a las universidades<sup>7</sup>

## **2.3. RENACIMIENTO (Siglo XV al XVIII.)**

En esta época el hombre griego y romano es el modelo a seguir por los renacentistas. El siglo XV es un periodo de transición entre la Medicina medieval y la moderna, hubo factores que permitieron esta transición como la invención de la imprenta que posibilitó la difusión del saber, entre los autores de esta época destaca Paracelso, que recomienda el masaje como medio para conservar la salud<sup>6</sup>.

### ***En los siglos XV- XVI***

El máximo representante en esta época fue Andrés Vesalio (1515-1574), anatomista flamenco, médico imperial con Carlos V y Felipe II, Catedrático de Anatomía y Cirugía de la Universidad de Padua y sobre todo el padre de la Anatomía moderna. Este morfólogo belga, instauró el método moderno de investigación anatómica, basada en la práctica de disección de cadáveres humanos, que realizó con gran dificultad, pues existían importantes prohibiciones en este sentido. La obra de Vesalio “De humani corporis fabrica” publicada

en Basilea en 1543, marca el comienzo de una nueva era en la representación y estudio del cuerpo humano, tanto por su contenido como por su excelente y minuciosa representación iconográfica. Posteriormente Descartes (1596-1650), plantea la concepción del cuerpo humano en similitud con la máquina, cuyas funciones se rigen por principios mecánicos<sup>6</sup>.

Es de destacar también a Ambrosio Paré (1517-1590), famoso cirujano del ejército francés, y el primero en emplear con éxito las técnicas del masaje de fricción, especialmente en los muñones dolorosos de los amputados y en las cicatrices retráctiles, siguiendo las enseñanzas de Galeno. Dedicó especial atención a la Ortopedia, construyendo prótesis de miembros, alcanzando especial renombre su mano artificial<sup>4</sup>.

En España, la primera obra escrita sobre los beneficios del ejercicio terapéutico en el organismo fue realizada por el Dr. Cristóbal Méndez, médico natural de Jaén, que en 1553 publicó en Sevilla un libro titulado “Libro de ejercicio corporal y de sus provechos”. En su redacción se utilizó el “idioma moderno” en contraste con los antiguos textos occidentales manuscritos, que se escribieron en latín. Al Dr. Cristóbal Méndez le cabe pues el honor de ser el primero en Europa que realiza un estudio sobre los beneficios del ejercicio físico en el organismo, realizando recomendaciones para todos, incluyendo aquellos que han de guardar cama<sup>6</sup>.

Bernardino Gómez Miedes (1520-1599) escribe la obra el “Enchiridion” en 1589 dando a conocer el principal remedio contra la gota y otros problemas articulares

La Hidroterapia va tomando impulso y va saliendo del ostracismo a que había estado sometida los siglos anteriores y a pesar de la oposición religiosa, resurge por la divulgación de los conocimientos escritos gracias al legado de Gutenberg. Así Juan Miguel Savonarola en 1498, publica el libro “De Balneis et Thermis” que se puede considerar como el primer texto de balneoterapia y termalismo escrito<sup>6</sup>

#### **2.4. SIGLO XVII - XVIII**

En el siglo XVIII se produce un resurgimiento del naturalismo terapéutico cobrando un gran auge la hidroterapia y las estaciones termales o casa de baño, destacando en este campo el español Vicente Pérez (1752), médico rural en Pozoblanco (Córdoba) conocido popularmente como el “médico del agua”. También destacan Sigmund Hahn (1664-1742) y su hijo Johann S. Hahn (1707-1773) llamados “los médicos del grifo”<sup>10</sup>. Quizás el hombre

pionero en la vinculación de los ejercicios con el sistema músculo-esquelético fue el francés Nicolás Andry de Boisregard (1568-1742), Decano de la Facultad de Medicina de París, quien en 1741 publica un libro “ L Orthopedie ou l'art de corriger dans les enfants les defformités du corps” donde recurre a las correcciones posturales para tratar desviaciones. Desde entonces la Ortopedia se mantiene vinculada con la Fisioterapia<sup>10</sup>.

Fue Joseph-Clement Tissot (1747-1812), médico y cirujano mayor del 4º Regimiento de Caballería Ligera del ejército francés, quien en su libro “Gimnasia Médica y Quirúrgica en el año 1780, rompe con la tradición de los antiguos, recomendando la movilización en los pacientes quirúrgicos e insiste en que los cirujanos deben considerar esta terapéutica en igual medida que cualquier otra prescripción. Tissot describe el ejercicio tal como se le conoce en la actualidad. Interviene en distintos campos, así en el tratamiento del hemipléjico considera que es necesario volver a despertar el control debilitado del cerebro, poniendo en juego todos los elementos corporales que sostienen el estado de vigilia, siendo el movimiento el que puede contribuir a lograrlo. En el campo de la reumatología, Tissot prescribe reposo absoluto, en los procesos agudos de artritis, pero una vez pasado este, estaría indicado el movimiento incluso con cierto dolor y limitación a la movilidad. Este autor señaló además la importancia de realizar transferencias en los movimientos mediante ejercicios manuales y artesanales siendo considerado el fundador de la Terapia Ocupacional<sup>10</sup>.

Otras investigaciones sistemáticas que tiene lugar en el siglo XVIII se encuentran relacionadas con el descubrimiento de la electricidad, derivándose el interés por la morfología y la función muscular hacia la estimulación de los músculos, dando lugar al surgimiento de la electroterapia. Importantes en esta área son los trabajos de Galvani (1737-1798) catedrático de Anatomía en la Universidad de Bolonia que investigó los efectos de la electricidad atmosférica sobre los músculos disecados de ancas de rana. También el físico francés André Marie Ampère(1775-1827) inventor del galvanómetro, y el físico italiano Alessandro Volta (1745-1827) que desarrolló para su aplicación en pacientes la corriente continua, denominada Galvánica. Posteriormente los estudios experimentales de Leduc demuestran que se puede introducir iones en un organismo vivo mediante corriente eléctrica, fenómeno conocido como Iontoforesis<sup>10</sup>

## **2.5. SIGLO XIX.**

Es el siglo del Racionalismo. El conocimiento se basa en la razón y no en la observación y experiencia como en siglos anteriores. En este siglo es cuando la Fisioterapia logra su definición considerándose como una rama de la terapéutica física.

La utilización del agua como medio terapéutico se asienta definitivamente y se desarrolla el concepto de Hidroterapia, como el empleo tópico o externo del agua como acción mecánica o térmica. Se considera a Vincenc Priessnitz y Sebastian Kneipp <los padres de la Hidroterapia><sup>10</sup>

La cinesiterapia y el masaje consiguen reconocimiento científico gracias al sueco Ling (1775-1839) quien sistematizó los ejercicios en cuanto a su dosificación, posiciones iniciales de partida y grado de actividad, definiendo asimismo los conceptos de ejercicio semiactivo/semipasivo y los de contracción concéntrica /excéntrica para ambos tipos de actividad muscular. Aunque no dejó obra escrita sus trabajos se dieron a conocer por dos de sus discípulos, Liedbeck y Gerogii, que en 1840 publicaron el tratado “Fundamentos Generales de Gimnasia”. En España y en la línea iniciada por Ling, se halla Sebastian Busqué y Torró (1831-1880, quien en 1865 publicó su obra “Gimnastica Higiénica, Médica y Ortopédica o el Ejercicio considerado como medio Terapéutico” donde describía las ventajas del movimiento como agente terapéutico. Asimismo en 1863 Estradère en su tesis “Du Massage” clasifica las maniobras fundamentales de esta técnica terapéutica. Seguidamente Gustav Zander (1835-1920), médico sueco y discípulo de Ling desarrolla la mecanoterapia y Heiser en 1854 describe una de la primera Rueda de Hombro.<sup>10</sup>

El valenciano Francisco de Amorós difundió en el siglo XIX por toda Europa sus métodos de gimnasia con el “Tratado de Educación Física y Moral”

La electroterapia adquirió un gran desarrollo en esta época, constituyéndose en Estados Unidos la American Electro-Therapeutic Association destacando entre otros Maxwell vinculado al electromagnetismo y Paul-Jacques y Pierre Curie (1859-1906) por su aportación sobre la pizeoelectricidad, que permitió a Lipmann apoyarse en la reciprocidad de este efecto, base de la producción de ultrasonidos. Posteriormente destaca el neurofisiólogo Sherrington que desarrolló los conceptos de facilitación, inhibición e

inervación recíproca, que constituyen las bases neurofisiológica en las que se apoyan distintos métodos terapéuticos concebidos posteriormente en el siglo XX<sup>7</sup>

## **2.6. SIGLO XX**

Durante el siglo pasado se progresó considerablemente en las ciencias morfológicas, fisiológicas y físicas contribuyendo a consolidar las bases científicas de la Fisioterapia y facilitando la elaboración de una metodología propia de valoración y tratamiento.

En este siglo se suceden ciertos hechos fundamentales que propician la profesionalización de la Fisioterapia y su configuración. Es de destacar<sup>7</sup>:

1°.- La accidentabilidad laboral, cuyo aumento como consecuencia de la revolución industrial produce numerosas discapacidades llevando a las autoridades al planteamiento de su recuperación y la reinserción laboral.

2°.- La dos guerras mundiales (1914-18) y (1939-45) provocaron una gran cantidad de jóvenes lesionados que hizo plantear la necesidad de su recuperación para su pronta reincorporación al campo de batalla y los que quedaron con minusvalía física, que ocuparan puestos laborales

3°.- El incremento de la accidentabilidad provocado tanto por el excesivo uso del automóvil, como por el aumento de la mecanización agrícola e industrial.

4°.- La gran epidemia de poliomielitis que sufrió Europa y Estados Unido entre 1942-1953 afectó a un número elevado de niños que tuvieron que ser tratados por procedimientos de fisioterapia respiratoria y neurológica. El Presidente de los Estados Unidos de América, Franklin Delano Roosevelt, fue uno de los que se contagió de la enfermedad, presentando a los 39 años de edad, importantes secuelas motóricas lo que le motivó y sensibilizó con el mundo de la discapacidad, promoviendo la creación de distintos centros de especialización en fisioterapia neurológica<sup>7</sup>.

Muchas aportaciones se producen en esta época, destacando el tratamiento cinesiterapéutico de la escoliosis, que en épocas anteriores había sido siempre con distintos diseños de aparatos. En 1905, el cirujano alemán Rudolph Klapp lanza su famoso “gateo de Klapp” para eliminar la acción nefasta de la gravedad sobre el raquis. También en la misma época el médico berlinés Von Niherhöffer y su esposa kinesióloga, desarrollan otro

método fundamentado en la actividad de la musculatura transversa del raquis. Posteriormente hacia 1924, Katharina Schroth desarrolla el “tratamiento tridimensional de la escoliosis con su respiración angular rotatoria”.

En pleno período de postguerra Sir Robert Jones (1858-1933) y su discípulo Gathorne Girdlestone, diseñaron en la ciudad de Liverpool un plan ideal para abordar en clínicas y hospitales, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de determinadas enfermedades. En consecuencia a Sir Robert Jones se le considera "el padre de la fisioterapia hospitalaria" porque fue el primero en introducir la fisioterapia en el hospital.

En la segunda mitad del siglo, Büberger desarrolla sus ejercicios para los problemas vasculares periféricos y se mejora la estructura de las técnicas de Drenaje Linfático Manual por Leduc, que ya habían sido iniciadas por el Dr. Emil Vodder a principios de los años treinta.

La fisioterapia neurológica fundamentada en las sinergias fue desarrollada por la fisioterapeuta Miss Brünnstom. Posteriormente en 1956 Herman Kabath neurofisiólogo y médico desarrolla el método conocido como Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (PNF). En 1966 Karel y Berta Bobath realizan la primera publicación sobre el mundialmente conocido “Concepto Bobath” aplicado al hemipléjico adulto. Este aspecto terapéutico también se contempla en las alteraciones motoras infantiles que desarrolla el Dr. Vaclav Vojta.

En la historia del ejercicio terapéutico se han producido también modificaciones, que en la segunda mitad del siglo XX y primera década del siglo XXI, se manifiestan a través de diversas corrientes, unas más analíticas con autores como Williams y Charrière entre otros con propuestas de corrección de las curvas del raquis en posiciones de flexión con doble mentón y/o báscula pélvica frente a otras propuestas como la de Mc Kenzie que defiende la reeducación vertebral en posiciones de extensión. Otra corriente es la de ejercicios de estabilización en posición neutra desarrollada por autores como Hodges y Robinson entre otros. Frente a las técnicas analíticas se encuentra el común denominador de los llamados métodos globales con sus especificidades entre los que se encuentran los de Mezieres, Souchard, Busquet y Denys-Struiff entre otros<sup>7</sup>

## **AMBITOS ACTUACIÓN FISIOTERAPEUTAS:**

### **3. AMBITOS DE ACTUACION DE LOS FISIOTERAPEUTAS**

Según la ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su artículo 7.2 b dice que a los fisioterapeutas “corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a recuperación y rehabilitación a personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas”<sup>13</sup>

El Reglamento de la Asociación Española de Fisioterapeutas, en 1991, desarrolló en su artículo 5, la labor del fisioterapeuta en los siguientes ámbitos<sup>14</sup>

- LABOR ASISTENCIAL
- LABOR DOCENTE
- LABOR DE GESTIÓN
- LABOR DE INVESTIGACIÓN

Para desarrollar la labor asistencial, se emplean, entre otros, los siguientes métodos de actuación:

- Cinesiterapia en sus distintas modalidades o técnicas
- Terapia articular manual
- Reeducación motriz por métodos instrumentales
- Masoterapia
- Electroterapia
- Ultrasonoterapia

- Terapia por radiaciones luminosas: infrarrojos, ultravioletas, laser
- Terapias orientales
- Utilización del biofeedback en el proceso terapéutico
- Técnicas de regulación bioenergética
- Métodos específicos de desarrollo psicomotor, afecciones médicas, neurológicas, quirúrgicas y psicosomáticas en los diferentes grupos de población
- Hidroterapia y crioterapia
- Sistemas de valoración y pruebas funcionales
- Confección de la Historia fisioterapéutica
- Planificación, establecimiento y aplicación de ejercicios, posturas y actividades en programas preventivos a población, dentro de las alteraciones de la salud
- Y cuantas otras les capacite la legislación vigente

En el ámbito de la labor docente, el fisioterapeuta está capacitado para la participación activa en la planificación y aplicación de los planes de estudios y programas de las Escuelas Universitarias, tanto en la de grado como en la de posgrado

Entre las labores de gestión directiva se encuentra la planificación, donde el fisioterapeuta establecerá las líneas de actuación de las siguientes actividades:

- Previsión o pronóstico de futuro de la demanda asistencial
- Establecer objetivos teniendo en cuenta la previsión
- Establecer programas priorizando los objetivos planteados
- Diseño del cronograma o calendario de actuación
- Establecimiento de presupuestos, recursos humanos, materiales y económicos con los que cuenta la unidad que se pretende gestionar.

En la labor de investigación el fisioterapeuta, llevará a cabo actividades encaminadas a la profundización y descubrimiento de nuevos campos dentro de la Fisioterapia.

## **EVOLUCION FISIOTERAPIA:**

## 4. EVOLUCIÓN DE LA FISIOTERAPIA

El 29 de Enero de 1717 mediante la Real Cédula de Felipe V se creaba la figura de un profesional de la salud denominado, Cirujano Menor o Ministrante

En 1857, la reina Isabel II firmó la Ley Moyano de renovación de los Planes de Enseñanza, que en sus artículos 40 y 42 establecía las condiciones para la enseñanza de un cuerpo de auxiliares sanitarios denominados Practicante que sustituirían a los cirujanos menores o ministrantes.

La actividad de estos practicantes se dirigía a una función auxiliar de la medicina, cuyo perfil distintivo eran las habilidades manuales.

En la Ley Orgánica de Sanidad Pública de 1820 apenas se hacía mención del practicante, que adolecía de un matiz de supeditación a otra profesión de mayor tradición histórica, la medicina<sup>15</sup>

El 16 de Noviembre de 1888 se aprobó el Reglamento para la enseñanza de practicante y matronas.

En 1902, la Real Orden de 13 de Mayo (Gaceta de 4 de Junio) aprueba un programa para la carrera de practicante elaborado por la Facultad de Medicina de la Universidad Central, esto supone la primera vinculación metodológica entre la fisioterapia y los estudios de practicante.

En 1945 una Orden Ministerial (artículo 7, apartado 8) habilita para la profesión de masajista terapéutico, única y exclusivamente a los Practicantes.

A principios del siglo XX existían 3 denominaciones: enfermera, practicante y matrona, cuyas titulaciones eran diferentes y sus funciones también.

En 1953 con el Decreto de 4 de Diciembre (BOE de 29 de Diciembre) se produce la unificación de las enseñanzas de Practicante, Matrona y Enfermera y la creación del nuevo título de Ayudante Técnico Sanitario<sup>16</sup>

En 1957, por el Real Decreto de 26 de Julio se crea la especialidad de Fisioterapia para los ayudantes técnicos sanitarios, apareciendo los diplomas de ayudante en Fisioterapia, que se

obtenían después de seguir los tres años preceptivos, y dos cursos académicos de especialidad de Fisioterapia

Seis meses después de la publicación del Real Decreto de 26 de Julio de 1957, comienza el funcionamiento de las primeras Escuelas de Especialistas en Fisioterapia. Madrid, Barcelona, Valencia y Zaragoza concentraron el mayor número de escuelas.

A partir de 1964 se concedió la convalidación de los títulos, estableciéndose una normativa reguladora que venía a reconocer la actividad relacionada con la Fisioterapia desarrollada previamente por los practicantes aspirantes a la obtención del Diploma de ayudante en Fisioterapia

La Asociación Española de Fisioterapeutas trabajó para que la denominación de Ayudante en Fisioterapia cambiara ya que implicaba dependencia e inferioridad y gracias a su esfuerzo en 1971 se expidieron los títulos de Diploma de Fisioterapia a través de la Orden de 23 de Abril de 1970(BOE de 25 de Mayo) Orden de 26 de Octubre de 1970(BOE 16 de Noviembre) Orden de 18 de diciembre de 1970(BOE 8 Enero de 1971) y Orden 10 de Agosto de 1971 (BOE de 7 de Septiembre)

Salieron al mercado profesional títulos diferentes como Diploma de Enfermera (Fisioterapeuta), Diploma de Fisioterapeuta (Enfermera), etc. lo que produjo muchas dificultades para que los fisioterapeutas españoles fueran reconocidos por la Confederación Mundial de la Fisioterapia (WCPT)

A través de la Orden de 28 de marzo de 1973(BOE 14 de Abril) se concede un plazo de 6 meses, improrrogable, para que los practicantes en Medicina puedan solicitar el Diploma de Fisioterapeuta

La Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973, por la que se aprobó el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, presenta a los fisioterapeutas como profesionales titulados (capítulo II-sección 1ª, artículo 2º), al mismo tiempo que por su función les confiere una categoría profesional independiente, suponiendo la primera regulación de funciones en la Seguridad Social.

Este estatuto supone el primer establecimiento de las funciones del Fisioterapeuta, a estas funciones se sumó la clasificación que más adelante desarrolló la AEF dividida en cuatro

ámbitos: asistencial, docente, investigación y de gestión, y que se establecieron en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 21 de noviembre).

En mayo de 1974, se produce la admisión de la AEF en la VIII Asamblea General de la WCPT celebrada durante el VII Congreso Internacional de Fisioterapia en Montreal (Canadá) los días 18 a 21 de junio de ese año<sup>17</sup>.

Los estudios de Fisioterapia se integraron en la Universidad como Escuelas Universitarias de Fisioterapia en el año 1981 a través del Real Decreto 2965/1980, de 12 de Diciembre (BOE de 19 de Enero de 1981)

La primera escuela de España que empezó a funcionar fue la de Valencia. El Real Decreto 2702/1983, de 28 de Septiembre (BOE 24 de Octubre) establecía la transformación de la Escuela de Especialistas de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia en Escuela Universitaria de Fisioterapia.

A partir de la publicación de la Ley Orgánica de la Reforma de las Enseñanzas Universitarias (11/1983 de 25 de Agosto) se establecen las directrices generales de los planes de estudio conducentes a la obtención de cualquier título universitario de carácter oficial en el R.D. 1497/1987, de 23 de Noviembre (BOE 14 de diciembre)

El Consejo de Universidades por acuerdo del 17 de Noviembre de 1987 homologa el plan de estudios correspondiente al Título Oficial de Diplomado en Fisioterapia, autorizándose a la Escuela Universitaria de enfermería a impartir dichas enseñanzas, pasándose a denominar Escuela de Enfermería y Fisioterapia

El 11 de febrero de 1990, el Consejo de Universidades aprueba la reforma de la titulación de Diplomado en Fisioterapia, estructurado en 3 años, de primer ciclo. En el RD 1414/1990 de 26 de octubre (BOE 20 de noviembre), se publican las Directrices Generales propias de los planes de estudios que conducen a la obtención del Título oficial de diplomado en Fisioterapia

Más tarde por el real decreto de 24 de junio, se establecen las directrices generales conducentes al Título de Diplomado en Podología, por lo que desde 1991 la Escuela se transforma en Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología

La Junta de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología remitió el Plan de Estudios aprobado al rectorado de la UCM, entrando en vigor en el curso 1993-94

El Plan de Estudios de Fisioterapia se estructuró en 3 cursos con un total de 210 créditos<sup>1</sup>

Dicho plan de estudios sufrió una modificación posterior según Real Decreto 614/1997 de 25 de abril y 779/1998 de 30 abril, publicado en el BOE nº 238 del 4 de octubre del 2000

El 25 de Noviembre de 1986 se produce el Acuerdo del Consejo de Universidades, por el que se aprueba el área de conocimiento denominada Fisioterapia. Las áreas de conocimiento se definen en el Real Decreto 1988/84 como “aquellos campos del saber caracterizados por la homogeneidad de su objeto de conocimiento, una común tradición histórica y la existencia de comunidades de investigadores nacionales e internacionales” y se les reconoce la capacidad de formar un Departamento Universitario. Así con la creación del Área de Conocimiento de Fisioterapia, se reconoce la capacidad de la misma para organizar y desarrollar la investigación y la docencia propias de su área de actuación (RD 2360/1984 de 12 de Diciembre)

El 3 de Octubre de 1990 se crea el Departamento Universitario de Medicina Física y Rehabilitación. Hidrología Médica, constituido y dirigido por el Prof. Luis Pablo Rodríguez Rodríguez. El profesorado de la Diplomatura de Fisioterapia, en su mayoría está vinculada a dicho Departamento.

En 1990 se produce el proceso de creación de los Colegios Profesionales de Fisioterapeutas, impulsado en su inicio por la Asociación Española de Fisioterapeutas<sup>18</sup>

La Ley Orgánica de Universidades 6/2001, de 21 de Diciembre (LOU), supone el marco legislativo desde el que se articula un proceso de renovación de la Titulación en Fisioterapia, ratificando su confirmación como área de conocimiento

La Ley Orgánica de Universidades (2001) proporciona el marco educativo en el que encuadrar los estudios universitarios. En los artículos correspondientes al título XII, contempla las reformas que hayan de realizarse en las estructuras de los estudios para adaptarlos al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) Posteriormente, la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, modifica la Ley 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades establece los cambios para la adaptación al EEES y a las enseñanzas de Grado

El Libro Blanco sobre el Título de Grado de Fisioterapia (2004)<sup>19</sup> revisa las razones que justifican la necesidad de formación de los estudios de Fisioterapia y su adaptación a los

criterios de Convergencia en el EEES. Se presentan los objetivos del Título de Graduado/a en Fisioterapia y las competencias y el nivel que éstas alcanzan en el desarrollo del ejercicio profesional

Por el Real Decreto 900/2007, de 6 de julio, se crea el Comité para la definición del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, entre las que se encuentra la Fisioterapia. El artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y la Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, da publicidad al Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de febrero, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Fisioterapia. La Orden CIN/2135/2008, del Ministerio de Ciencia e Innovación, desarrolla los objetivos – competencias que ha de cubrir la titulación

Los objetivos de la Titulación de Grado en Fisioterapia propuestos por la Universidad Complutense de Madrid, se establecen en base a las recomendaciones recogidas en el libro blanco del Título de Grado en Fisioterapia publicado por la ANECA (2004) y atienden los principios generales (artículo 3, punto 5) y las directrices recogidas en el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre. El plan de estudios propuesto cumple, además de lo previsto en el R.D. 1393/2007, los requisitos respecto a determinados apartados del Anexo I del citado Real Decreto que se señalan en el Anexo de la Orden CIN/21/2135/2008, de 3 de julio, para la verificación de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapia.

Del mismo modo, los objetivos propuestos para el desarrollo del plan formativo, incorporan las características de un centro universitario público, que como institución de derecho Público y en el marco de su autonomía, fundamenta su actividad en el principio de libertad académica y el respeto a los derechos fundamentales (RD 58/2003, de 8 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos de la Universidad Complutense de Madrid) y se compromete en ofrecer a los estudiantes una formación integral y personalizada, así como una capacitación suficiente como para hacer frente a las necesidades y la demandas que la sociedad requiere de los fisioterapeutas.

La escuela de Enfermería Fisioterapia y Podología oferta además desde 2006 la posibilidad de acceder a los estudios de Máster Profesional, con el Máster de

Investigación en Cuidados dando así la posibilidad a que enfermeros, fisioterapeutas y podólogos accedan a los estudios del doctorado<sup>1</sup>

## **SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL:**

## **5. SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

España es una monarquía parlamentaria desde 1978. A lo largo de los últimos 30 años, se ha llevado de forma progresiva la transferencia de las competencias a los gobiernos regionales. Así la organización política del Estado español comprende actualmente el Estado central y 17 regiones muy descentralizadas (que reciben el nombre de comunidades autónomas) con sus respectivos gobiernos y parlamentos<sup>20</sup>.

La esperanza de vida española es una de las más altas de Europa: 82,2 años en el caso de las mujeres y 77,8 años en el caso de los hombres, en datos de 2007

### ***5.1. Estructura organizativa***

El Sistema Nacional de Salud español es un sistema de cobertura universal, financiado mediante impuestos y que opera principalmente dentro del sector público. Los servicios son gratuitos en el punto de prestación, con la excepción de los medicamentos recetados a personas menores de 65 años de edad, que deben participar en el pago con una aportación del 40% del precio de venta al público, con algunas excepciones<sup>20</sup>.

Las competencias de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002; esta descentralización dio lugar a 17 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio<sup>20</sup>.

La estructura más habitual de los sistemas de salud comprende una consejería o departamento de salud(o sanidad), responsable de la regulación y la planificación en materia de política y atención sanitaria, y un servicio regional de salud que se encarga de la provisión de los servicios. A estos departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, los servicios de salud de las comunidades autónomas están poniendo

en marcha cada vez con mayor frecuencia gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada.

Las zonas básicas de salud son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único Equipo de Atención Primaria que constituye la puerta de entrada al sistema. En cualquier caso para acceder a la atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma

Cada área de salud debe cubrir una población de no menos de 200.000 habitantes y no más de 250.000.

El sector privado sin ánimo de lucro desempeña una función primordial en la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estas contingencias están cubiertas por una serie de mutualidades que financia la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, en su mayor parte mediante contribuciones de los empleadores<sup>20</sup>

Además, el sistema público subcontrata tradicionalmente con entidades privadas de atención hospitalaria (con o sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados

Los seguros privados voluntarios tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público (ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas) y de carácter complementario<sup>20</sup>.

Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales.

Existe una notable excepción al sistema general descrito: las tres mutuas MUFACE, MuGEJU e ISFAS cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios (el 4,8% de la población). Se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos. Los funcionarios son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, optando por servicios sanitarios totalmente privados.

Los centros de atención primaria están atendidos por un equipo multidisciplinar integrados por médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales; algunos cuentan

también con fisioterapeutas y dentistas y todos tienen adscritos recursos básicos de laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos

Aproximadamente el 40% de los hospitales pertenecen al Sistema Nacional de Salud, el resto de hospitales son de titularidad privada, aunque varios de ellos conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad

**SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD:**

## **6. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**

La estructura orgánica del Servicio Madrileño de salud, establecida en el Decreto 23/2008, de 3 de Abril ha experimentado, en lo que se refiere al ámbito de la Atención Primaria, un nuevo enfoque al pasar de un modelo organizativo estrictamente territorial a otro funcional y actualizar sus estructuras de gestión, implicando el tránsito de una pluralidad de órganos administrativos a una estructura mucho más simplificada y una asignación funcional de responsabilidades que facilita una gestión unitaria, como refiere el preámbulo del Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid

### ***6.1. Ordenación Sanitaria del Territorio***

El Decreto 77/1985, de 17 de Julio (BOCM nº182, de 2 de agosto), aprobó provisionalmente la zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, el Decreto 19/1988, de 9 de marzo, (BOCM nº64, de 16 de marzo), deroga la anterior zonificación y por Decreto 117/1988, de 17 de noviembre (BOCM de 24 de noviembre), se aprueba definitivamente la zonificación, en base a Áreas de Salud, definidas en función de Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud

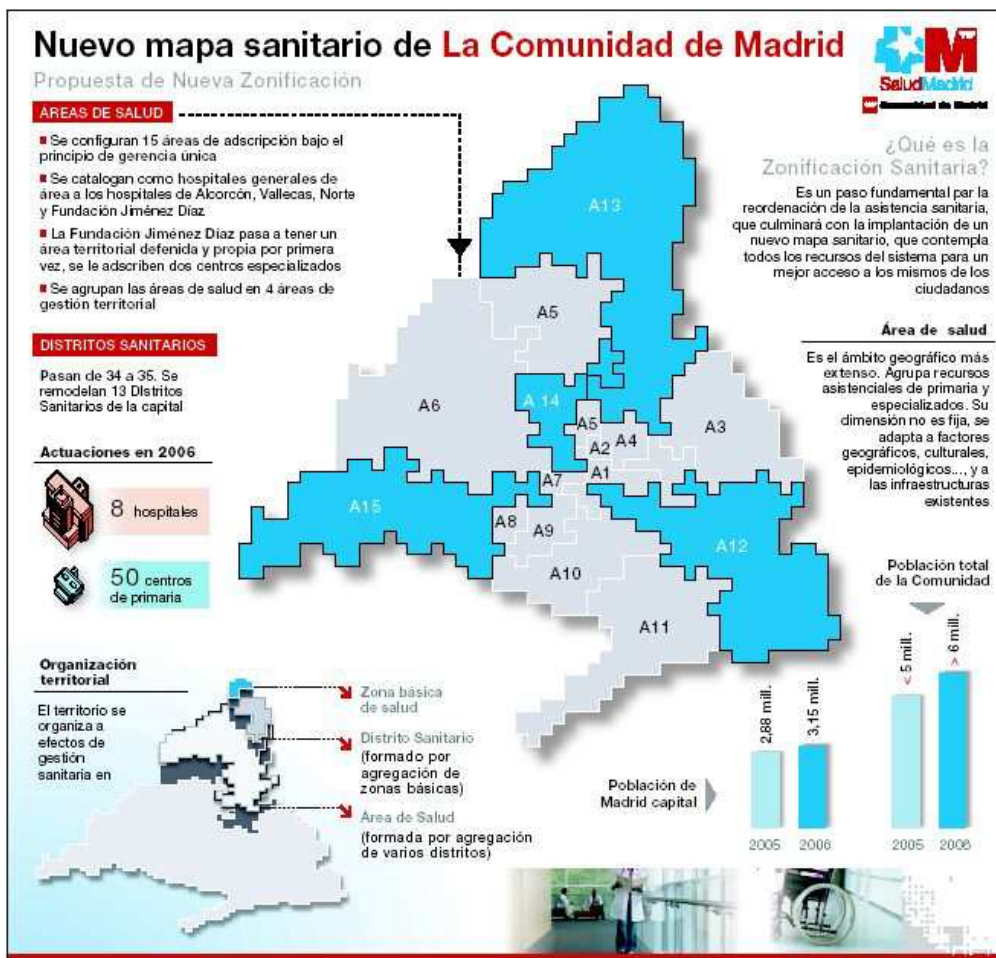
El Decreto 187/1998, de 5 de noviembre (BOCM núm. 275, de 19 de noviembre) por el que se aprueba la actualización de la Zonificación Sanitaria de la Comunidad, establece la distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y Áreas de salud

Por aplicación del RD 1479/2001, de 27 de Diciembre, desde enero de 2002, fueron traspasadas a la Comunidad de Madrid las funciones servicios del Instituto Nacional de Salud.

La zonificación sanitaria es un modelo de ordenación de servicios que busca responder en tiempo a la evolución socio demográfica de la Comunidad de Madrid, mediante una adecuada planificación territorial del los recursos, que permita el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios públicos en condiciones de equidad.

El nuevo mapa sanitario recoge 15 áreas de salud-frente a las 11 actuales- que se denominaran de “adscripción” y funcionarán bajo el principio de gerencia única .También se pasan de 247 zonas básicas de salud a 283, de las que cuarenta y cuatro serán de nueva

configuración. Se elimina la denominación consultorio local, llamándose todos centros de salud



La ley 6/2009, de 16 de noviembre (BOCM núm.274, de 18 de noviembre) de Libertad de elección en la Sanidad de Madrid, modifica la Ley 12/2001, de 21 de diciembre y organiza el territorio de la comunidad de Madrid en un Área Sanitaria única

El Decreto 52/2010 de 29 de Julio (BOCM núm. 189, de 9 de agosto), establece en el área única de salud, como estructuras básicas, la zona básica de salud, siendo esta, el marco territorial de la Atención Primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud

El órgano de dirección de Atención Primaria es la Gerencia de Atención Primaria, de la cual depende la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria de la cual a su vez dependerán las 7 Direcciones Asistenciales, cada una de las cuales ejercerá responsabilidad directa sobre grupos homogéneos de zonas básicas de salud.

**JUSTIFICACION:**

## 7. JUSTIFICACION

La satisfacción del paciente puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”<sup>21</sup>

La satisfacción de los pacientes se constituye como uno de los componentes más importantes a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios. Tal y como confirma Donabedian<sup>22</sup> es imposible describir correctamente la calidad sin contar con el punto de vista del cliente, ya que su opinión nos proporciona información acerca del éxito o fracaso del sistema sanitario para cubrir las expectativas de los pacientes<sup>23, 24</sup>

Es un proceso comparativo, que incluye una evaluación basada en conocimientos (cognitiva) y una respuesta subjetiva (afectiva) que refleja la habilidad del proveedor de salud de alcanzar las expectativas del paciente.

La información sobre satisfacción se puede utilizar para reconocer áreas potenciales de mejora en los servicios de salud, comparar la calidad de diferentes programas o servicios de salud e identificar pacientes que pueden abandonar un programa o servicio<sup>25</sup>

Se ha escrito en forma amplia de la satisfacción del paciente, pero es escasa la investigación de la misma en relación al ámbito de la fisioterapia. El gran volumen de pacientes atendido en las consultas, sus expectativas<sup>26</sup> y las características propias de la atención en consultas externas (masificación, largas listas de espera, citas sucesivas, etc.) hacen conveniente estudiar la satisfacción con las consultas externas hospitalarias mediante un cuestionario diseñado específicamente para estos pacientes. Sin embargo existen pocos estudios realizados en nuestro medio para conocer la satisfacción de los pacientes en consultas externas<sup>27, 28</sup> y la mayoría de ellos han sido realizados para consultas específicas utilizando cuestionarios no validados<sup>29</sup>

En nuestro país son muy escasos los estudios de la satisfacción de los usuarios de fisioterapia y los que se han encontrado se limitan solo a algunas patologías

La fisioterapia como campo de conocimiento en salud juega un papel muy importante en la prevención, tratamiento y rehabilitación y la vuelta a la interacción social del paciente

La satisfacción de los usuarios es un elemento importante para determinar la calidad de los servicios de fisioterapia y por lo tanto exige una investigación que profundice en el conocimiento de los mismos.

El presente estudio tiene el objetivo de evaluar la satisfacción de los usuarios ambulatorios de fisioterapia en la Comunidad de Madrid, así como la satisfacción en relación con otras variables.

**CONCEPTO SATISFACCIÓN:**

## 8. CONCEPTO DE SATISFACCION

Es un concepto multidimensional<sup>30</sup> cuyos componentes varían en función del tipo de prestación que se trate, más relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades y que conceptualmente puede explicarse mediante la disconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

Este concepto se ha ido matizando a lo largo del tiempo, según han ido avanzando sus investigaciones, enfatizando distintos aspectos y variando su concepción.

En los años setenta el estudio de la satisfacción se incremento hasta el punto que un estudio realizado por Peterson y Wilson<sup>31</sup> estiman en más de 15000 las investigaciones sobre satisfacción y donde el interés se centraba en determinar las variables que intervienen en el proceso de su formación, en la década de los ochenta se analizan además las consecuencias de su procesamiento

En esta década de los 70 el concepto predominante fue el de E.Koos<sup>32</sup> y Avedis Donabedian<sup>33</sup> para quienes la satisfacción del paciente es ante todo, “una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente”

Otros autores como Cafferata y Roghmann<sup>34</sup> sugieren que la satisfacción del paciente puede ser mejor entendida como una “entrada” a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos , principalmente.

Strasser y Devis <sup>35</sup>definieron la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud, definición que recoge conceptualmente el hecho de que la satisfacción esté influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud

El concepto de satisfacción ha adquirido tanta importancia que hay algunos autores que refieren que la satisfacción en sí es un beneficio, que mejora la salud y contribuye a aumentar la participación y la adhesión del paciente en el cumplimiento de sus tratamientos y cuidados<sup>36, 37, 38</sup>

La psicología se ha dedicado a estudiar el concepto de satisfacción a través de múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas confirmando la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano<sup>39</sup>

En la literatura sobre satisfacción, prevalecen tres acercamientos teóricos de carácter cognitivo<sup>40</sup>

Estos tres acercamientos están relacionados con:

- Paradigma de la disconfirmación de expectativas
- Teoría de la equidad
- Teorías de la atribución causal

Desde el modelo de disconfirmación de expectativas se afirma que la satisfacción aumenta a medida que lo hace el ratio expectativas/rendimiento<sup>41</sup>. Existen confirmación de expectativas y por lo tanto satisfacción, cuando las características del servicio utilizado son los esperados e insatisfacción cuando el rendimiento es peor de lo que se esperaba o dicho de otra manera la diferencia entre lo que el paciente esperaba y la percepción de lo que ha obtenido

En la teoría de la equidad, la satisfacción es consecuencia de un proceso de comparación social, los individuos evalúan su satisfacción no solo en función de sus costes-beneficios sino también a partir de los de otras personas de su contexto social.

Desde la teoría de la atribución casual se observa que diferentes dimensiones como el locus de control, la estabilidad y el control a la hora de atribuir el resultado de la experiencia de uso, juegan un papel importante para entender la satisfacción de los consumidores y usuarios

Desde una visión cognitivista se considera la satisfacción como una evaluación que es consecuencia del procesamiento de información relevante, que puede consistir en una comparación entre un bien de consumo o servicio y los estándares de comparación que puedan poseer los sujetos. También puede reflejar una comparación social entre costes y beneficios.

## **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:**

## 9. LA SATISFACCION DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente es una variable dependiente de la calidad de los servicios y <sup>42</sup>es también una variable independiente que permite predecir el comportamiento de los usuarios, influyendo en los resultados clínicos y económicos de los servicios de atención de la salud<sup>43</sup>

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones<sup>36</sup>

A finales de los años setenta se diseña un nuevo modelo de gestión sanitaria a partir del propuesto por la OMS en Alma –Ata<sup>44</sup> En España se crea la red de Atención Primaria de Salud, preservando aquellos elementos considerados positivos en el tradicional sistema de cupo de la Seguridad Social<sup>45</sup> y se incorporan nuevas áreas de actuación específicas (promoción de la salud, educación sanitaria, etc....)

Sin embargo el cambio social que se está produciendo en nuestro país ha ocasionado un cambio de expectativas de la comunidad y exige una reorientación del modelo de asistencia sanitaria<sup>46</sup>

Durante las últimas décadas, el interés en la medición de la satisfacción del paciente con los cuidados sanitarios ha ido en aumento debido a que el paciente tiene un papel cada vez más activo en la toma de decisiones como consumidor de servicio<sup>47</sup>

La satisfacción de los usuarios es uno de los objetivos principales a la hora de medir la calidad de los servicios sanitarios. Donabedian<sup>48</sup> afirma que es imposible describir correctamente la calidad sin contar con el punto de vista del cliente, ya que su opinión nos proporciona información acerca del éxito o del fracaso del sistema sanitario para cubrir las expectativas de los pacientes<sup>18, 40</sup> y en las empresas que adoptan como propios los principios de calidad total<sup>49</sup> adquiere más importancia incluso que los mismos beneficios empresariales<sup>50</sup>

A partir de los usuarios y su satisfacción se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: la mejora en el acceso al sistema, participación

del ciudadano, continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científicotécnica<sup>51</sup>. Estos elementos constituirían un servicio de calidad total y cuyo fin es la satisfacción del usuario

Avedis Donabedian<sup>44</sup> entiende la satisfacción del paciente, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”

Mira y Aranaz<sup>52</sup> relaciona la satisfacción del paciente con aspectos generales denominados como “amenidades” compuestos por aspectos generales del ámbito hospitalario y relacionado, entre otros, con el Servicio de Admisión, la Unidad de Atención al paciente y los Servicios Generales

Hulka<sup>53</sup> vincula la satisfacción del paciente con los resultados de salud, la valoración técnico profesional asistencial, plantea que la calidad está relacionada con la competencia profesional, personal médico, así como los costes e inconvenientes de los cuidados prescritos. Wolf<sup>54</sup> habla de dimensiones cognitiva, afectiva y comportamental o de profesionalización.

Ware y colaboradores<sup>55</sup> definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente:

- La accesibilidad de los servicios
- La disponibilidad de los recursos
- La continuidad de los cuidados
- La eficacia de los cuidados
- El costo de los servicios
- La humanización de los servicios
- La información al paciente
- El acceso a la información
- La competencia profesional del trabajador de la salud
- El entorno terapéutico

Es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria<sup>56</sup>

Desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria<sup>57</sup>

En muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio<sup>58</sup> aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas<sup>59, 60</sup>

## **CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCION:**

## 10. CALIDAD ASISTENCIAL Y SATISFACCION

La OMS define la calidad en el cuidado de la salud como un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos y un alto grado de satisfacción por parte del paciente<sup>61</sup>

El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria<sup>62, 63</sup>

Los modelos de calidad nacen de dos tradiciones diferentes en sus conceptualizaciones y en su forma de entender la calidad de servicios, una es la tradición norteamericana cuyo iniciador se considera Parasuraman y cols.<sup>52,64</sup> y cuyo desarrollo culmina con el diseño de la escala de medida SERVQUAL (service quality); y la tradición europea cuyo iniciador se considera Grönroos<sup>65, 66,67</sup> la cual se ha desarrollado menos a pesar de ser anterior a la americana.

Según Reeves y Bednar<sup>68</sup> se pueden distinguir cuatro maneras de definir la calidad:

1-Calidad como “excelencia”: la calidad se define como lo mejor en un sentido absoluto. El servicio debe hacer el máximo esfuerzo para conseguir el mejor de los resultados

2-Calidad como “valor”: según esta definición no existe el mejor bien de consumo o servicio en sentido absoluto, sino que depende tanto de la calidad como del precio, por todo ello se deben tener en cuenta diferentes aspectos como: excelencia, precio, y accesibilidad

3-Calidad como “ajuste de las especificaciones”: la calidad sirve para la consecución de los objetivos básicos:

- Observar si la calidad en un periodo difiere de la conseguida en otro momento que se toma como base de la comparación
- Comparar la calidad conseguida en dos momentos con la intención de determinar si la diferencia se debe o no al azar

4-Calidad como “satisfacción de las expectativas de los usuarios o consumidores”: grado en el que se atienden o no las expectativas de los usuarios, supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios de las personas que reciben el servicio. Supone conocer qué es aquello que valoran los usuarios de un determinado servicio. Entre algunos de los inconvenientes encontramos que existe una gran variabilidad entre aquello que más valoran los usuarios de un determinado servicio, y por otra parte es muy difícil evaluar las expectativas de los usuarios antes de utilizar el servicio, porque en algunos casos ellos mismos no las conocen de antemano.

Tradicionalmente la investigación ha tenido claros sesgos hacia el análisis de la calidad de los bienes de consumo, dejando apartado el estudio de la calidad de servicio, y por ello siempre se ha puesto más énfasis en las conceptualizaciones de calidad siguiendo las tres primeras perspectivas<sup>69</sup>, sin embargo el análisis de las actitudes y comportamientos de los usuarios en lo que a calidad de servicio se refiere es fundamental y por ello se concede la máxima importancia a la satisfacción para llegar a la máxima calidad

Feigembaun fue uno de las primeras personas que utilizó el término calidad total como “un sistema ético no medible, aunque si evaluable, que satisface al cliente, al personal, al accionista y a la sociedad con el mínimo coste<sup>70</sup>. Pero fueron Koss<sup>26</sup> y Donabedian<sup>71</sup> dos de los primeros autores que estudiaron la calidad de los servicios sanitarios, y que consideraron que en este proceso intervenían tres aspectos:

1-Aspecto técnico-instrumental

2-Aspecto comunicativo

3-Comodidades de la asistencia

Vuori<sup>72</sup> afirma que si se supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios y propone para ello una serie de consideraciones éticas desde el punto de vista del paciente, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad. Estas consideraciones son:

-El principio hipocrático: según el cual el bienestar del paciente debe ser el interés máximo de la atención sanitaria

-El principio democrático: según el cual aquellos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella.

-Los derechos del consumidor: los consumidores tienen derecho a decidir lo que ellos quieren

-El concepto de enfermedad: que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental del mismo, y añade que si la medicina no puede curar, si que puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por esta razón a través de los análisis de satisfacción podremos conocer cuáles son las necesidades y experiencias de los pacientes<sup>72</sup>

Aguirre señaló que conocer la calidad con que se otorga la atención sanitaria, como primer paso para mejorar su prestación, es una necesidad inherente al acto sanitario en sí mismo y considera necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes:

- Conforme a la satisfacción de las expectativas del paciente
- Conforme a la satisfacción de las expectativas de la institución
- Conforme a la satisfacción de las expectativas del trabajador mismo<sup>73</sup>

Los principales autores que han estudiado y expuesto sus conclusiones acerca de la calidad asistencial la ligaron, en su mayor parte a la satisfacción, sin embargo, hay autores que ofrecen cierta resistencia a incluir la satisfacción entre los criterios de la calidad asistencial y lo han fundamentado en las siguientes razones<sup>74</sup>:

-La falta de conocimientos científicos y técnicos por parte de los pacientes para evaluar la calidad asistencial

-El estado físico o mental de los pacientes puede influirles, o en algunos casos incapacitarles, para emitir juicios objetivos

-La rapidez del proceso asistencial podría dificultar que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que está ocurriendo

-La dificultad que tiene definir aquello que los pacientes consideran calidad

Actualmente la mayoría de investigaciones que abordan la calidad asistencial sanitaria coinciden en señalar la importancia que ha ido adquiriendo la satisfacción del paciente dentro del concepto global de calidad, llegándose a afirmar que la calidad es la satisfacción de las necesidades del paciente<sup>75, 76</sup> tomando como base las expectativas de estos y la percepción de los servicios que ha recibido.

Todos los modelos de calidad en salud, desde el Ciclo evaluativo o de Mejora Deming, hasta las normas ISO-9000, el sistema de acreditación Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) o el modelo europeo de excelencia de la EFQM, se basan en la evaluación continua para conseguir un producto de calidad y satisfactorio para los clientes y a su vez una de las similitudes de los cuatro modelos es la importancia de la orientación hacia el cliente (el paciente), que todos destacan como característica primordial y que debe basarse en información contrastada acerca de las preferencias, las expectativas, lo que se considera relevante en cada momento, y tendencias en la opinión de los pacientes para enfocar la organización hacia las necesidades cambiantes de los usuarios<sup>77</sup>

Para Aranaz<sup>78, 79</sup> los planes de calidad asistencial deben estar basados en la satisfacción, opinión y expectativas del paciente y fundamentarse en tres pilares:

-Calidad Científico-Técnica o Física, entendida como la atención técnica, basada en evidencias científicas y su transcripción a través de protocolos y en el juicio profesional de comisiones clínicas

-Calidad Funcional o Interactiva, referida a la opinión y la satisfacción del paciente y a la percepción del servicio que le han prestado los profesionales y valorada por el paciente y su familia

-Calidad Corporativa, relacionada con la imagen que los pacientes, profesionales y comunidad tienen del servicio prestado (cliente interno y externo)

Fornell<sup>80</sup> clarifica la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas

La gestión sanitaria y la gestión hospitalaria, en particular, poseen un elevado grado de complejidad. La existencia de un número mayor de profesiones y técnicas y el contexto en el que la prestación de servicio se realiza, hacen que el cliente sea mucho más intolerante frente a la calidad de servicio prestado que en otras actividades de prestación de servicios de otros sectores. El grado de complejidad de los servicios prestados se sitúa además fuera de la comprensión técnico científica de la mayoría de los clientes. En este sentido, es necesario, por un lado, un desarrollo de programas de calidad en las organizaciones hospitalarias con el objeto de mejorar su gestión y establecer sistemas de aplicación de conceptos y Técnicas de calidad total<sup>81</sup>

### ***10.1. Dimensiones de la calidad asistencial***

Hay dos dimensiones que están incluidas en todas las definiciones de calidad asistencial que son la *efectividad* y la *eficiencia*.

Efectividad se refiere al alcance por el que la intervención en cuestión produce los efectos deseados para mejorar la salud en aquellos que son tratados<sup>82</sup>. En este sentido se incluirían cuestiones sobre el mejor tratamiento disponible en un sentido técnico, resultado global del tratamiento y grado de potenciación que tienen los beneficios sanitarios obtenidos realmente<sup>83</sup>

Eficiencia se define en términos entre coste y resultado, se busca maximizar el rendimiento de una inversión realizada o, a la inversa, minimizar la inversión para un nivel de rendimiento determinado, aquí se incluirían cuestiones como la de comparar cómo puede ser el coste unitario del mismo tratamiento en distintos lugares<sup>66</sup>

Donabedian<sup>84</sup> propone que podemos medir la calidad asistencial evaluando su **estructura, procesos y resultados** definiendo la **estructura** (o inversión) como las características de los escenarios donde se presta la atención y los recursos para asistencia sanitaria. Esto debería incluir recursos materiales (instalaciones, capital, equipo, medicamentos, etc.) recursos intelectuales (conocimiento médico, sistemas de información) y recursos humanos (profesionales de atención sanitaria)

**Proceso** significa la utilización de recursos en cuanto a lo realizado en prestar y recibir asistencia. Esto puede ser clasificado en procesos relacionados con el paciente (índices de intervención, índices de derivación, etc.) y aspectos organizativos (suministro con

medicamentos, gestión de listas de espera, pagos del personal sanitario, captación de fondos, etc.). Los **Resultados** describen los efectos de la atención asistencial sobre el estado de salud de los pacientes y poblaciones, y comprende tanto resultados definitivos, por ejemplo: mortalidad, morbilidad, discapacidad o calidad de vida, como resultados intermedios, por ejemplo: presión arterial, peso corporal, bienestar personal, capacidad funcional, capacidad para sobrellevar problemas, mejora del conocimiento.

Aunque el enfoque de Donabedian para describir y evaluar la calidad ha sido ampliamente aceptado en el campo de la calidad asistencial, recientemente el enfoque ha cambiado hacia el desarrollo de medidas de proceso y resultado, ya que las medidas estructurales no fueron consideradas medidas sólidas de calidad asistencial<sup>85</sup>

Aún existe un amplio debate sobre cómo medir mejor y perfeccionar la calidad de la prestación asistencial en términos de proceso y resultado<sup>86</sup>

Por otro lado hay otra serie de dimensiones que se refiere a la satisfacción y necesidades de los pacientes. Estas dimensiones son: aceptabilidad (grado de humanidad y consideración con el que proporciona el tratamiento); adecuación (grado en el que el tratamiento se corresponde con las necesidades del paciente); satisfacción (grado en el que el tratamiento y mejoras en la salud del paciente satisfacen sus expectativas); y experiencia en asistencia al paciente (NHS 1997)<sup>87</sup> o receptividad a los pacientes o respuesta centrada en el paciente (IOM 2001)<sup>88</sup> que se refiere a la importancia de las preferencias y valores de los pacientes individuales y sociedades, implicando que deben ser tenidos en cuenta por parte de los responsables de formular políticas y administradores de asistencia sanitaria. Seguridad se refiere a la reducción del riesgo y constituye un componente importante de las definiciones propuestas por Donabedian, Instituto de Medicina (IOM)<sup>71</sup> y la Comisión estadounidense para acreditación de organizaciones sanitarias (Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)<sup>89</sup>. Una dimensión primordial mencionada por Maxwell<sup>76</sup> es relevancia. Se refiere al patrón general y balance de servicios óptimo que podría alcanzarse, teniendo en cuenta las necesidades y carencias de la población como un todo

**FACTORES DE LOS QUE DEPENDE LA  
SATISFACCIÓN:**

## 11. FACTORES DE LOS QUE DEPENDE LA SATISFACCION

La satisfacción de los pacientes dependerá de los siguientes factores:

- 1-Grado del conocimiento de las expectativas (expectativas)
- 2- De la transformación de este conocimiento en oferta adecuada al mismo (calidad asistencial)
- 3-De lo que sucede en el momento de la verdad (calidad asistencial) o mejor dicho, de lo que percibe el paciente en la prestación de estos servicios (calidad percibida)<sup>90</sup>

O'Connor et al<sup>91</sup> consideran que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de la formación del grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario recibido.

La formulación de expectativas se producen a partir de:

- Las necesidades personales y las situaciones del momento
- Las experiencias propias en el servicio (satisfacción anterior)
- La recomendación de los expertos (familiares y profesionales)
- Impacto de las comunicaciones
- Cultura y educación de cada paciente

A pesar de que las expectativas son individuales y dependen de las características de las personas, diferentes estudios coinciden en que los servicios que esperan los usuarios de los servicios sanitarios serían:

- Relaciones interpersonales
- Aspectos técnicos de la atención
- Aspectos relacionados con el confort

Según Carmel<sup>92</sup> y Weiss<sup>93</sup> podemos considerar tres aspectos como los más determinantes:

*-Las características del paciente como edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas ante los trabajadores de la salud, el estado de salud.*

*-Características del paciente y el médico.*

*-Factores de costo-beneficio*

Ben Sira <sup>94</sup> y Larssen Rootman <sup>95</sup> han resaltado que la calidad de la relación enfermera .paciente-médico es más determinante para la satisfacción con los cuidados recibidos que otras variables como el nivel educativo o social de los pacientes

Según estudios realizados por Dimatteo y Fox <sup>96</sup> parece existir una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en pacientes de edad, que tiene explicación en sus grandes necesidades de comunicación y que las mujeres, en particular las personas con ingreso económico medio y alto, tienden a exigir un elevado nivel de atención para su satisfacción

Diferentes estudios consideran la comunicación el factor decisivo en la satisfacción del paciente, Mira y Aranaz <sup>45</sup> relacionan este factor con el coste de atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento y la ausencia de información suficiente y comprensible para el paciente

En un estudio realizado por Pujula-Masó, J Suñer et al <sup>97</sup> ponen de relieve que la satisfacción del paciente se basa en los siguientes aspectos:

-Buena comunicación

-Suficiente información

-Empatía

-Apariencia de los cuidados

-Capacidad técnica

Levinson afirma que la información detallada, aunque asequible, principalmente de los riesgos y su aceptación por parte del paciente, es un aspecto importante en la relación entre el médico y el paciente <sup>98, 99</sup>,

El conocimiento del nombre de los profesionales sanitarios, el tiempo dedicado a la consulta, la espera previa a la consulta y las dificultades para la citación son las oportunidades de mejora más expresadas de manera mayoritaria en el apartado de de sugerencias de un estudio<sup>84</sup>

## **MEDICIÓN DE LA SATISFACIÓN:**

## 12. MEDICION DE LA SATISFACCION

Medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud<sup>100, 101</sup>

La medida de la satisfacción ha demostrado ser un instrumento útil para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque proporciona información sobre la calidad percibida por los ciudadanos<sup>18</sup>

Existen diferentes métodos que nos permiten aproximarnos al conocimiento del nivel de satisfacción del usuario con el sistema sanitario, como el análisis de quejas y sugerencias<sup>102</sup> o la realización de estudios empleando metodología cualitativa<sup>103</sup>. Sin embargo, en nuestro medio, los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante técnicas de investigación cuantitativa: cuestionarios o encuestas de satisfacción<sup>104</sup>

Las encuestas permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas<sup>39</sup>.

Los datos obtenidos se pueden analizar y sistematizar, identificando los elementos mejor y peor valorados por los usuarios, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la política pública sanitaria y de los servicios que, a través de ella se ponen en marcha<sup>105, 106</sup>

Las encuestas de satisfacción de pacientes requieren una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, especialmente cuando el propósito es extrapolar los resultados obtenidos a la población<sup>107</sup>.

Estas encuestas utilizan la escala Likert para cuantificar y valorar el nivel de satisfacción del paciente, utilizan un formato multidimensional sobre diferentes aspectos o factores, que influyen en el nivel de satisfacción del paciente, como pueden ser la empatía, comunicación, formación, información, competencia técnica, instalaciones, costes, etc.<sup>23, 7, 108</sup>

Hay autores como Pujulla<sup>109</sup>, Cabrero<sup>110</sup> y otros, Mira y Aranaz<sup>45</sup> que piensan que aunque los cuestionarios sigan las normas estrictas de fiabilidad, validez, muestra correcta, etc. La aplicación de los mismo es uno de sus elementos menos fiables, que en algunos casos,

pueden invalidar los resultados y el proceso en general (actitud de la persona que encuesta, momento en el que se pasa el instrumento, procesamiento de datos, contexto sanitario, etc.)

Van Campen<sup>111</sup> alude a que pocas veces los resultados se han aplicado para la mejora de los tratamientos y de los planes estratégicos de mejora de un hospital

Owens y Bachelor<sup>112</sup> recomiendan el uso de métodos cualitativos para investigar satisfacción cuando se pretende alcanzar grupos de difícil acceso, como grupos étnicos minoritarios o pacientes de edad avanzada. Aspinal y col<sup>99</sup> postulan algunos límites a los métodos cualitativos, para estos autores los cuestionarios cara a cara pueden inhibir la honestidad de pacientes y familiares por miedo a sufrir represalias, además de consumir bastante tiempo para que se establezca empatía entre el encuestador y los usuarios, siendo un factor de cansancio para pacientes debilitados.

De acuerdo con Minayo y Sanches<sup>113</sup> el abordaje cualitativo promueve una aproximación entre sujeto y objeto, de naturaleza común, donde es preciso diferenciar la comprensión que se tiene del otro y de la realidad, la comprensión introspectiva de sí mismo. Algunos autores privilegian los análisis cuantitativos cuando se busca captar la amplitud del fenómeno y proponen los cualitativos cuando se pretende profundizar en su complejidad. Los dos abordajes no se encuentran en situación de oposición sino de continuidad y complementariedad<sup>114</sup>.

Como recomiendan Mira y Aranaz<sup>115</sup> la metodología más recomendable es la que combina técnica de investigación cualitativa y cuantitativa, así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los pacientes con la experiencia sobre si determinados “hechos de buena praxis” han ocurrido.

La taxonomía más aceptada entre los cuestionarios, fue elaborada por Ware y col<sup>116</sup> distinguiendo las siguientes dimensiones:

-comportamiento interpersonal, modo en que los proveedores de salud interaccionan con los pacientes: respeto, preocupación, cortesía.

- calidad técnica en el cuidado: competencias, adherencia a altos criterios de diagnóstico y tratamiento

-accesibilidad/conveniencia: tiempo de espera, facilidad de acceso

-aspectos financieros: capacidad de pago de los servicios, flexibilidad y alcance de la cobertura

-eficacia/resultados del cuidado: mejora y mantenimiento de la salud

-continuidad en el cuidado: grado de regularidad persistencia de la prestación

-ambiente físico: espacios bien señalizados, equipamiento, atmósfera agradable

-disponibilidad: presencia de recursos médicos, cantidad suficiente de proveedores e insumos.

Prevost y col (1998)<sup>117</sup> propusieron una clasificación más amplia, privilegiando las siguientes dimensiones

-relacional: respeto, consideración, gentileza

-organizacional, organización de los servicios

-profesional, tiempo dispensado a la consulta, informaciones suficientes y claras

-socioeconómicas y culturales, aspectos relacionados con las condiciones de vida de las personas

Para Feletti, Firman y Sanson –Fisher<sup>118</sup> llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes son:

-comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés)

-actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante)

-clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales)

-percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo)

### ***12.1. La medida de la satisfacción en fisioterapia***

En una revisión sistemática realizada por Hush et al<sup>119</sup> encontraron que los diferentes métodos utilizados para medir la satisfacción de los pacientes con la fisioterapia, varían notablemente entre ellos, así encontramos: Beattie y colaboradores<sup>120</sup> usaron la escala MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care, la versión de 10 ítem.

Butler and Johnson (2008)<sup>121</sup> utilizaron un cuestionario con una sola pregunta sobre satisfacción con la atención

Casserley-Feeney et al (2008)<sup>122</sup> utilizaron un cuestionario de 4 ítem sobre la calificación global de la satisfacción de los pacientes con la experiencia general de fisioterapia y 3 preguntas abiertas sobre satisfacción de los pacientes, con temas identificados a partir de las respuestas

Law et al<sup>123</sup> utilizaron un solo ítem calificando la satisfacción de los pacientes con la experiencia global en rehabilitación

Hills and Kitchen<sup>124</sup> usaron un cuestionario de 38 ítems con 6 subescalas. Mc Kinnon<sup>125</sup> utilizó un cuestionario con 13 ítems, 6 de accesibilidad a los servicios y 7 sobre resultados de atención. Layzell<sup>126</sup> utilizó un cuestionario de 14 ítem sobre la satisfacción del paciente y Seibert et al<sup>127</sup>, utilizaron un cuestionario de 38 ítem los cuales evaluaban múltiples dimensiones de satisfacción con atención ambulatoria.

También se encontraron 3 estudios cualitativos que usaron entrevistas semiestructuradas a grupos o a individuales, usando la lista de calidad de Grenhalgh y Taylor los tres estudios cumplen con 7 de los 10 criterios de esta lista, indicando que estos son de calidad aceptable, estos estudios son los realizados por Cooper et al<sup>128</sup>, que utilizó entrevistas semiestructuradas y análisis de datos, Hills and Kitchen<sup>115</sup> que utilizó entrevistas semiestructuradas con grupos focales y un modelo interactivo de análisis de datos y May<sup>129</sup> que utilizó entrevistas semiestructuradas y análisis de datos

Recientemente dos grupos han desarrollado instrumentos para evaluar la satisfacción de los pacientes en fisioterapia ambulatoria, ambos instrumentos tienen buenas propiedades psicométricas, sin embargo reflejan diferentes aspectos de la satisfacción del paciente. Roush and Sonstroem<sup>130</sup> han desarrollado un cuestionario sobre satisfacción del

paciente con fisioterapia ambulatoria con 34 ítems para medir 4 dimensiones: admiradores, detractores, ubicación y costes. Encontraron que la ubicación y los costes eran los aspectos que más influían en la satisfacción.

Goldstein et al<sup>133</sup> propusieron un cuestionario con 15 ítem que indicaban que una sola dimensión representando la interacción entre fisioterapeuta –paciente era la más importante, ninguno de estos dos cuestionarios están traducidos al español.

**LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE  
FISIOTERAPIA:**

### 13. LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE FISIOTERAPIA

- La satisfacción con la fisioterapia ha sido estudiada usando cuestionarios (Beattie, Pinto, Nelson and Nelson,2000<sup>131</sup>; Curry and Sinclair,2002; Goldstein,Elliott, and Guccione,2000<sup>132</sup>;Monnin and Perneger,2002<sup>133</sup>;Oermann,Swank, and Sockrider,2001<sup>134</sup>;Roush and Sonstroem,1999<sup>131</sup>) y entrevistas (Hills and Kitchen,20017b<sup>115</sup>;May 2001<sup>130</sup>)a una serie de grupos de clientes. Los factores más frecuentes que contribuyen a la satisfacción son: La duración de la consulta y el acceso de los clientes al fisioterapeuta(Beattie, Pinto, and Nelson 2002<sup>132</sup>;Golstein,Elliot and Gucciones, 2000<sup>133</sup>;Hills and Kitchen,2007b<sup>115</sup>;May 2001)
- Los resultados del tratamiento(Goldstein,Elliott, and Gucciones,2000<sup>133</sup>;Hills and Kitchen,2007b<sup>115</sup>;May,2001<sup>130</sup>;Oermann,Swank, and Sockrider,2001<sup>132</sup>) y
- La manera profesional y personal del fisioterapeuta, las explicaciones y enseñanzas impartidas (Beattie,Pinto,Nelson and Nelson,2000;Goldstein,Elliott and Guccione,200<sup>133</sup>;Hills and Kitchen,2007b<sup>115</sup>;May,2001<sup>130</sup>)

En una revisión realizada por Hush et al<sup>120</sup>, concluyeron que los factores determinantes en la satisfacción de los pacientes eran los atributos interpersonales del fisioterapeuta y el proceso de la atención. Sin embargo encontraron un hallazgo inesperado y es que el resultado del tratamiento no se estudia con frecuencia y la relación de este con la satisfacción era inconsistente

## **HIPOTESIS Y OBJETIVOS:**

## **14. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

### ***HIPÓTESIS***

El grado de satisfacción del paciente que recibe fisioterapia en la Comunidad de Madrid es más elevado en los Centros Privados que en los Centros Públicos, para alcanzar esta hipótesis se va a utilizar el cuestionario validado al español Med Risk.

### ***OBJETIVO GENERAL***

Valorar el grado de satisfacción con los factores internos, externos e interpersonales de los pacientes que han recibido fisioterapia ambulatoria en centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

1. Comparar el grado de satisfacción entre usuarios de centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid
2. Identificar la relación del nivel de satisfacción percibido por los pacientes con la edad de los mismos
3. Identificar la relación del nivel de satisfacción percibido por los pacientes con el sexo de los mismos
4. Relacionar el grado de satisfacción percibido por los pacientes con el área de tratamiento
5. Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes con los principales aspectos de la atención recibida del personal sanitario y con aspectos ambientales del centro de salud
6. Establecer la relación entre el grado de satisfacción y la situación actual de la lesión
7. Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes en relación a los factores fisioterapeuta
8. Inferir los factores asociados que se relacionan a la satisfacción del paciente

## **MATERIAL Y METODOS:**

## 15. MATERIAL Y METODOS

### *Diseño*

Estudio transversal con muestreo de oportunidad, con recogida de la información prospectiva

### *Ámbito*

Centros públicos y privados de fisioterapia de la Comunidad de Madrid

### *Periodo de Estudio*

El trabajo de campo se empezó en el mes de Diciembre de 2010 y se terminó en el mes de Abril de 2011

### *Cuestionario*

Escala Med Risk validada al español

### *Pacientes*

Pacientes que están en periodo de tratamiento ambulatorio para técnicas de fisioterapia

### *Criterios de inclusión*

- Todos los usuarios que acudan al servicio de fisioterapia, sin distinción de raza, religión, procedencia, sexo, etc.
- Ser mayor de 18 años
- Que lleven 4-5 sesiones de fisioterapia en el periodo comprendido de la realización del estudio (sesiones propuestas por los autores del cuestionario)
- Que sean capaces de leer y escribir español
- Que sean pacientes ambulatorios
- Consentimiento informado

### ***Tamaño de la muestra***

La muestra de estudio debe permitir estimar variables dicotómicas con una proporción de 0,50, aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de 0,04 unidades porcentuales, y estimando un 5% de pacientes no evaluables, por lo que se precisa una muestra aleatoria poblacional de 632 pacientes

### ***Variables***

Variables resultado:

- Grado de satisfacción utilizando el instrumento Med Risk , con los factores internos, externos e interpersonales

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Centro público/privado
- Área de tratamiento

### ***Métodos***

Posterior a la autorización por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico de San Carlos con código interno 11/021-E (ANEXO 1), se procedió a pedir autorización en las áreas de salud de la Comunidad de Madrid adscritas a la Universidad Complutense de Madrid, así como en los Hospitales de Especialidades Doce de Octubre, Hospital Clínico de San Carlos e Instituto Provincial de Madrid. Con respecto a las Clínicas Privadas, se cogió el censo de las mismas que existe en el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, se llamó y se les invitó a participar en el Estudio.

Se consiguió autorización de los Hospitales de Especialidades Hospital Clínico de San Carlos (Área 7) e Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid (Área 1), así como en los centros de salud correspondientes al Área 11.

Con respecto a los centros privados se ofreció a participar a 80 centros, de los cuales aceptaron a participar 11, situados en las áreas 7, 1, 2 y 11

Las áreas que se han cubierto tanto en centros públicos como en privados son las áreas, 1, 7 y 11 por lo que se han cubierto el 40% del total de áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid

La recogida de información se llevó a cabo mediante el cuestionario auto administrado y se siguieron las normas elementales de aplicación de este tipo de cuestionarios: privacidad, lectura de preguntas sin modificaciones, ni aclaraciones.

Se les explicó a los pacientes la naturaleza y objetivos del estudio y se les entregó el cuestionario y consentimiento informado (ANEXO II y III) en dos sobres separados para conservar su anonimato.

Además, se les indicó la confidencialidad de sus datos (Ley Orgánica 15/99 del 13 de Diciembre).

Se les explico a los pacientes la naturaleza y objetivos del estudio y se les entregó el cuestionario y consentimiento informado en dos sobres separados para conservar su anonimato.

Se solicito en cada centro que se dispusiera de un espacio donde el paciente pudiera responder al cuestionario sin condicionantes, en los casos que no fue posible, se realizó en la sala de espera.

Los cuestionarios en los centros privados se entregaron al responsable y se le explicó la forma de proceder, una vez cumplimentados se pasó para su recogida

### ***Cuestionario***

El cuestionario que hemos utilizado en nuestro estudio es la versión española del Medrisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS), desarrollado por Paul F Beattie, Roger M Nelson y Ángela Lis, previo a su utilización se pidió autorización a sus autores (ANEXO IV)

La consistencia interna en su estudio es de 0,95, lo que indica que el instrumento de medida es fiable.

Consta de 20 ítems que se puntúan con una escala de Likert, que va desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) al 5(Totalmente de acuerdo) ,de los 18 indicadores que

contiene la escala, se han agrupado en tres factores que han sido propuestos por los autores del cuestionario, que los vamos a denominar de la siguiente manera:

- Factores centro
- Factores interpersonales
- Factores fisioterapeuta

Los factores centro incluye los ítems: 2, 3, 4, 5,16,17

Los factores interpersonales incluye los ítems 1, 6, 7,11 ,12

Los factores fisioterapeuta incluyen los ítems 8, 9, 10, 13, 14, 15,18

Y contiene dos preguntas consideradas de satisfacción general que recogen información sobre el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos de fisioterapia y la fidelización al centro. Estas variables son P19 “Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta y P20 “Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamiento”. Todas las preguntas están medidas con escala tipo Likert de cinco puntos y todas tienen la opción de “no sabe” “no contesta”

La escala de satisfacción está configurada en base a descriptores y niveles, se detallan en Tabla 1

<b>Tabla 1. DESCRIPTORES DE LA ESCALA MEDRISK</b>			
<b>AGRUPACION</b>	<b>Nº</b>	<b>DESCRIPTOR</b>	<b>DIRECCION DE LA PREGUNTA</b>
Factor interpersonal	1	La recepcionista fue amable	Positiva
Factor centro	2	El proceso de registro fue apropiado	Positiva
Factor centro	3	El área de espera fue cómoda	Positiva
Factor centro	4	La ubicación del centro no fue conveniente	Negativa
Factor centro	5	El centro tiene un estacionamiento conveniente	Positiva
Factor Interpersonal	6	Espere mucho tiempo para ver al fisioterapeuta	Positiva
Factor interpersonal	7	El horario del centro fue conveniente para mi	Positiva
Factor fisioterapeuta	8	Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo	Positiva
Factor fisioterapeuta	9	Mi fisioterapeuta me explico meticulosamente el tratamiento	Positiva
Factor fisioterapeuta	10	Mi fisioterapeuta fue respetuoso	Positiva
Factor Interpersonal	11	El personal del centro fue respetuosos	Positiva
Factor Interpersonal	12	El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso	Positiva
Factor fisioterapeuta	13	Mi fisioterapeuta no escucho mis preocupaciones	Negativa
Factor Fisioterapeuta	14	Mi fisioterapeuta contesto todas mis preguntas	Positiva
Factor Fisioterapeuta	15	Mi fisioterapeuta me aconsejo como mantenerme saludable y evitar futuros problemas	Positiva
Factor centro	16	El centro y sus instalaciones estaban limpias	Positiva
Factor centro	17	El Centro usó un equipo moderno	Positiva
Factor fisioterapeuta	18	Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa	Positiva
Satisfacción global	19	Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta	Positiva
Satisfacción global	20	Retornaría a esta oficina para futuros tratamientos	Positiva

**Tabla 2. Categorización de la pregunta**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Muchísimo mejor	Mucho mejor	Mejor	Algo mejor	Igual	Algo peor	Peor	Mucho peor	Muchísimo peor

### **Análisis estadístico**

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (p25-p75) en caso de asimetría.

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5 para muestras independientes.

Se ajustó un modelo de regresión logística para evaluar los factores asociados a la satisfacción (edad, mejoría, tipo de centro). Se estableció una estrategia de construcción del modelo a partir de las variables que en el análisis univariado presentaron  $p < 0,05$  en los contrastes de hipótesis o biológicamente relevantes. Se presentan las “odds ratios” (razón de ventajas) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Los parámetros del modelo logístico jerárquico ajustado se estimaron con el método de máxima verosimilitud.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error  $\alpha$  menor a 0.05.

El paquete informático utilizado para el análisis fue SPSS para Windows versión 15.0.

### ***Análisis descriptivo***

Se procedió primero a introducir todas las respuestas de cada uno de los pacientes, se codificaron las variables y se realizó el estudio descriptivo de la muestra.

Para las variables cualitativas se recogió el número de casos para cada cuestión y el porcentaje.

Para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación estándar o la (RIQ), mediana, máximo-mínimo

### ***Estudio analítico***

Se estimaron los intervalos de confianza al 95%.

Se realizó el estudio analítico, buscando las relaciones de asociación entre las variables estudiadas y las puntuaciones en el instrumento de evaluación de la Satisfacción: como las puntuaciones del cuestionario para cada aspecto evaluado de una variable discreta (oscilan de 1 a 5) utilizamos la prueba no paramétrica “Coeficiente de Spearman” para valorar las

asociaciones con otras variables discretas o continuas y la prueba de U Mann Whitney para comparar las puntuaciones entre dos muestras en las variables dicotómicas

### ***Consideraciones éticas***

Se cuidó que todos los pacientes participaran de forma voluntaria, así mismo, se protegió su privacidad en el momento de la recolección de los datos.

Se contó con el consentimiento informado y por escrito del paciente (Anexo I), para lo que fue necesario explicarle de forma clara y completa el objetivo del estudio y que este carecía de riesgos (Anexo II)

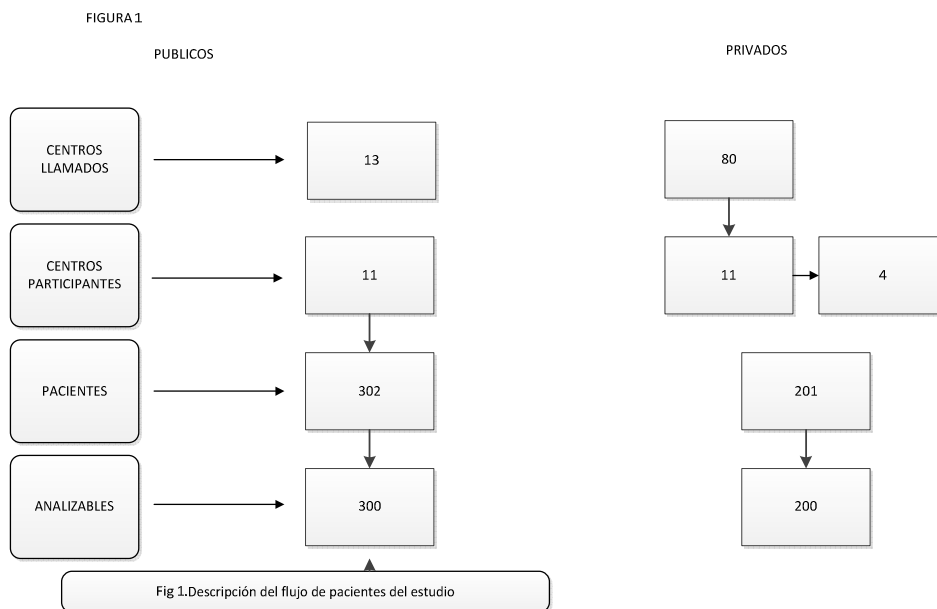
El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico de San Carlos con código interno 11/021-E.

A los participantes en el estudio se les indicó la confidencialidad de sus datos (Ley Orgánica 15/99 del 13 de Diciembre)

## **RESULTADOS:**

## 16. RESULTADOS

### DATOS DE LA POBLACION DE ESTUDIO

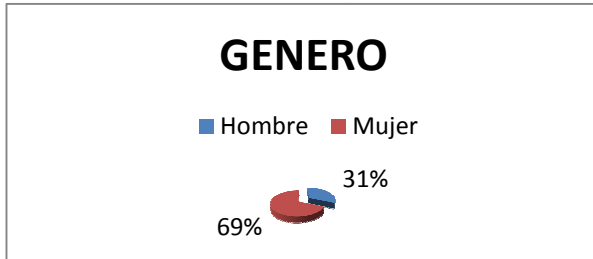


En el estudio han participado 500 pacientes ambulatorios (Figura 1). Se contactó con el Hospital 12 de Octubre, el Hospital Clínico de San Carlos, El Instituto Provincial de Rehabilitación, y las Áreas de Salud 1, 7 y 11. El Hospital 12 de Octubre y el Área de Salud Siete no dieron su visto bueno para que se llevaran a cabo en estos centros las encuestas, por lo que fueron realizadas en el Hospital Clínico de San Carlos, Instituto Provincial de Rehabilitación y en el Área Once se visitaron 9 Centros de Salud. Con respecto a los centros privados se les ofreció a participar a 80 centros, de los cuales aceptaron a participar 11, donde fueron entregadas las encuestas, de estos 11 centros que aceptaron a participar 4 no devolvió los cuestionarios rellenos. En los Centros públicos se entregó el cuestionario a 302 pacientes, siendo analizables 300 ya que los otros dos no estaban completos o les faltaba la firma. En los centros privados se entregaron 301 cuestionarios, de los cuales devolvieron 100 en blanco y 201 para ser analizados y se analizaron 200, ya que uno estaba incompleto. En nuestro estudio la tasa de respuesta ha sido del 80 % que ha sido propuesta como mínimo para estudios epidemiológicos

## 16.1. DESCRIPTIVOS

En la muestra el 68,6% son mujeres y el 31,4% son hombres, con una media de edad de 50.25 años (DE 16.47), con un valor mínimo de 20 años y máximo de 91 años.

**Gráfico 1**



El 33,0% de hombres acuden a centros privados y 30,3 % lo hacen a centros públicos, sin embargo el porcentaje de mujeres que acude a un centro privado es inferior (67,0%) que las que acuden a un centro público (69,7%) (Tabla3)

Hay un predominio de personas que están en el tramo de edad de 40-49 años (20,4%), seguido muy de cerca por el tramo de edad comprendido entre 30-39 años (19,6%).

**Gráfico 2**

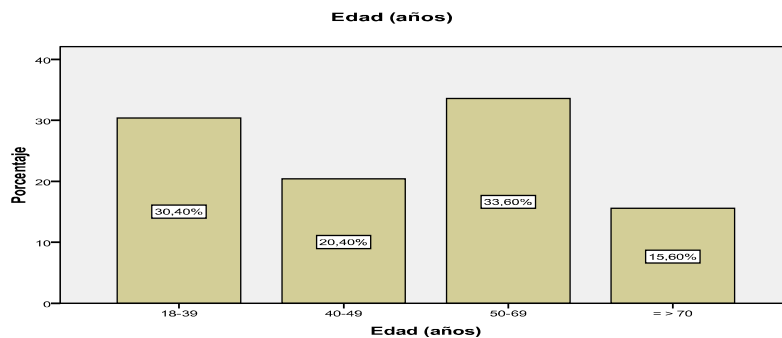
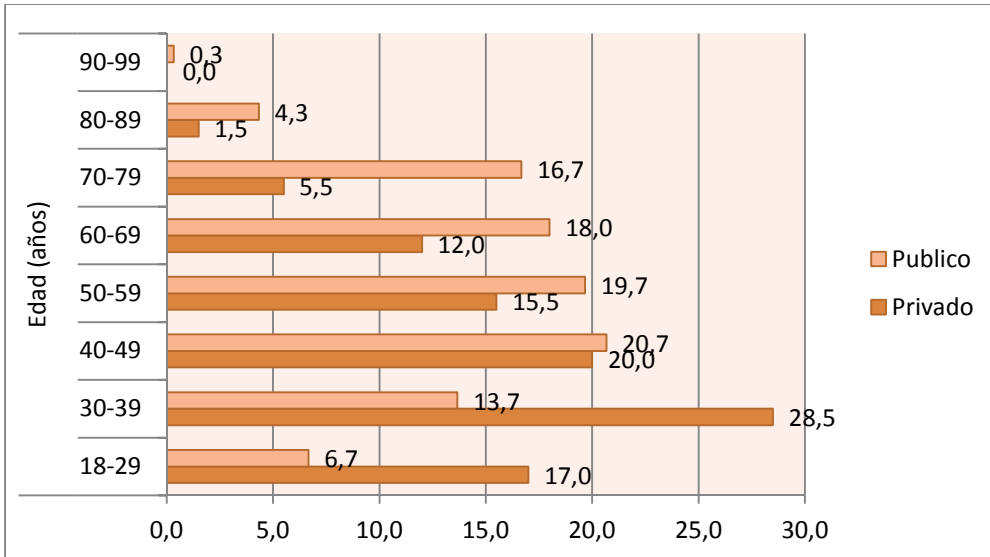


Tabla 3. Descripción de las características demográficas y de áreas de tratamiento de los pacientes atendidos en Centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid (n=500).

		Centro						
		Total		Privado		Publico		P
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>Género</b>	Hombre	157	31,4	66	33,0	91	30,3	0,529
	Mujer	343	68,6	134	67,0	209	69,7	
<b>Edad (años)</b>	18-29	54	10,8	34	17,0	20	6,7	<0,001
	30-39	98	19,6	57	28,5	41	13,7	
	40-49	102	20,4	40	20,0	62	20,7	
	50-59	90	18,0	31	15,5	59	19,7	
	60-69	78	15,6	24	12,0	54	18,0	
	70-79	61	12,2	11	5,5	50	16,7	
	80-89	16	3,2	3	1,5	13	4,3	
	90-99	1	0,2	0	0,0	1	0,3	
<b>Cuello</b>	No	342	68,4	103	51,5	239	79,7	<0,001
	Si	158	31,6	97	48,5	61	20,3	
<b>Espalda</b>	No	264	52,8	85	42,5	179	59,7	0
	Si	236	47,2	115	57,5	121	40,3	
<b>Brazo</b>	No	424	84,8	167	83,5	257	85,7	0,508
	Si	76	15,2	33	16,5	43	14,3	
<b>Mano y muñeca</b>	No	444	88,8	176	88,0	268	89,3	0,643
	Si	56	11,2	24	12,0	32	10,7	
<b>Hombro</b>	No	442	88,4	190	95,0	252	84,0	0
	Si	58	11,6	10	5,0	48	16,0	
<b>Pierna</b>	No	421	84,2	163	81,5	258	86,0	0,176
	Si	79	15,8	37	18,5	42	14,0	
<b>Pie y tobillo</b>	No	440	88,0	170	85,0	270	90,0	0,091
	Si	60	12,0	30	15,0	30	10,0	
<b>Rodillas</b>	No	469	93,8	196	98,0	273	91,0	0,001
	Si	31	6,2	4	2,0	27	9,0	

En la tabla 3 podemos observar que hay una relación significativa entre la edad y el centro donde acuden los pacientes, según aumenta la edad el porcentaje de personas que acuden a centros públicos es mayor que el que lo hace a centros privados.

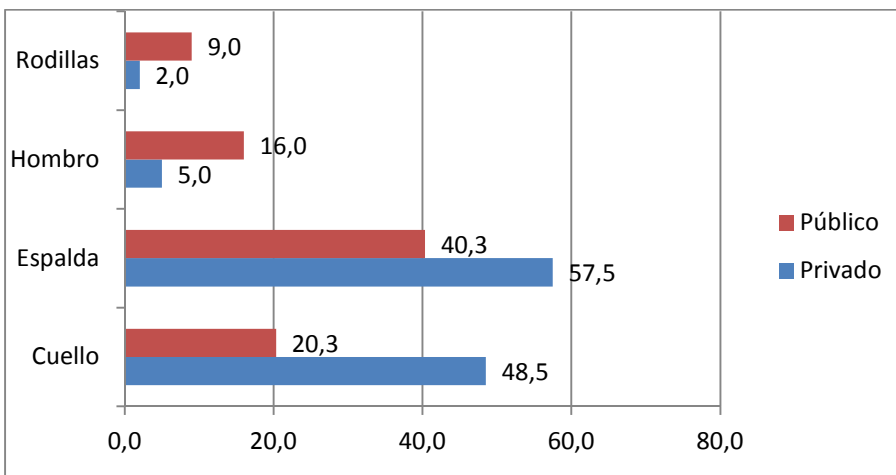
**Gráfico 3**



En esta misma tabla podemos ver que las áreas de tratamiento que tienen una relación con el tipo de centro; son: el cuello (<0,001), la espalda (0), hombros (0) y rodillas (0,001), observando que de las 158 personas con dolor de cuello 97 acuden a un centro privado y 61 a un centro público.

De 236 con dolor de espalda, 115 acuden a un centro privado y 121 a un centro público. De 58 personas con dolor de hombro, 10 acuden a un centro privado y 48 a un centro público y de 31 personas con dolor de rodillas 4 acuden a un centro privado y 27 a un centro público

**Gráfico 4**



En la tabla 4 observamos que entre los 18 a 39 años hay un porcentaje más elevado de hombres que de mujeres, el cual cambia a partir de los 40 años donde el porcentaje de mujeres es mayor y se mantiene así en todos los grupos de edad.

En esta tabla (4) encontramos una relación significativa entre que el área de tratamiento sea el cuello, la espalda y el pie/tobillo y el género. Existe una clara predominancia de mujeres en las patologías relativas al cuello y la espalda

Tabla 4. Relación entre patología y genero						
		Género		P		
		Hombre	Mujer			
		Recuento	%			
<b>Edad (años)</b>	18-29	23	14,65	31	9,04	0,088
	30-39	41	26,11	57	16,6	
	40-49	29	18,47	73	21,3	
	50-59	23	14,65	67	19,5	
	60-69	22	14,01	56	16,3	
	70-79	15	9,554	46	13,4	
	80-89	4	2,548	12	3,5	
	90-99	0	0	1	0,29	
<b>Cuello</b>	No	118	75,16	224	65,3	0,027
	Si	39	24,84	119	34,7	
<b>Espalda</b>	No	101	64,33	163	47,5	0,000
	Si	56	35,67	180	52,5	
<b>Brazo</b>	No	133	84,71	291	84,8	0,970
	Si	24	15,29	52	15,2	
<b>Pierna</b>	No	122	77,71	299	87,2	0,007
	Si	35	22,29	44	12,8	
<b>Pie y tobillo</b>	No	130	82,8	310	90,4	0,015
	Si	27	17,2	33	9,62	
<b>Mano y muñeca</b>	No	145	92,36	299	87,2	0,087
	Si	12	7,643	44	12,8	
<b>Hombro</b>	No	139	88,54	303	88,3	0,949
	Si	18	11,46	40	11,7	
<b>Rodillas</b>	No	144	91,72	325	94,8	0,191
	Si	13	8,28	18	5,25	
<b>Otras áreas</b>	No	140	89,17	299	87,2	0,525
	Si	17	10,83	44	12,8	

**Grafico 5**

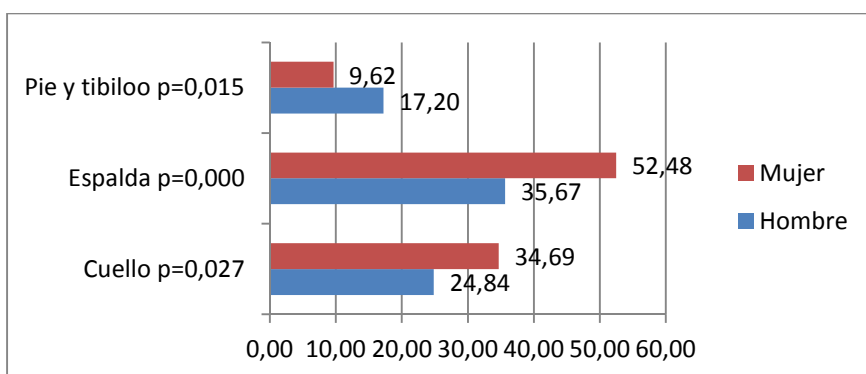


Tabla 5. Relación entre patología y centro al que acuden

		Genero								P
		Hombre				Mujer				
		Privado		Publico		Privado		Publico		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>Edad (años)</b>	18-29	14	21,2	9	9,9	20	14,9	11	5,3	<0,001
	30-39	22	33,3	19	20,9	35	26,1	22	10,5	
	40-49	8	12,1	21	23,1	32	23,9	41	19,6	
	50-59	13	19,7	10	11,0	18	13,4	49	23,4	
	60-69	7	10,6	15	16,5	17	12,7	39	18,7	
	70-79	1	1,5	14	15,4	10	7,5	36	17,2	
	80-89	1	1,5	3	3,3	2	1,5	10	4,8	
	90-99	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	
<b>Cuello</b>	No	41	62,1	77	84,6	62	46,3	162	77,5	<0,001
	Si	25	37,9	14	15,4	72	53,7	47	22,5	
<b>Espalda</b>	No	38	57,6	63	69,2	47	35,1	116	55,5	0
	Si	28	42,4	28	30,8	87	64,9	93	44,5	
<b>Brazo</b>	No	54	81,8	79	86,8	113	84,3	178	85,2	0,832
	Si	12	18,2	12	13,2	21	15,7	31	14,8	
<b>Mano y muñeca</b>	No	61	92,4	84	92,3	115	85,8	184	88,0	0,549
	Si	5	7,6	7	7,7	19	14,2	25	12,0	
<b>Hombro</b>	No	60	90,9	79	86,8	130	97,0	173	82,8	<0,001
	Si	6	9,1	12	13,2	4	3,0	36	17,2	
<b>Pierna</b>	No	47	71,2	75	82,4	116	86,6	183	87,6	0,788
	Si	19	28,8	16	17,6	18	13,4	26	12,4	
<b>Pie y tobillo</b>	No	50	75,8	80	87,9	120	89,6	190	90,9	0,677
	Si	16	24,2	11	12,1	14	10,4	19	9,1	
<b>Rodillas</b>	No	64	97,0	80	87,9	132	98,5	193	92,3	0,012
	Si	2	3,0	11	12,1	2	1,5	16	7,7	

En la tabla 5 podemos observar que hay una relación estadísticamente significativa entre la patología de cuello, espalda, hombro y rodilla y el centro donde acuden, así en la patología de cuello y espalda tanto hombres como mujeres prefieren acudir a un centro privado, mientras que en la patología de hombro y rodillas tanto hombres como mujeres optan por los centros públicos.

Tabla6. Patología según grupo de edad (años)										
		Edad (años)								P
		18-39		40-49		50-69		=> 70		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>Género</b>	Hombre	64	42,11	29	28,43	45	26,79	19	24,36	0,007
	Mujer	88	57,89	73	71,57	123	73,21	59	75,64	
<b>Cuello</b>	No	87	57,24	67	65,69	120	71,43	68	87,18	<0,001
	Si	65	42,76	35	34,31	48	28,57	10	12,82	
<b>Espalda</b>	No	64	42,11	52	50,98	100	59,52	48	61,54	0,005
	Si	88	57,89	50	49,02	68	40,48	30	38,46	
<b>Brazo</b>	No	134	88,16	84	82,35	136	80,95	70	89,74	0,156
	Si	18	11,84	18	17,65	32	19,05	8	10,26	
<b>Pierna</b>	No	126	82,89	82	80,39	145	86,31	68	87,18	0,495
	Si	26	17,11	20	19,61	23	13,69	10	12,82	
<b>Pie y tobillo</b>	No	132	86,84	87	85,29	147	87,50	74	94,87	0,218
	Si	20	13,16	15	14,71	21	12,50	4	5,13	
<b>Mano y muñeca</b>	No	135	88,82	91	89,22	148	88,10	70	89,74	0,982
	Si	17	11,18	11	10,78	20	11,90	8	10,26	
<b>Hombro</b>	No	144	94,74	95	93,14	139	82,74	64	82,05	0,000
	Si	8	5,26	7	6,86	29	17,26	14	17,95	
<b>Rodillas</b>	No	142	93,42	99	97,06	159	94,64	69	88,46	0,115
	Si	10	6,58	3	2,94	9	5,36	9	11,54	
<b>Otras áreas</b>	No	134	88,16	94	92,16	147	87,50	64	82,05	0,236
	Si	18	11,84	8	7,84	21	12,5	14	17,95	

En la tabla 6 ,el mayor porcentaje de hombres se encuentra en el tramo de edad de 18-39 años con un 42,11% y según aumenta la edad este porcentaje va disminuyendo, siendo a la edad de >70 del 24,36%.En las mujeres sucede al contrario en el tramo de edad 18-39 años el porcentaje es de 57,89%, produciéndose un incremento muy importante en el tramo de los 40-49 años con un 71,57%, porcentaje que se sigue incrementando más levemente hasta >70 con un 75,64%.

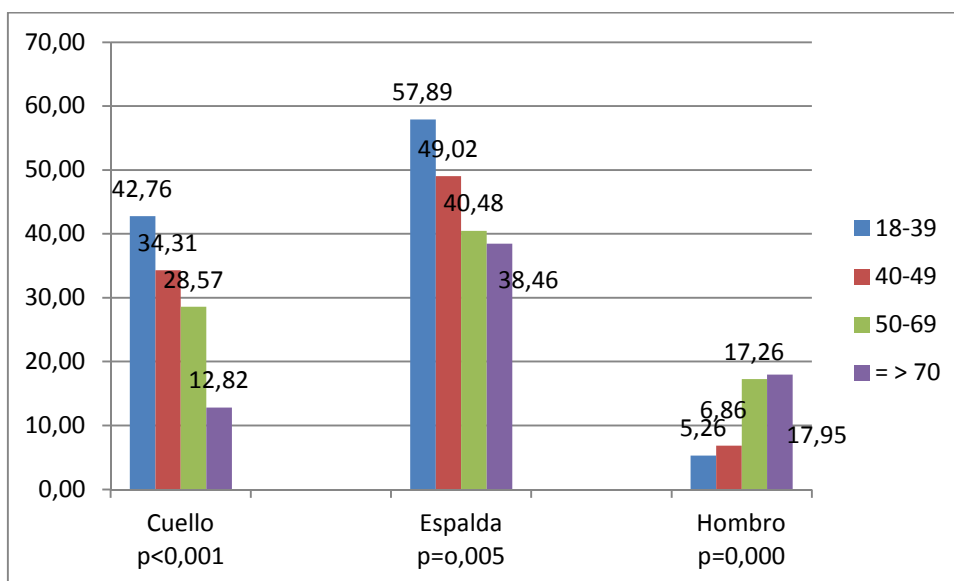
La patología de cuello es muy elevada en el tramo de edad entre 18-39 años (42,76%) y según incrementa la edad el porcentaje disminuye, así con >70 años el porcentaje es de 12,82%. Lo mismo sucede con la espalda, en el tramo de edad entre 18-39 años es del 57,89% y con >70 es del 38,46%

En la patología del hombro sucede al contrario que en las patologías anteriores, en el tramo de edad entre 18-39 años el porcentaje es de 5,26 % y este porcentaje se incrementa según aumenta la edad llegando al 17,26% en el tramo de edad entre 50-69 años y manteniéndose prácticamente igual con >70. Hay una relación estadísticamente significativa entre el dolor de cuello, de espalda y de hombro y la edad de los pacientes

De los pacientes con dolor de cuello el 42,76% se encuentra en el tramo de edad entre 18-39 años, el 34,31 entre los 40-49 años, el 28,57% entre los 50-69 años y el 12,82% es >70 años ( $p < 0,001$ ) Tabla 6. Los pacientes que refieren dolor de espalda el 57,89% está entre 18-39 años, el 49,02% entre los 40-49 años, el 40,48% entre los 50-69 años y el 38,46% es >70 años ( $P = 0,005$ ). Los pacientes con dolor de hombro el 5,26% está en el tramo de edad entre 18-39 años, el 6,86% entre 40-49 años, el 17,26 entre 50-69 años y el 17,95% es >70 años ( $P = 0,000$ ) Tabla 7

No hay asociación estadísticamente significativa entre las demás patologías y la edad de los pacientes (Tabla 7)

**Gráfico 6**



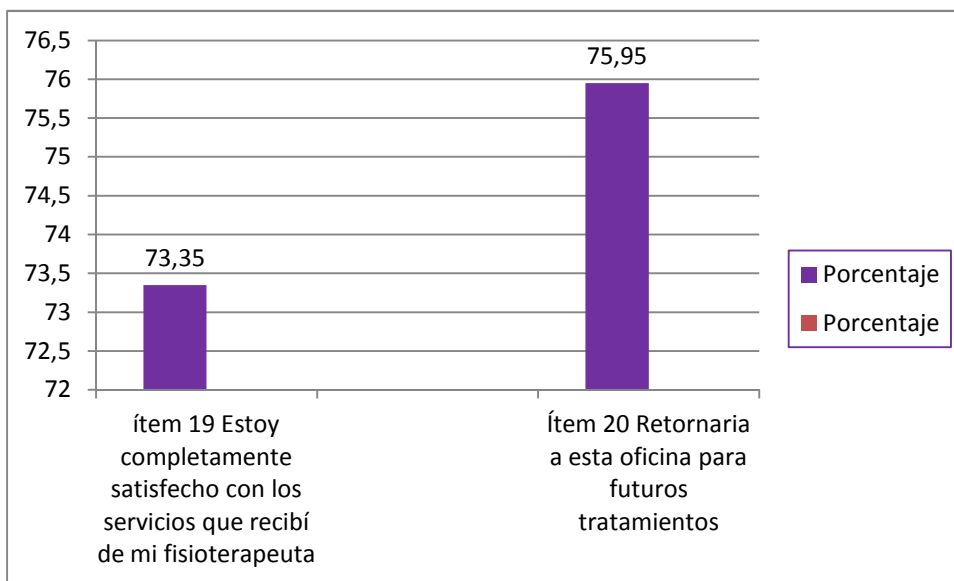
## 16.2. PORCENTAJE DE SATISFACCION GLOBAL

Tabla 8. Satisfacción global ítem 19 "Estoy completamente satisfecho de los servicios que recibí de mi fisioterapeuta" e ítem 20 "Retornaría a esta oficina para futuros tratamientos"

			<b>cumulative</b>
<b>ítem19</b>	<b>frecuency</b>	<b>percent</b>	<b>percent</b>
1	6	1,20	1,2
2	8	1,60	2,81
3	34	6,81	9,62
4	85	17,03	26,65
5	366	73,35	100
<b>ítem</b>			
<b>20</b>			
1	10	2	2
2	3	0,6	2,61
3	30	6,01	8,62
4	77	15,43	24,05
5	379	75,95	100

El porcentaje de satisfacción global ha sido del 73,35% para el ítem 19 y del 75,95% para el ítem 20

**Gráfico 7**



### 16.3 GRADO DE SATISFACCIÓN ENTRE USUARIOS DE CENTROS PUBLICOS Y PRIVADOS

El grado de satisfacción en los factores relativos al centro, el porcentaje de pacientes satisfechos es más elevado en los centros privados que en los públicos para todos los ítems. Existe una asociación significativa entre los factores relativos al centro y si este es público o privado (Tabla 9)

Gráfico 8

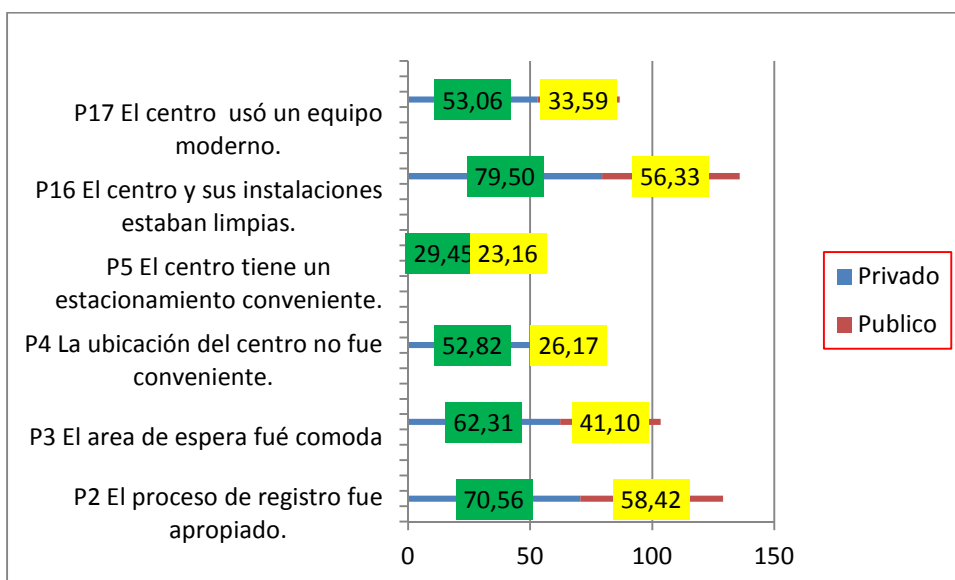


Tabla 9. Relación entre factores centro y usuarios de centros públicos y privados						
		Centro				P
		Privado		Publico		
		Recuento	%	Recuento	%	
<i>P2 El proceso de registro fue apropiado.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,02	4	1,37	0,000
	En desacuerdo	0	0,00	3	1,03	
	Neutral	4	2,03	34	11,68	
	De acuerdo	52	26,40	80	27,49	
	Totalmente de acuerdo	139	70,56	170	58,42	
<i>P3 El área de espera fue cómoda</i>	Totalmente en desacuerdo	4	2,01	6	2,05	<0,001
	En desacuerdo	1	0,50	15	5,14	
	Neutral	11	5,53	67	22,95	
	De acuerdo	59	29,65	84	28,77	
	Totalmente de acuerdo	124	62,31	120	41,10	
<i>P4 La ubicación del centro no fue conveniente.</i>	Totalmente en desacuerdo	103	52,82	78	26,17	<0,001
	En desacuerdo	24	12,31	37	12,42	
	Neutral	27	13,85	50	16,78	
	De acuerdo	13	6,67	46	15,44	
	Totalmente de acuerdo	28	14,36	87	29,19	
<i>P5 El centro tiene un estacionamiento conveniente.</i>	Totalmente en desacuerdo	9	5,52	50	26,32	<0,001
	En desacuerdo	23	14,11	21	11,05	
	Neutral	57	34,97	40	21,05	
	De acuerdo	26	15,95	35	18,42	
	Totalmente de acuerdo	48	29,45	44	23,16	
<i>P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,00	1	0,33	<0,001
	En desacuerdo	0	0,00	8	2,67	
	Neutral	6	3,00	52	17,33	
	De acuerdo	33	16,50	70	23,33	
	Totalmente de acuerdo	159	79,50	169	56,33	
<i>P17 El centro usó un equipo moderno.</i>	Totalmente en desacuerdo	4	2,04	21	8,11	<0,001
	En desacuerdo	0	0,00	25	9,65	
	Neutral	20	10,20	67	25,87	
	De acuerdo	68	34,69	59	22,78	
	Totalmente de acuerdo	104	53,06	87	33,59	

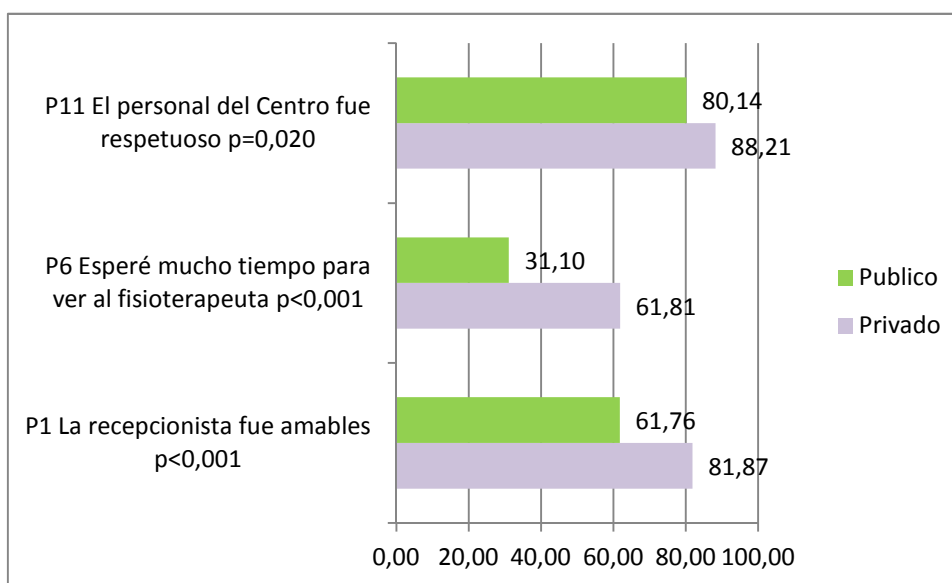
Con respecto a los factores interpersonales (Tabla 10), también el porcentaje de personas es mayor en los centros privados que en los públicos. En el ítem 6 “Espere mucho tiempo para ver al fisioterapeuta” es más elevado en el centro público con un 29,43% frente al 14,07% del centro privado

Hay una asociación positiva entre el ítem 1 “la recepcionista fue amable” (p valor <0,001) el ítem 6 “Espere mucho tiempo para ver al fisioterapeuta” (P valor <0,001), el ítem 11 “El personal del Centro fue respetuoso” (p valor 0,020) y que el centro sea público o privado

Tabla 10. Relación entre factores interpersonales y usuarios de centros públicos y privados						
		Centro				P
		Privado		Publico		
		Recuento	%	Recuento	%	
<i>P1 La recepcionista fue amable</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,10	2	0,74	<0,001
	En desacuerdo	0	0,00	1	0,37	
	Neutral	2	1,10	33	12,13	
	De acuerdo	29	15,93	68	25,00	
	Totalmente de acuerdo	149	81,87	168	61,76	
<i>P6 Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.</i>	Totalmente en desacuerdo	123	61,81	93	31,10	<0,001
	En desacuerdo	31	15,58	44	14,72	
	Neutral	10	5,03	36	12,04	
	De acuerdo	7	3,52	38	12,71	
	Totalmente de acuerdo	28	14,07	88	29,43	
<i>P7 El horario del centro fue conveniente para mí</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,01	6	2,00	0,102
	En desacuerdo	1	0,50	6	2,00	
	Neutral	4	2,01	18	6,00	
	De acuerdo	40	20,10	61	20,33	
	Totalmente de acuerdo	152	76,38	209	69,67	
<i>P11 El personal del Centro fue respetuoso.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,03	1	0,34	0,020
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	2	1,03	16	5,48	
	De acuerdo	19	9,74	41	14,04	
	Totalmente de acuerdo	172	88,21	234	80,14	
<i>P12 El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,90	4	1,85	0,350
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	11	10,48	12	5,56	
	De acuerdo	15	14,29	41	18,98	
	Totalmente de acuerdo	77	73,33	159	73,61	

No hay asociación significativa entre los ítem 7 “El horario del centro fue conveniente para mí” y 12 “El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso” y que el centro sea público o privado

**Gráfico 9**



Cuando se han analizado los factores fisioterapia (Tabla 11) se ha encontrado que no hay relación entre el ítem 10 “Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a” y si el centro es público o privado ( $p=0,307$ ). Respecto al ítem 8 “Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo en los centros privados están totalmente de acuerdo el 76,50% y el 56,86% de los centros públicos ( $p<0,001$ )

En el ítem 9 “MI fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento que recibí están totalmente de acuerdo el 67,0% de los usuarios que acuden a un centro privado y el 60% de los usuarios que lo hacen en un centro público ( $p=0,000$ ) Tabla 11

En el ítem 13 “Mi fisioterapeuta no escucho mis preocupaciones” están totalmente en desacuerdo el 77,27% de los usuarios que acuden a un centro privado y el 49,66% los que lo hacen en un centro público ( $p<0,001$ ) (Tabla 11)

En el ítem 14 “Mi fisioterapeuta contesto todas mis preguntas” están totalmente de acuerdo el 75,35% de los usuarios que acuden a un centro privado y el 71,91% los que lo hacen en un centro público ( $p=0,015$ ) (Tabla 11)

En el ítem 15 “Mi fisioterapeuta me consejo como mantenerme saludable y evitar futuros problemas” en los centros privados están totalmente de acuerdo un 68,34% frente al 55% de los centros públicos (Tabla 11)

**Gráfico 10**

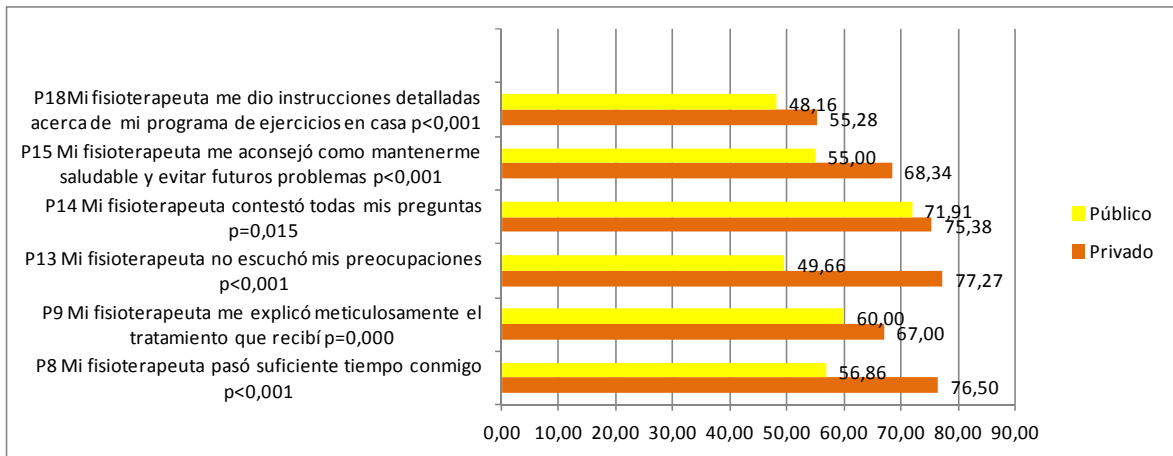


Tabla 11. Relación entre factores fisioterapeuta y usuarios de centros públicos y privados

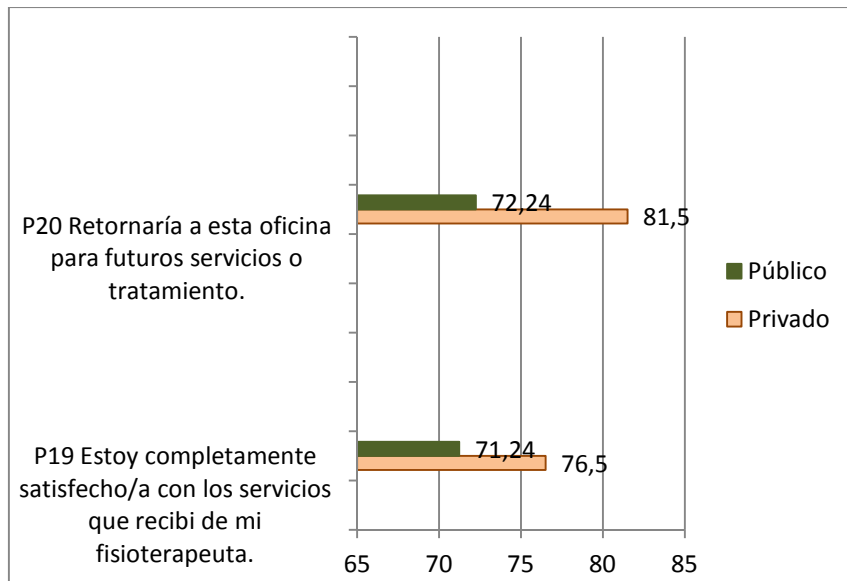
		Centro				P
		Privado		Publico		
		Recuento	%	Recuento	%	
<i>P8 Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.</i>	Totalmente en desacuerdo	4	2,00	19	6,35	<0,001
	En desacuerdo	0	0,00	14	4,68	
	Neutral	3	1,50	32	10,70	
	De acuerdo	40	20,00	64	21,40	
	Totalmente de acuerdo	153	76,50	170	56,86	
<i>P9 Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,00	19	6,33	0,000
	En desacuerdo	3	1,50	23	7,67	
	Neutral	9	4,50	19	6,33	
	De acuerdo	52	26,00	59	19,67	
	Totalmente de acuerdo	134	67,00	180	60,00	
<i>P10 Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,00	2	0,67	0,307
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	1	0,50	8	2,68	
	De acuerdo	19	9,50	32	10,70	
	Totalmente de acuerdo	178	89,00	257	85,95	
<i>P13 Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.</i>	Totalmente en desacuerdo	153	77,27	145	49,66	<0,001
	En desacuerdo	18	9,09	35	11,99	
	Neutral	2	1,01	27	9,25	
	De acuerdo	6	3,03	22	7,53	
	Totalmente de acuerdo	19	9,60	63	21,58	
<i>P14 Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.</i>	Totalmente en desacuerdo	10	5,03	8	2,68	0,015
	En desacuerdo	2	1,01	6	2,01	
	Neutral	2	1,01	21	7,02	
	De acuerdo	35	17,59	49	16,39	
	Totalmente de acuerdo	150	75,38	215	71,91	
<i>P15 Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.</i>	Totalmente en desacuerdo	5	2,51	42	14,00	<0,001
	En desacuerdo	1	0,50	18	6,00	
	Neutral	6	3,02	27	9,00	
	De acuerdo	51	25,63	48	16,00	
	Totalmente de acuerdo	136	68,34	165	55,00	
<i>P18 Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.</i>	Totalmente en desacuerdo	9	4,52	63	21,07	<0,001
	En desacuerdo	4	2,01	23	7,69	
	Neutral	16	8,04	20	6,69	
	de acuerdo	60	30,15	49	16,39	
	Totalmente de acuerdo	110	55,28	144	48,16	

Tabla 12 Grado de satisfacción y mejoría de usuarios de centros públicos y privados					
		Centro			
		Privado		Publico	
		Recuento	%	Recuento	%
<b>P19 Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta.</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,5	5	1,67
	En desacuerdo	0	0	8	2,68
	Neutral	6	3	28	9,36
	De acuerdo	40	20	45	15,05
	Totalmente de acuerdo	153	76,5	213	71,24
<b>P20 Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamiento.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1	8	2,68
	En desacuerdo	1	0,5	2	0,67
	Neutral	2	1	28	9,36
	De acuerdo	32	16	45	15,05
	Totalmente de acuerdo	163	81,5	216	72,24
<b>Mejoría</b>	Muchísimo mejor	44	22	26	8,70
	Mucho mejor	76	38	48	16,05
	Mejor	54	27	65	21,74
	Algo mejor	18	9	91	30,43
	Igual	6	3	61	20,40
	Algo peor	1	0,5	3	1,00
	Peor	0	0	2	0,67
	Mucho peor	0	0	1	0,33
	Muchísimo peor	1	0,5	2	0,67

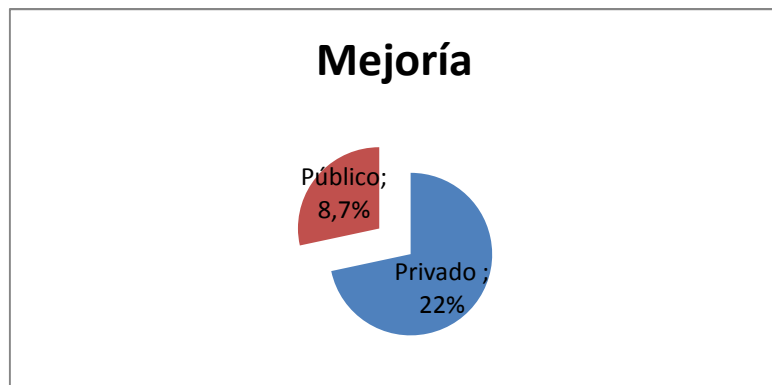
En la tabla 12 podemos observar que en los centros privados el grado de satisfacción para el ítem 19 "Estoy completamente satisfecho/satisfecha con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta" es del 76,5% y para los centros públicos del 71,24%. En los centros privados el grado de satisfacción para el ítem 20 "Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamientos" es de 81,5% y para los centros públicos del 72,24%

En los centros privados los pacientes que perciben que su estado actual de la lesión es muchísimo mejor es del 22% y del 8,70% en los centros públicos. Los pacientes que piensan que su estado actual de la lesión es igual que antes de empezar el tratamiento son del 3% en los centros privados y del 20,40% en los centros públicos (Tabla 12)

**Gráfico 11**



**Gráfico 12**



#### 16.4. RELACION ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCION ENTRE LOS FACTORES CENTRO CON LA EDAD DE LOS PACIENTES

Hay asociación estadísticamente significativa entre todos los ítems correspondientes a los factores centro y la edad de los pacientes.

Gráfico 13

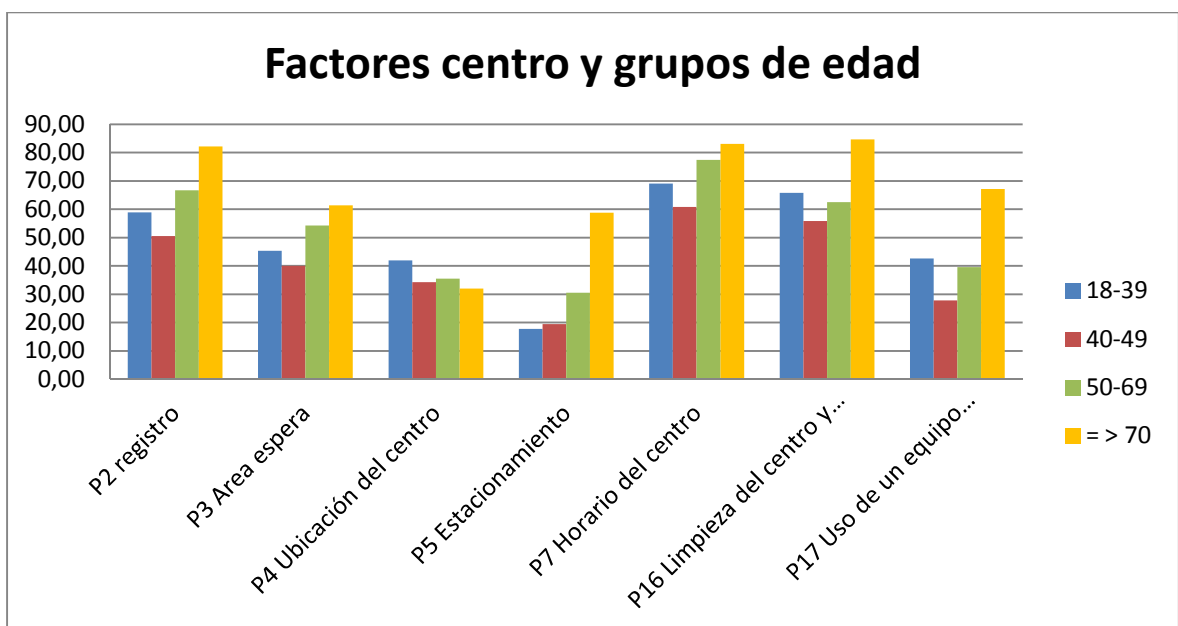


Tabla 13. Relación satisfacción con los factores centro y edad de los pacientes										
		Edad (años)								P
		18-39		40-49		50-69		=> 70		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>P2 El proceso de registro fue apropiado.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,32	2	2,02	1	0,61	1	1,37	0,000
	En desacuerdo	0	0,00	2	2,02	0	0,00	1	1,37	
	Neutral	7	4,64	11	11,11	15	9,09	5	6,85	
	De acuerdo	53	35,10	34	34,34	39	23,64	6	8,22	
	Totalmente de acuerdo	89	58,94	50	50,51	110	66,67	60	82,19	
<b>P3 El área de espera fue cómoda</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,33	6	6,00	1	0,60	1	1,33	0,004
	En desacuerdo	6	4,00	2	2,00	7	4,22	1	1,33	
	Neutral	17	11,33	21	21,00	28	16,87	12	16,00	
	De acuerdo	57	38,00	31	31,00	40	24,10	15	20,00	
	Totalmente de acuerdo	68	45,33	40	40,00	90	54,22	46	61,33	
<b>P4 La ubicación del centro no fue conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo	63	42,00	35	34,31	59	35,54	24	32,00	0,000
	En desacuerdo	27	18,00	13	12,75	15	9,04	6	8,00	
	Neutral	26	17,33	24	23,53	19	11,45	8	10,67	
	De acuerdo	16	10,67	11	10,78	25	15,06	7	9,33	
	Totalmente de acuerdo	18	12,00	19	18,63	48	28,92	30	40,00	
<b>P5 El centro tiene un estacionamiento conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo	13	10,08	17	20,73	24	22,22	5	14,71	<0,001
	En desacuerdo	19	14,73	13	15,85	12	11,11	0	0,00	
	Neutral	46	35,66	23	28,05	24	22,22	4	11,76	
	De acuerdo	28	21,71	13	15,85	15	13,89	5	14,71	
	Totalmente de acuerdo	23	17,83	16	19,51	33	30,56	20	58,82	
<b>P7 El horario del centro fue conveniente para mí</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,66	3	2,94	3	1,79	1	1,30	0,001
	En desacuerdo	0	0,00	5	4,90	0	0,00	2	2,60	
	Neutral	5	3,29	7	6,86	8	4,76	2	2,60	
	De acuerdo	41	26,97	25	24,51	27	16,07	8	10,39	
	Totalmente de acuerdo	105	69,08	62	60,78	130	77,38	64	83,12	
<b>P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias.</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,66	2	1,96	0	0,00	0	0,00	0,002
	En desacuerdo	2	1,32	4	3,92	2	1,19	0	0,00	
	Neutral	12	7,89	13	12,75	26	15,48	7	8,97	
	De acuerdo	37	24,34	26	25,49	35	20,83	5	6,41	
	Totalmente de acuerdo	100	65,79	57	55,88	105	62,50	66	84,62	
<b>P17 El centro usó un equipo moderno.</b>	Totalmente en desacuerdo	5	3,33	5	5,15	11	7,64	4	6,25	0,000
	En desacuerdo	7	4,67	10	10,31	7	4,86	1	1,56	
	Neutral	25	16,67	24	24,74	29	20,14	9	14,06	
	De acuerdo	49	32,67	31	31,96	40	27,78	7	10,94	
	Totalmente de acuerdo	64	42,67	27	27,84	57	39,58	43	67,19	

El grupo de edad que peor valora estos factores son aquellos comprendidos entre los 40-49 años, excepto el ítem 4 “La ubicación del centro no fue conveniente “que está peor valorada por los pacientes >70 años y el ítem 5 “El centro tiene un estacionamiento conveniente” que los que peor lo valoran son los pacientes comprendidos en el tramo de edad entre 50-69 años (Tabla 13)

No hay una asociación significativa entre los factores interpersonales con respecto a la edad, en estos factores sucede lo mismo que en los anteriores, donde podemos observar que el grado de satisfacción de los pacientes incrementa según aumenta la edad de los mismos, excepto para los pacientes entre 40-49 años. (Tabla 14)

Tabla 14. Relación satisfacción factores interpersonales y la edad de los pacientes										
		Edad (años)								P
		18-39		40-49		50-69		=> 70		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>P1 La recepcionista fué amable</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,72	2	2,15	1	0,65	0	0,00	0,269
	En desacuerdo	1	0,72	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	7	5,04	8	8,60	15	9,80	5	7,25	
	De acuerdo	33	23,74	24	25,81	33	21,57	7	10,14	
	Totalmente de acuerdo	97	69,78	59	63,44	104	67,97	57	82,61	
<b>P6 Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.</b>	Totalmente en desacuerdo	74	49,01	38	37,25	67	39,88	37	48,05	0,128
	En desacuerdo	26	17,22	18	17,65	24	14,29	7	9,09	
	Neutral	15	9,93	12	11,76	15	8,93	4	5,19	
	De acuerdo	15	9,93	9	8,82	16	9,52	5	6,49	
	Totalmente de acuerdo	21	13,91	25	24,51	46	27,38	24	31,17	
<b>P11 El personal del Centro fue respetuoso.</b>	en	1	0,66	2	1,98	0	0,00	0	0,00	0,144
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	8	5,30	5	4,95	4	2,48	1	1,35	
	De acuerdo	23	15,23	14	13,86	19	11,80	4	5,41	
	Totalmente de acuerdo	119	78,81	80	79,21	138	85,71	69	93,24	
<b>P12 El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,92	2	2,90	2	1,89	0	0,00	0,503
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	11	10,58	6	8,70	4	3,77	2	4,76	
	De acuerdo	20	19,23	12	17,39	20	18,87	4	9,52	
	Totalmente de acuerdo	71	68,27	49	71,01	80	75,47	36	85,71	

En los factores correspondientes al fisioterapeuta existe asociación estadísticamente significativa entre todos los ítems y la edad de los pacientes, excepto los ítem 9 “Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento que recibí” ( $p=0,008$ ) y el ítem 14 “Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas” ( $p=0,008$ ). Las mayores puntuaciones corresponden a los pacientes de >70 años y las peores corresponden a las personas entre 40-49 años para todos los ítem (Tabla 15)

Gráfico 14

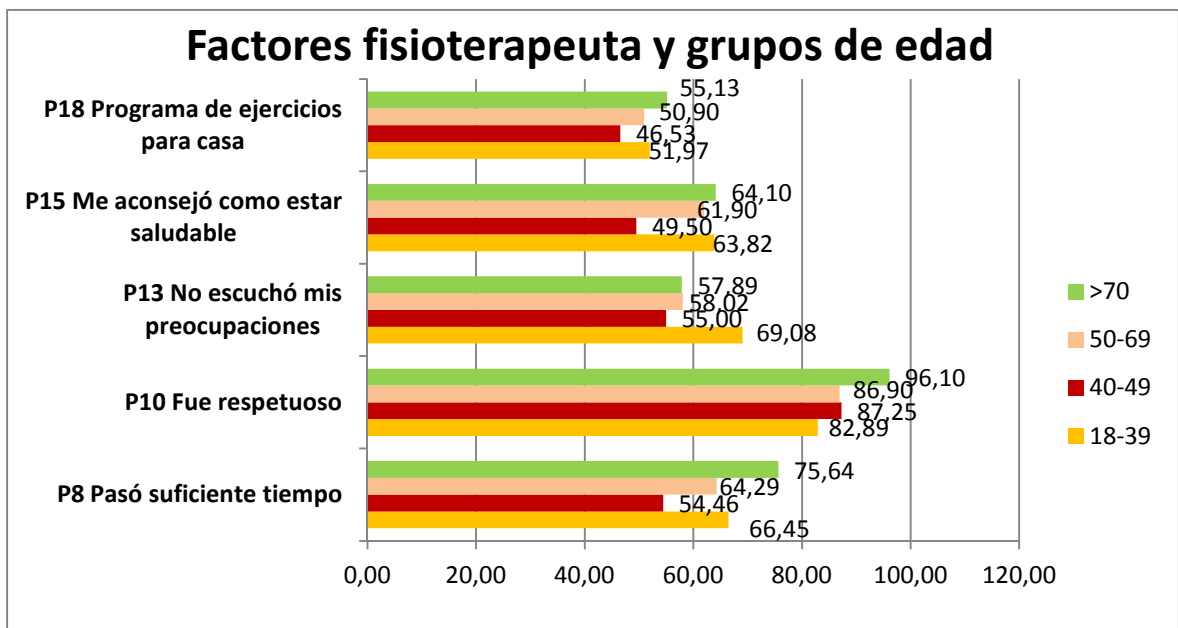


Tabla 15. Relación satisfacción factores fisioterapeuta y edad de los pacientes										
		Edad (años)								P
		18-39		40-49		50-69		=> 70		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>P8 Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.</b>	Totalmente en desacuerdo	4	2,63	8	7,92	7	4,17	4	5,13	0,000
	En desacuerdo	5	3,29	5	4,95	4	2,38	0	0,00	
	Neutral	3	1,97	12	11,88	10	5,95	10	12,82	
	De acuerdo	39	25,66	21	20,79	39	23,21	5	6,41	
	Totalmente de acuerdo	101	66,45	55	54,46	108	64,29	59	75,64	
<b>P9 Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.</b>	Totalmente en desacuerdo	4	2,63	8	7,84	5	2,98	4	5,13	0,008
	En desacuerdo	5	3,29	8	7,84	7	4,17	6	7,69	
	Neutral	8	5,26	5	4,90	9	5,36	6	7,69	
	De acuerdo	42	27,63	28	27,45	37	22,02	4	5,13	
	Totalmente de acuerdo	93	61,18	53	51,96	110	65,48	58	74,36	
<b>P10 Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,66	3	2,94	0	0,00	0	0,00	0,034
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	2	1,32	2	1,96	4	2,38	1	1,30	
	De acuerdo	23	15,13	8	7,84	18	10,71	2	2,60	
	Totalmente de acuerdo	126	82,89	89	87,25	146	86,90	74	96,10	
<b>P13 Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.</b>	Totalmente en desacuerdo	105	69,08	55	55,00	94	58,02	44	57,89	0,019
	En desacuerdo	18	11,84	17	17,00	15	9,26	3	3,95	
	Neutral	8	5,26	6	6,00	7	4,32	8	10,53	
	De acuerdo	7	4,61	6	6,00	12	7,41	3	3,95	
	Totalmente de acuerdo	14	9,21	16	16,00	34	20,99	18	23,68	
<b>P14 Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.</b>	Totalmente en desacuerdo	7	4,64	6	5,88	3	1,80	2	2,56	0,008
	En desacuerdo	4	2,65	1	0,98	3	1,80	0	0,00	
	Neutral	5	3,31	5	4,90	7	4,19	6	7,69	
	De acuerdo	35	23,18	23	22,55	23	13,77	3	3,85	
	Totalmente de acuerdo	100	66,23	67	65,69	131	78,44	67	85,90	
<b>P15 Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.</b>	Totalmente en desacuerdo	3	1,97	12	11,88	19	11,31	13	16,67	0,000
	En desacuerdo	5	3,29	5	4,95	3	1,79	6	7,69	
	Neutral	7	4,61	9	8,91	13	7,74	4	5,13	
	De acuerdo	40	26,32	25	24,75	29	17,26	5	6,41	
	Totalmente de acuerdo	97	63,82	50	49,50	104	61,90	50	64,10	
<b>P18 Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.</b>	Totalmente de acuerdo	4	2,63	12	11,88	34	20,36	22	28,21	<0,001
	En desacuerdo	8	5,26	9	8,91	5	2,99	5	6,41	
	Neutral	19	12,50	9	8,91	7	4,19	1	1,28	
	De acuerdo	42	27,63	24	23,76	36	21,56	7	8,97	
	Totalmente de acuerdo	79	51,97	47	46,53	85	50,90	43	55,13	

Los pacientes que perciben que su estado actual con respecto a cuando empezaron el tratamiento, es muchísimo mejor, son aquellas cuyas edades están comprendidas entre 18-39 años siendo del 25,83%, los pacientes en el tramo de edad entre 40-49 años es del 10,78%, en el tramo de 50-69 años es de 8,33% y >70 años del 7,69%. Las personas que piensan que su estado actual es “igual” que antes de empezar el tratamiento es del 7,97% para el grupo entre 18-39 años, 13,73% en el grupo de 40-49 años, 14,29% en el grupo de 50-69 años y del 21,79% >70 años.

Hay una asociación significativa entre la mejoría y la edad de los pacientes (p valor <0,001) (Tabla 16)

**Gráfico 15**

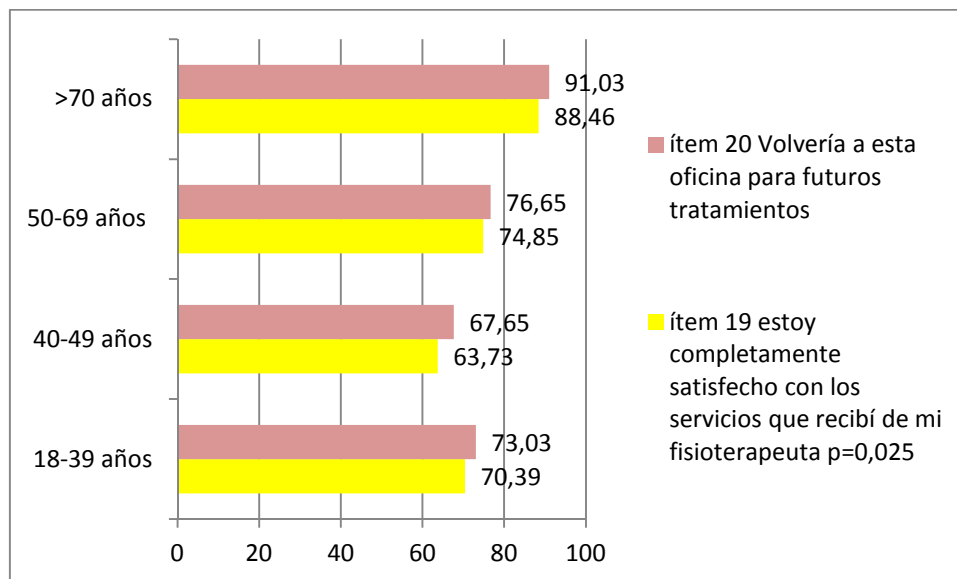


Tabla 16. Relación entre satisfacción global y edad de los pacientes										
		Edad (años)								P
		18-39		40-49		50-69		=>70		
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
<b>P19 Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta.</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,66	4	3,92	0	0,00	1	1,28	<b>0,025</b>
	En desacuerdo	3	1,97	2	1,96	3	1,80	0	0,00	
	Neutral	11	7,24	10	9,80	10	5,99	3	3,85	
	De acuerdo	30	19,74	21	20,59	29	17,37	5	6,41	
	Totalmente de acuerdo	107	70,39	65	63,73	125	74,85	69	88,46	
<b>P20 Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamiento.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,32	3	2,94	4	2,40	1	1,28	<b>0,001</b>
	En desacuerdo	2	1,32	1	0,98	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	6	3,95	15	14,71	7	4,19	2	2,56	
	De acuerdo	31	20,39	14	13,73	28	16,77	4	5,13	
	Totalmente de acuerdo	111	73,03	69	67,65	128	76,65	71	91,03	
<b>Mejoría</b>	Muchísimo mejor	39	25,83	11	10,78	14	8,33	6	7,69	<b>&lt;0,001</b>
	Mucho mejor	43	28,48	34	33,33	37	22,02	10	12,82	
	Mejor	38	25,17	19	18,63	37	22,02	25	32,05	
	Algo mejor	17	11,26	21	20,59	53	31,55	18	23,08	
	Igual	12	7,95	14	13,73	24	14,29	17	21,79	
	Algo peor	1	0,66	1	0,98	1	0,60	1	1,28	
	Peor	0	0,00	1	0,98	1	0,60	0	0,00	
	Mucho peor	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,28	
Muchísimo peor	1	0,66	1	0,98	1	0,60	0	0,00		

### **16.5. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN PERCIBIDO POR LOS PACIENTES CON EL SEXO DE LOS MISMOS**

No hay asociación significativa entre los factores centro y el sexo de los pacientes sin embargo podemos observar que para estos factores el grado de satisfacción en las mujeres es más elevado que en los hombres. (Tabla 17) En los factores interpersonales encontramos una asociación entre el ítem 1 "la recepcionista fue amable" (p valor=0,045), el ítem 7 "El Horario del centro fue conveniente para mí" (p valor 0,019) y el sexo de los pacientes. El

grado de satisfacción para estos valores es más elevado en mujeres que en hombres (Tabla 18)

		Género				P
		Hombre		Mujer		
		Recuento	%	Recuento	%	
<i>P2 El proceso de registro fue apropiado.</i>	Totalmente en desacuerdo	3	1,91	3	0,91	0,083
	En desacuerdo	0	0,00	3	0,91	
	Neutral	9	5,73	29	8,76	
	de acuerdo	53	33,76	79	23,87	
	Totalmente de acuerdo	92	58,60	217	65,56	
<i>P3 El área de espera fue cómoda</i>	Totalmente en desacuerdo	4	2,56	6	1,79	0,076
	En desacuerdo	6	3,85	10	2,99	
	Neutral	27	17,31	51	15,22	
	De acuerdo	56	35,90	87	25,97	
	Totalmente de acuerdo	63	40,38	181	54,03	
<i>P4 La ubicación del centro no fue conveniente.</i>	Totalmente en desacuerdo	47	30,32	134	39,64	0,243
	En desacuerdo	19	12,26	42	12,43	
	Neutral	27	17,42	50	14,79	
	De acuerdo	24	15,48	35	10,36	
	Totalmente de acuerdo	38	24,52	77	22,78	
<i>P5 El centro tiene un estacionamiento conveniente.</i>	Totalmente en desacuerdo	24	19,20	35	15,35	0,128
	En desacuerdo	21	16,80	23	10,09	
	Neutral	34	27,20	63	27,63	
	De acuerdo	22	17,60	39	17,11	
	Totalmente de acuerdo	24	19,20	68	29,82	
<i>P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,27	1	0,29	0,136
	En desacuerdo	4	2,55	4	1,17	
	Neutral	20	12,74	38	11,08	
	De acuerdo	39	24,84	64	18,66	
	Totalmente de acuerdo	92	58,60	236	68,80	
<i>P17 El centro usó un equipo moderno.</i>	Totalmente en desacuerdo	8	5,26	17	5,61	0,663
	En desacuerdo	7	4,61	18	5,94	
	Neutral	33	21,71	54	17,82	
	De acuerdo	46	30,26	81	26,73	
	Totalmente de acuerdo	58	38,16	133	43,89	

Tabla 18. Relación entre satisfacción con factores interpersonales y género						
		Género				P
		Hombre		Mujer		
		Recuento	%	Recuento	%	
<b>P1</b> <i>La recepcionista fue amable</i>	Totalmente en desacuerdo	3	2,00	1	0,33	0,045
	En desacuerdo	0	0,00	1	0,33	
	Neutral	8	5,33	27	8,88	
	De acuerdo	41	27,33	56	18,42	
	Totalmente de acuerdo	98	65,33	219	72,04	
<b>P6</b> <i>Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.</i>	Totalmente en desacuerdo	59	37,82	157	45,91	0,402
	En desacuerdo	25	16,03	50	14,62	
	Neutral	22	14,10	24	7,02	
	De acuerdo	18	11,54	27	7,89	
	Totalmente de acuerdo	32	20,51	84	24,56	
<b>P7</b> <i>El horario del centro fue conveniente para mí</i>	Totalmente en desacuerdo	4	2,56	4	1,17	0,019
	En desacuerdo	3	1,92	4	1,17	
	Neutral	7	4,49	15	4,37	
	De acuerdo	44	28,21	57	16,62	
	Totalmente de acuerdo	98	62,82	263	76,68	
<b>P11</b> <i>El personal del Centro fue respetuoso.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,31	1	0,30	0,220
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	8	5,23	10	2,99	
	De acuerdo	22	14,38	38	11,38	
	Totalmente de acuerdo	121	79,08	285	85,33	
<b>P12</b> <i>El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	2,04	4	1,79	0,739
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	8	8,16	15	6,73	
	De acuerdo	20	20,41	36	16,14	
	Totalmente de acuerdo	68	69,39	168	75,34	

En los factores fisioterapeuta, hay asociación significativa entre el ítem 13 “Mi fisioterapeuta no escucho mis preocupaciones” (p=0,03 preguntas” (P=0,011), el ítem 18”Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa” (P=0,028) y el sexo de los pacientes, siendo los ítem 13 y 14 mejor valorados por los hombres y el ítem 18 por las mujeres

(Tabla 19)

**Gráfico 16**

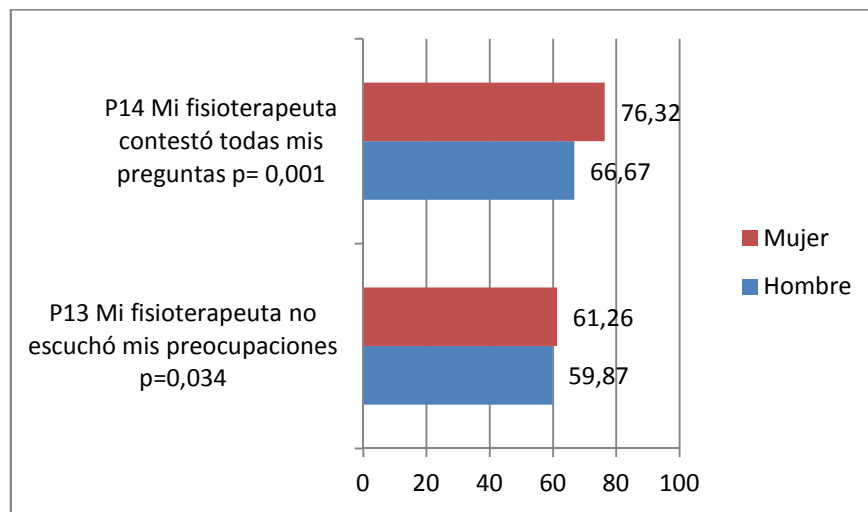


Tabla 19. Relación entre satisfacción global y mejoría con el sexo de los pacientes						
		Género				P
		Hombre		Mujer		
		Recuento	%	Recuento	%	
<b>P8 Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.</b>	Totalmente en desacuerdo	3	1,91	20	5,85	0,152
	En desacuerdo	5	3,18	9	2,63	
	Neutral	8	5,10	27	7,89	
	De acuerdo	39	24,84	65	19,01	
	Totalmente de acuerdo	102	64,97	221	64,62	
<b>P9 Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.</b>	Totalmente en desacuerdo	4	2,55	17	4,96	0,059
	En desacuerdo	8	5,10	18	5,25	
	Neutral	7	4,46	21	6,12	
	De acuerdo	47	29,94	64	18,66	
	Totalmente de acuerdo	91	57,96	223	65,01	
<b>P10 Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,27	2	0,58	0,507
	En desacuerdo	0	0,00	0	0,00	
	Neutral	3	1,91	6	1,75	
	De acuerdo	20	12,74	31	9,06	
	Totalmente de acuerdo	132	84,08	303	88,60	
<b>P13 Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.</b>	Totalmente en desacuerdo	94	59,87	204	61,26	0,034
	En desacuerdo	21	13,38	32	9,61	
	Neutral	3	1,91	26	7,81	
	De acuerdo	13	8,28	15	4,50	
	Totalmente de acuerdo	26	16,56	56	16,82	
<b>P14 Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.</b>	Totalmente en desacuerdo	2	1,28	16	4,68	0,011
	En desacuerdo	4	2,56	4	1,17	
	Neutral	9	5,77	14	4,09	
	De acuerdo	37	23,72	47	13,74	
	Totalmente de acuerdo	104	66,67	261	76,32	
<b>P15 Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.</b>	Totalmente en desacuerdo	8	5,10	39	11,40	0,076
	En desacuerdo	4	2,55	15	4,39	
	Neutral	11	7,01	22	6,43	
	De acuerdo	39	24,84	60	17,54	
	Totalmente de acuerdo	95	60,51	206	60,23	
<b>P18 Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.</b>	Totalmente en desacuerdo	18	11,54	54	15,79	0,028
	En desacuerdo	10	6,41	17	4,97	
	Neutral	19	12,18	17	4,97	
	De acuerdo	37	23,72	72	21,05	
	Totalmente de acuerdo	72	46,15	182	53,22	

Tabla 20. Relación entre satisfacción global y mejoría con el sexo de los pacientes						
		Género				P
		Hombre		Mujer		
		Recuento	%	Recuento	%	
<b>P19</b> <i>Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta.</i>	Totalmente en desacuerdo	2	1,28	4	1,17	0,185
	En desacuerdo	2	1,28	6	1,75	
	Neutral	13	8,33	21	6,12	
	De acuerdo	35	22,44	50	14,58	
	Totalmente de acuerdo	104	66,67	262	76,38	
<b>P20</b> <i>Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamiento.</i>	Totalmente en desacuerdo	3	1,91	7	2,05	0,195
	En desacuerdo	1	0,64	2	0,58	
	Neutral	7	4,46	23	6,73	
	De acuerdo	33	21,02	44	12,87	
	Totalmente de acuerdo	113	71,97	266	77,78	
<b>Mejoría</b>	Muchísimo mejor	20	12,82	50	14,58	0,522
	Mucho mejor	45	28,85	79	23,03	
	Mejor	35	22,44	84	24,49	
	Algo mejor	37	23,72	72	20,99	
	Igual	16	10,26	51	14,87	
	Algo peor	1	0,64	3	0,87	
	Peor	0	0,00	2	0,58	
	Mucho peor	1	0,64	0	0,00	
	Muchísimo peor	1	0,64	2	0,58	

No hay asociación entre el sexo y los ítem 19 y 20 (satisfacción global) así como tampoco existe asociación estadísticamente significativa entre la mejoría y el sexo (Tabla 20)

#### **16.6. RELACION ENTRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN PERCIBIDO POR LOS PACIENTES CON EL AREA DE TRATAMIENTO**

Se han generado variables con “totalmente de acuerdo y de acuerdo” que la hemos llamado “si” frente a “neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo” que la hemos llamado “No”. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre los ítem 19 y 20 (satisfacción global) y el área de tratamiento (Tablas 21 y 22)

Tabla 21. Relación entre el ítem 19 y el área de tratamiento

		No		Si		P
		Recuento	%	Recuento	%	
<b>Cuello</b>	No	33	9,68	308	90,32	0,948
	Si	15	9,49	143	90,51	
<b>Espalda</b>	No	21	7,95	243	92,05	0,181
	Si	27	11,49	208	88,51	
<b>Brazo</b>	No	39	9,22	384	90,78	0,475
	Si	9	11,84	67	88,16	
<b>Pierna</b>	No	41	9,76	379	90,24	0,803
	Si	7	8,86	72	91,14	
<b>Pie y tobillo</b>	No	44	10,02	395	89,98	0,408
	Si	4	6,67	56	93,33	
<b>Mano y muñeca</b>	No	44	9,93	399	90,07	0,504
	Si	4	7,14	52	92,86	
<b>Hombro</b>	No	42	9,52	399	90,48	0,841
	Si	6	10,34	52	89,66	
<b>Rodillas</b>	No	44	9,40	424	90,60	0,521
	Si	4	12,90	27	87,10	
<b>Otras áreas</b>	No	43	9,82	395	90,18	0,687
	Si	5	8,20	56	91,80	

Tabla 22. Ítem 20. "Retornaría a esta oficina para futuros tratamiento"						
		No		Si		P
		Recuento	%	Recuento	%	
<b>Cuello</b>	No	29	8,50	312	91,50	
	Si	14	8,86	144	91,14	0,895
<b>Espalda</b>	No	19	7,20	245	92,80	
	Si	24	10,21	211	89,79	0,23
<b>Brazo</b>	No	34	8,02	390	91,98	
	Si	9	12,00	66	88,00	0,257
<b>Pierna</b>	No	36	8,55	385	91,45	
	Si	7	8,97	71	91,03	0,902
<b>Pie y tobillo</b>	No	39	8,88	400	91,12	
	Si	4	6,67	56	93,33	0,565
<b>Mano y muñeca</b>	No	41	9,23	403	90,77	
	Si	2	3,64	53	96,36	0,162
<b>Hombro</b>	No	37	8,39	404	91,61	
	Si	6	10,34	52	89,66	0,617
<b>Rodillas</b>	No	40	8,55	428	91,45	
	Si	3	9,68	28	90,32	0,828
<b>Otras áreas</b>	No	42	9,59	396	90,41	
	Si	1	1,64	60	98,36	0,038

### **16.7. RELACION ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA ATENCION RECIBIDA DEL PERSONAL SANITARIO Y CON ASPECTOS AMBIENTALES DEL CENTRO**

Se han generado variables con “totalmente de acuerdo y de acuerdo” que la hemos llamado 1 frente a “neutral, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo” que la hemos llamado 0

Todos los ítem relativos a los factores centro cuando se relación con el ítem 19 son estadísticamente significativos excepto el ítem 4”La ubicación del centro no fue conveniente” y el ítem 5 “El centro tiene un estacionamiento conveniente”, siendo los mejores valorados el ítem 2 “el proceso de registro fue apropiado” y el ítem 16 “el centro y sus instalaciones estaban limpias” y el peor valorado el ítem 5” el centro tiene un estacionamiento conveniente”. (Tabla 23)

Cuando estos factores los hemos relacionado con el ítem 20 todos los ítem son estadísticamente significativos, siendo los mejor valorados el ítem 2”el proceso de registro fue apropiado” con un 66,07% y el ítem 16 “El centro y sus instalaciones estaban limpias” con un 67,98% (Tabla 24)

Tabla 23. Relación entre factores centro e ítem 19 "Estoy completamente satisfecho con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta"					
		ítem19_01			
			Si		
			Recuento	%	P
<b>P2 El proceso de registro fue apropiado.</b>	Totalmente en desacuerdo		2	0,45	
	En desacuerdo		2	0,45	
	Neutral		28	6,33	<0,001
	de acuerdo		117	26,47	
	Totalmente de acuerdo		293	66,29	
<b>P3 El área de espera fue cómoda</b>	Totalmente en desacuerdo		7	1,58	
	En desacuerdo		9	2,03	
	Neutral		60	13,54	<0,001
	de acuerdo		131	29,57	
	Totalmente de acuerdo		236	53,27	
<b>P4 La ubicación del centro no fue conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo		167	37,61	
	En desacuerdo		53	11,94	
	Neutral		66	14,86	0,208
	de acuerdo		51	11,49	
	Totalmente de acuerdo		107	24,10	
<b>P5 El centro tiene un estacionamiento conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo		49	15,46	
	En desacuerdo		39	12,30	
	Neutral		88	27,76	0,209
	de acuerdo		54	17,03	
	Totalmente de acuerdo		87	27,44	
<b>P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias.</b>	Totalmente en desacuerdo		2	0,44	
	En desacuerdo		4	0,89	
	Neutral		43	9,53	<0,001
	de acuerdo		91	20,18	
	Totalmente de acuerdo		311	68,96	
<b>P17 El centro usó un equipo moderno.</b>	Totalmente en desacuerdo		15	3,65	
	En desacuerdo		17	4,14	
	Neutral		72	17,52	<0,001
	de acuerdo		118	28,71	
	Totalmente de acuerdo		189	45,99	

Tabla 24. Relacion entre factores centro e item 20 "Retornaria a esta oficina para futuros tratamientos"

		item20_01			
			Si		
			Recuento	%	P
<b>P2 El proceso de registro fue apropiado.</b>	Totalmente en desacuerdo		2	0,45	
	En desacuerdo		2	0,45	
	Neutral		29	6,47	<0,001
	De acuerdo		119	26,56	
	Totalmente de acuerdo		296	66,07	
<b>P3 El area de espera fué comoda</b>	Totalmente en desacuerdo		6	1,34	
	En desacuerdo		12	2,67	
	Neutral		59	13,14	<0,001
	de acuerdo		135	30,07	
	Totalmente de acuerdo		237	52,78	
<b>P4 La ubicación del centro no fue conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo		170	37,86	
	En desacuerdo		55	12,25	
	Neutral		63	14,03	0,023
	de acuerdo		53	11,80	
	Totalmente de acuerdo		108	24,05	
<b>P5 El centro tiene un estacionamiento conveniente.</b>	Totalmente en desacuerdo		48	15,00	
	En desacuerdo		38	11,88	
	Neutral		89	27,81	0,034
	de acuerdo		57	17,81	
	Totalmente de acuerdo		88	27,50	
<b>P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias.</b>	Totalmente en desacuerdo		1	0,22	
	En desacuerdo		5	1,10	
	Neutral		45	9,87	<0,001
	de acuerdo		95	20,83	
	Totalmente de acuerdo		310	67,98	
<b>P17 El centro usó un equipo moderno.</b>	Totalmente en desacuerdo		14	3,38	
	En desacuerdo		15	3,62	
	Neutral		73	17,63	<0,001
	de acuerdo		123	29,71	
	Totalmente de acuerdo		189	45,65	

Tabla 25. Relación entre factores interpersonales e ítem 19					
		ítem 19			
			Si		
		%	Recuento	%	P
<b>P1 La recepcionista fué amable</b>	Totalmente en desacuerdo		2	0,49	
	En desacuerdo		1	0,24	
	Neutral		25	6,08	<0,001
	de acuerdo		81	19,71	
	Totalmente de acuerdo		302	73,48	
<b>P6 Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.</b>	Totalmente en desacuerdo		207	46,10	
	En desacuerdo		65	14,48	
	Neutral		38	8,46	0,002
	de acuerdo		40	8,91	
	Totalmente de acuerdo		99	22,05	
<b>P7 El horario del centro fue conveniente para mí</b>	Totalmente en desacuerdo		4	0,89	
	En desacuerdo		3	0,67	
	Neutral		15	3,33	<0,001
	de acuerdo		84	18,67	
	Totalmente de acuerdo		344	76,44	
<b>P11 El personal del Centro fue respetuoso.</b>	Totalmente en desacuerdo		1	0,23	
	En desacuerdo		0	0,00	
	Neutral		9	2,05	<0,001
	de acuerdo		47	10,73	
	Totalmente de acuerdo		381	86,99	
<b>P12 El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo		4	1,38	
	En desacuerdo		0	0,00	
	Neutral		19	6,57	<0,001
	de acuerdo		42	14,53	
	Totalmente de acuerdo		224	77,51	

Cuando se han relacionado los factores interpersonales con el ítem 19 (Tabla 25) el peor valorado ha sido el ítem 6 “Esperé mucho tiempo para ver al fisioterapeuta” con un 46,10% (p valor 0,002)

Gráfico 17

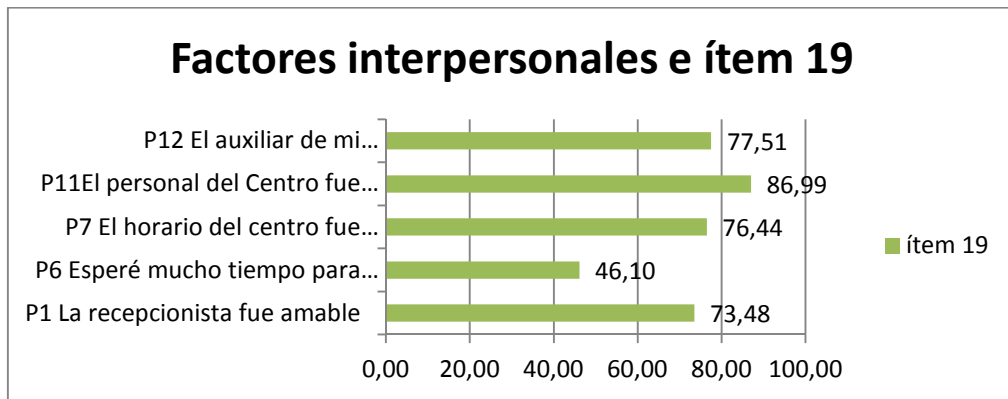


Gráfico 18

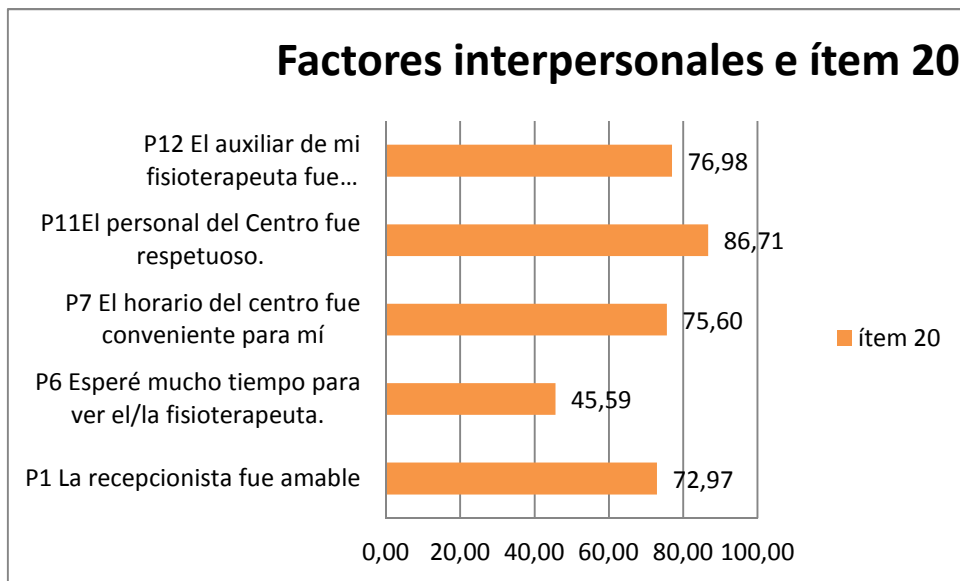


Tabla 26. Relación entre factores interpersonales e ítem 20				
		ítem 20		
			Si	
		% Recuento	%	P
<b>P1 La recepcionista fué amable</b>	Totalmente en desacuerdo	1	0,24	
	En desacuerdo	1	0,24	
	Neutral	25	5,98	<0,001
	de acuerdo	86	20,57	
	Totalmente de acuerdo	305	72,97	
<b>P6 Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.</b>	Totalmente en desacuerdo	207	45,59	
	En desacuerdo	67	14,76	
	Neutral	40	8,81	0,013
	de acuerdo	38	8,37	
	Totalmente de acuerdo	102	22,47	
<b>P7 El horario del centro fue conveniente para mí</b>	Totalmente en desacuerdo	3	0,66	
	En desacuerdo	3	0,66	
	Neutral	18	3,96	<0,001
	de acuerdo	87	19,12	
	Totalmente de acuerdo	344	75,60	
<b>P11 El personal del Centro fue respetuoso.</b>	Totalmente en desacuerdo	0	0,00	
	En desacuerdo	0	0,00	
	Neutral	10	2,25	<0,001
	de acuerdo	49	11,04	
	Totalmente de acuerdo	385	86,71	
<b>P12 El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo	3	1,03	
	En desacuerdo	0	0,00	
	Neutral	19	6,53	<0,001
	de acuerdo	45	15,46	
	Totalmente de acuerdo	224	76,98	

Cuando se han relacionado los factores interpersonales con el ítem 20 el peor valorado ha sido el ítem 6 “Espere mucho tiempo para ver al fisioterapeuta con un 45,59% (p valor (0,013) (Tabla 26)

**16.8 ESTABLECER LA RELACION ENTRE EL GRADO DE SATISFACCION GLOBAL Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA LESION**

			Mejoría								Total	
			Muchísimo mejor	Mucho mejor	Mejor	Algo mejor	Igual	Algo peor	Peor	Mucho peor	Muchísimo peor	Muchísimo mejor
item19	No	Recuento	0,00	4,00	9,00	17,00	17,00	1,00	0,00	0,00	0,00	48,00
		% de Mejoría	0,00	3,23	7,56	15,60	25,76	25,00	0,00	0,00	0,00	9,64
	Si	Recuento	70,00	120,00	110,00	92,00	49,00	3,00	2,00	1,00	3,00	450,00
		% de Mejoría	100,00	96,77	92,44	84,40	74,24	75,00	100,00	100,00	100,00	90,36
Total		Recuento	70,00	124,00	119,00	109,00	66,00	4,00	2,00	1,00	3,00	498,00
		% de Mejoría	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

En la tabla 27 podemos observar que la mayor parte (90,36%) de los pacientes muy satisfechos con el fisioterapeuta (item 19) perciben estar mejor, mucho mejor y muchísimo mejor tras el tratamiento

Tabla 28.Relación entre satisfacción global (ítem 20 ) y mejoría												
		Mejoría										Total
		Muchísimo mejor	Mucho mejor	Mejor	Algo mejor	Igual	Algo peor	Peor	Mucho peor	Muchísimo peor	Muchísimo mejor	
item20	No	Recuento	1,00	2,00	8,00	11,00	19,00	1,00	0,00	0,00	1,00	43,00
		% de Mejoría	1,43	1,61	6,72	10,19	28,36	25,00	0,00	0,00	33,33	8,63
	Si	Recuento	69,00	122,00	111,00	97,00	48,00	3,00	2,00	1,00	2,00	455,00
		% de Mejoría	98,57	98,39	93,28	89,81	71,64	75,00	100,00	100,00	66,67	91,37
Total		Recuento	70,00	124,00	119,00	108,00	67,00	4,00	2,00	1,00	3,00	498,00
		% de Mejoría	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

En la tabla 28 observamos que el 91,37% de los pacientes que estaban muy satisfechos con el centro donde habían sido atendidos, perciben estar mejor, mucho mejor o muchísimo mejor

## **16.9. IDENTIFICAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LOS FACTORES FISIOERAPEUTA**

En la tabla 29 observamos como todos los factores fisioterapeuta tienen una relación estadísticamente significativa con la satisfacción global (ítem 19), el ítem 10 “Mi fisioterapeuta fue respetuoso” ha sido el mejor valorado y los ítem 15 “Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas” y el ítem 18 “Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa” han sido los peor valorados con un 65,63% y 55,68% respectivamente.

Cuando estos factores se han relacionado con el ítem 20 de satisfacción global (tabla 30) encontramos que todos son estadísticamente significativos y los peor y mejor valorados coinciden con los anteriores.

Hay que destacar que en el ítem 8 “mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo” cuando se relaciona con el ítem 19 hay un 31,25% de personas que están totalmente en desacuerdo y cuando se relaciona con el ítem 20 este es del 30,23%, lo cual es bastante significativo en una muestra tan grande (n=500) como la que hemos llevado a cabo

**Gráfico 19**

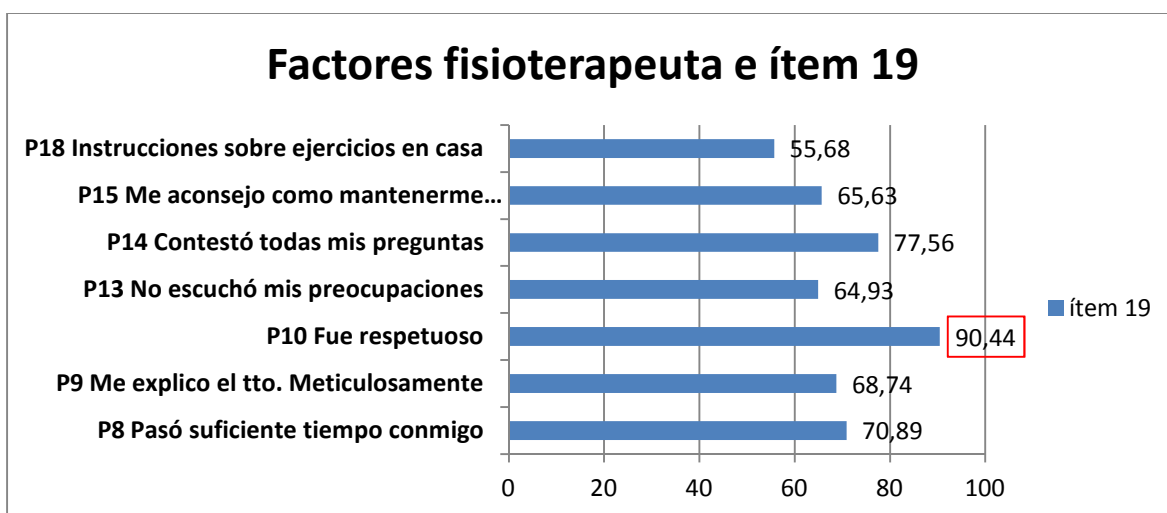


Tabla 29. Relación entre factores fisioterapeuta e ítem 19					
		ítem 19			
		Si			
		%	Recuento	%	P
<b>P8 Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.</b>	Totalmente en desacuerdo		8	1,78	
	En desacuerdo		3	0,67	
	Neutral		25	5,56	0
	de acuerdo		95	21,11	
	Totalmente de acuerdo		319	70,89	
<b>P9 Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.</b>	Totalmente en desacuerdo		8	1,77	
	En desacuerdo		11	2,44	
	Neutral		20	4,43	0
	de acuerdo		102	22,62	
	Totalmente de acuerdo		310	68,74	
<b>P10 Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo		2	0,44	
	En desacuerdo		0	0,00	
	Neutral		3	0,67	<0,001
	de acuerdo		38	8,44	
	Totalmente de acuerdo		407	90,44	
<b>P13 Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.</b>	Totalmente en desacuerdo		287	64,93	
	En desacuerdo		42	9,50	
	Neutral		17	3,85	<0,001
	de acuerdo		21	4,75	
	Totalmente de acuerdo		75	16,97	
<b>P14 Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.</b>	Totalmente en desacuerdo		12	2,67	
	En desacuerdo		4	0,89	
	Neutral		16	3,56	<0,001
	de acuerdo		69	15,33	
	Totalmente de acuerdo		349	77,56	
<b>P15 Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.</b>	Totalmente en desacuerdo		30	6,65	
	En desacuerdo		11	2,44	
	Neutral		22	4,88	0
	de acuerdo		92	20,40	
	Totalmente de acuerdo		296	65,63	
<b>P18 Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.</b>	Totalmente en desacuerdo		51	11,36	
	En desacuerdo		16	3,56	
	Neutral		29	6,46	<0,001
	de acuerdo		103	22,94	
	Totalmente de acuerdo		250	55,68	

**Gráfico 20**

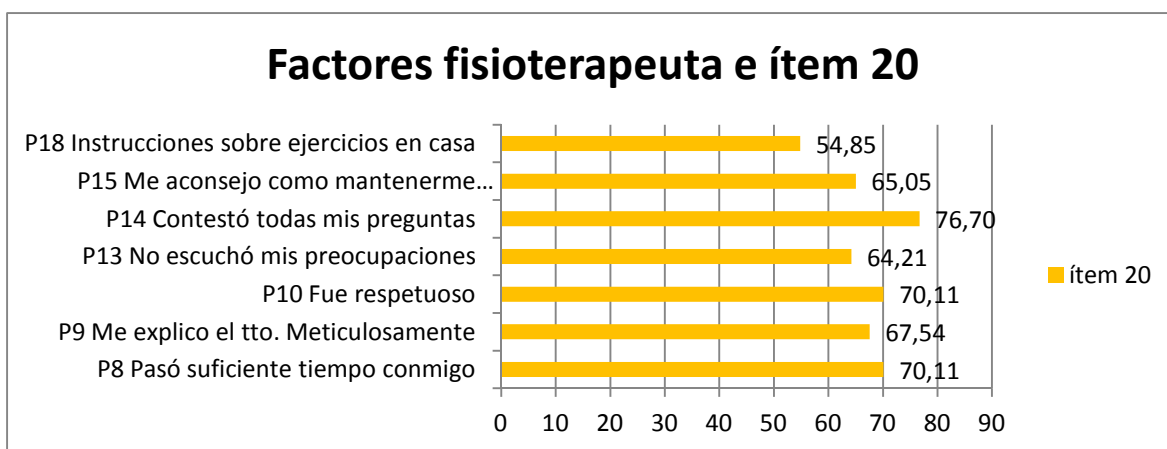


Tabla 30. Relación entre factores fisioterapeuta e ítem 20			
		Si	
		Recuento	P
<b>P8 Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.</b>	Totalmente en desacuerdo	9	
	En desacuerdo	4	
	Neutral	28	0
	de acuerdo	95	
	Totalmente de acuerdo	319	
<b>P9 Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.</b>	Totalmente en desacuerdo	9	
	En desacuerdo	15	
	Neutral	20	0
	de acuerdo	104	
	Totalmente de acuerdo	308	
<b>P10 Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.</b>	Totalmente en desacuerdo	1	
	En desacuerdo	0	
	Neutral	5	<0,001
	de acuerdo	41	
	Totalmente de acuerdo	408	
<b>P13 Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.</b>	Totalmente en desacuerdo	287	
	En desacuerdo	42	
	Neutral	17	<0,001
	de acuerdo	24	
	Totalmente de acuerdo	77	
<b>P14 Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.</b>	Totalmente en desacuerdo	13	
	En desacuerdo	4	
	Neutral	18	<0,001
	de acuerdo	71	
	Totalmente de acuerdo	349	
<b>P15 Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.</b>	Totalmente en desacuerdo	33	
	En desacuerdo	13	
	Neutral	23	<0,001
	de acuerdo	90	
	Totalmente de acuerdo	296	
<b>P18 Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.</b>	Totalmente en desacuerdo	55	
	En desacuerdo	17	
	Neutral	33	<0,001
	de acuerdo	100	
	Totalmente de acuerdo	249	

### 16.10. INFERIR LOS FACTORES ASOCIADOS QUE SE RELACIONAN A LA SATISFACCION DEL PACIENTE

Tabla 30.		Factores independientes asociados a satisfaccion de pacientes.....			
		p	OR	I.C. 95,0%OR	
				Inferior	Superior
	<b>Edad</b>	0,005			
	40-49 vs 18-39	0,933	0,965	0,420	2,218
	50-69 vs 18-39	0,023	2,668	1,147	6,204
	= > 70 vs 18-39	0,008	5,049	1,537	16,586
	<b>Publico vs privado</b>	0,059	0,408	0,161	1,034
	<b>Mejoria</b>	0,010			
Muchisimo mejo	1		Indeterminado		
Mucho Mejor	2	0,001	8,253	2,448	27,820
Mejor	3	0,016	3,144	1,236	7,995
Algo mejor	4	0,240	1,591	0,734	3,447
Igual	5		1,000		

En la tabla 31 podemos observar que los factores asociados que se relacionan a la satisfacción de los pacientes son:

- 1) la edad
- 2) que el centro sea público o privado
- 3) la mejoría.

Para cuantificar el grado de satisfacción entre las variables se ha calculado la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%

**Satisfacción-edad** :los pacientes >70 años están cinco veces más satisfechos que los comprendidos entre 18-39 años(1,537-16,586), el grupo entre 50-69 años están 3 veces más satisfechos que los de 18-39 años(1,147-6,204) , mientras que esta diferencia es muy pequeña entre el grupo de 40-49 años y los de 18-39 años(0,420-2,218).

**Satisfacción-centro**: está es cuatro veces más elevada en centros privados que en públicos (0,161-1,034).

**Satisfacción-mejoría**: los hallazgos encontrados es que las personas que se encuentran mucho mejor en comparación a los que se encuentran igual es de (OR 8,2) los que se

encuentran mejor (OR 3,1) y los que se encuentran algo mejor (OR 1,5) Al ajustar por público/privado y mejoría el efecto de la edad se refleja a partir de los 50-69 años

**DISCUSIÓN:**

## 17. DISCUSION

Este estudio ha medido la satisfacción del paciente con la fisioterapia pública (áreas adscritas a la Universidad Complutense de Madrid) y privada en la Comunidad de Madrid de una manera multidimensional, usando un cuestionario validado a español que es el Medrisk. La conceptualización y entendimiento causal de la satisfacción del usuario es complejo y múltiple, primero porque reside en la percepción subjetiva del usuario y, luego, porque se basa en metodologías, técnicas e instrumentos de medición diversos y poco estandarizados<sup>135, 136, 137, 138</sup>. Desde hace algunos años el estudio de la satisfacción del usuario y sus expectativas es considerado uno de los métodos de evaluación de los servicios de salud<sup>139</sup> e interpretado como resultado de la calidad de la asistencia<sup>140</sup> y su efectividad<sup>141</sup>.

Una revisión sistemática de las metodologías de medición de la satisfacción del paciente (entrevista o encuesta por correo)<sup>142</sup> mostró que aunque las tasas de respuesta para los métodos del entrevistador (teléfono o cara a cara) son aproximadamente un 30% más altas que las entrevistas por correo, la primera tiende a ser más cara y se consume más tiempo y que había una tendencia de los pacientes a expresar gratitud y satisfacción con el servicio recibido (sesgo de la aquiescencia). La tasa de respuesta en estudios realizados sobre la satisfacción en fisioterapia oscila entre el 36% y el 70% por debajo de la tasa de respuesta del 80% que ha sido propuesta como valor mínimo para que el sesgo de selección en los estudios epidemiológicos sea mínimo<sup>143</sup>. La tasa de respuesta en nuestro estudio ha sido del 80%.

Los resultados demuestran un alto grado de satisfacción global (73,35% para el ítem 19 y de 75,95% para el ítem 20), lo que coincide con estudios similares, donde la proporción de pacientes satisfechos o muy satisfechos con la atención en fisioterapia ha oscilado entre el 60 al 91%<sup>144, 145</sup> sin embargo es ligeramente menor que el encontrado por Hall y Dorman<sup>146</sup> quienes a través de un meta análisis, donde se analizaron unos 200 estudios sobre satisfacción en su mayoría descriptivos, encontraron que el nivel promedio de satisfacción fue del 76%

## ***VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS***

En este cuestionario se han recogido datos socio demográfico para estudiar su posible influencia en la satisfacción de los pacientes, algunos estudios han sugerido que la satisfacción del paciente puede estar asociada con características del paciente como edad, género, estatus educacional.<sup>134, 147</sup>

Las variables socio demográficas analizadas en este estudio son la edad y el género .En cuanto al género, el porcentaje de mujeres que demanda los servicios de fisioterapia es más elevado (68,6%) que el de los hombres (31,4%), estos datos se asemejan a los encontrados en una estudio realizado por Beattie et al <sup>131</sup> donde se entrevisto a 289 pacientes que acudieron al servicio ambulatorio de fisioterapia y el porcentaje de mujeres fue del 63,7% , aunque no con tanta diferencia entre hombres y mujeres , también lo hemos encontrado en un estudio realizado en Australia<sup>148</sup> , donde se utilizo un cuestionario basado en el “modelo de discrepancia”, para establecer los factores que contribuyen a la satisfacción e insatisfacción en pacientes ambulatorios de fisioterapia y donde participaron 312 pacientes, el 55% eran mujeres y el 45 % eran hombres. Sin embargo estos datos difieren con un estudio llevado a cabo en Suiza, donde se entrevistaron a 501 pacientes ambulatorios e ingresados, con la finalidad de desarrollar una escala para medir la satisfacción con la fisioterapia y el 48,5% eran mujeres.<sup>149</sup>

En cuanto a la edad, en nuestro estudio la edad media es de 50,25 años (DE 16.47) esto difiere del estudio realizado por Beattie et al .<sup>131</sup> en Estados Unidos donde la edad media de los pacientes fue de 45,7 años. En un estudio llevado a cabo en Irlanda con el cuestionario PTOPS<sup>130</sup> , para conocer la satisfacción del paciente con fisioterapia privada para dolores musculares, donde la edad media fue de 37,7 años (DE 12), En otro estudio llevado a cabo en Brasil<sup>155</sup> , para conocer la satisfacción de los usuarios de fisioterapia, la media de edad fue de 49,5 años

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio en relación con estas dos variables socio demográficas es que en los grupos etarios de 18-29 años y 30-39 años el número de hombres que acude al fisioterapeuta es más numeroso que el de mujeres sin embargo a partir de los 40 años, disminuye el número de hombres y aumenta el de mujeres, la edad del grupo que asiste a Centros Públicos y Privados muestra ciertas peculiaridades, así encontramos que la población que acude a los Centros Privados es más joven que la que acude a Centros Públicos.

En lo relativo al grado de satisfacción, existe alguna evidencia de que los pacientes más mayores están más satisfechos con los aspectos particulares de la atención en fisioterapia<sup>150</sup>. Tendencias similares se han mostrado para la atención médica en general, a pesar de una menor satisfacción de los pacientes hospitalizados y ambulatorios mayores de esa edad en el servicio de Salud de Reino Unido<sup>138,151</sup>. En investigaciones previas encontraron que los pacientes más jóvenes son más críticos con sus terapias<sup>138,152</sup>

Una hipótesis para explicar las diferencias relacionadas con la edad en la satisfacción con la fisioterapia es que los pacientes más mayores, afrontan problemas de dolor crónico y movilidad, pueden tener una mayor necesidad de los servicios de fisioterapia que les ayude a gestionar con más eficacia los trastornos musculoesquelético,<sup>153,154</sup>. También se ha propuesto que las personas más mayores pueden tener las expectativas más bajas de la atención que los pacientes más jóvenes<sup>155</sup>, que a medida que aumenta el nivel cultural de los usuarios disminuye su grado de satisfacción. Los valores más bajos de satisfacción se dan en los jóvenes, aumentando la satisfacción con la edad<sup>143</sup>

En un estudio llevado en Perú<sup>156</sup> para conocer los factores socio demográficos y de accesibilidad asociados a la satisfacción de usuarios, se concluyó que la mayor satisfacción se observó en usuarios de mayor edad, lo que tendría relación con la propia concepción sobre el proceso salud-enfermedad de las poblaciones jóvenes: percepción de falta de vulnerabilidad para enfermar, cuestionamiento a algunas de las medidas diagnósticas y terapéuticas, exigencia de resolución inmediata y altas expectativas. Todo ello se reflejaría en una menor satisfacción. Esa concepción va cambiando en el transcurso del ciclo biológico. Así las poblaciones de mayor edad son conscientes de su vulnerabilidad para enfermar y ven que la atención es un proceso de interacción y responsabilidad compartida con el servicio, y donde su participación es crucial para resolver sus problemas.

### ***PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES***

En nuestro estudio hemos encontrado que la patología con una frecuencia más elevada es la espalda (47,2%), seguida del cuello (31,6%) y la patología con menor frecuencia es la rodilla (6,2%), en todas el porcentaje de mujeres es más elevado que el de hombres, excepto en el dolor de hombro que es muy similar en hombres(15,28) y en mujeres(15,16). De las personas con dolor de espalda el 57,5 acude a un centro privado y el 40,3 a un centro público, para la patología del cuello el 48,5% acuden a un centro privado y el 20,3% a un centro público

Nuestros resultados difieren de un estudio llevado a cabo en Irlanda con el cuestionario PTOPS<sup>130</sup>, para conocer la satisfacción del paciente con fisioterapia privada para dolores musculares, donde el motivo principal por el que se acudía al fisioterapeuta era por dolor vertebral (51,5%) y por patología de las extremidades inferiores(32,8%) y en particular dolores de rodillas (13,3%) podemos observar que al igual que en nuestro estudio el porcentaje de patología vertebral es muy similar, sin embargo no sucede lo mismo con la patología de miembros inferiores que es el doble que en nuestro estudio. También difieren nuestros resultados con otro estudio llevado a cabo por el Dr. Beattie<sup>131</sup> (Octubre 2005)para establecer si el cuidado longitudinal(ser tratado siempre por el mismo fisioterapeuta ) estaba asociado con la satisfacción en fisioterapia, donde se entrevistaron a 1502 pacientes utilizándose la escala Med Risk, el área anatómica tratada con más frecuencia fue la extremidad inferior (32%), seguido de columna dorsal y lumbar el 28%. , aquí y a diferencia de nuestro estudio los mayores porcentajes están en la patología del miembro inferior y no en la patología vertebral

### ***FACTORES CENTRO***

Según el modelo de evaluación de la calidad de los servicios sanitarios propuestos por Donabedian<sup>157</sup> dividía la atención médica en las dimensiones técnica, interpersonal y de las comodidades. Nosotros las hemos denominado factores fisioterapia, que implica la aplicación del proceso fisioterapéutico para solucionar el problema de salud, factores interpersonales donde se valora la interacción entre diferentes profesionales de la salud y los usuarios y factores centro donde se valora el ambiente físico que rodea a todo el proceso.

Cuando hemos analizado el grado de satisfacción de los usuarios en relación con los” factores centro (ítems 2, 3, 4, 5, 16,17) se ha encontrado que la ubicación del centro y el estacionamiento no tienen relación estadísticamente significativa con la satisfacción global. El resto de los ítem oscilan entre un 45,99% de satisfacción global (P17 El centro usó un equipo moderno” ( $p<0,001$ ) al 68,96%(P16 El centro y sus instalaciones estaban limpias”). Los factores centro mejor valorados son: el proceso de registro y la limpieza de las instalaciones

Estos datos coinciden con un estudio realizado por el Dr. Beattie et al<sup>158</sup>, donde se utilizó la misma escala y donde participaron 1868 sujetos , refleja que la ubicación del centro , el aparcamiento y el equipo utilizado no guardan relación con la satisfacción, sin embargo en

nuestro estudio el tipo de equipamiento si está relacionado con la satisfacción, aunque la respuesta en este ítem es muy variada y esto es debido a que en muchas ocasiones los usuarios no han tenido experiencias anteriores con las que comparar.

En nuestro estudio el porcentaje de personas satisfechas con los factores centro es mayor en los centros privados que en los públicos. Esto también se pone de manifiesto en una encuesta a gran escala realizada en Estados Unidos, que mostró que los mayores índices de satisfacción de los pacientes eran los realizados en clínicas privadas, en comparación con las clínicas sin ánimo de lucro y las instalaciones hospitalarias<sup>159</sup>

En un estudio llevado a cabo en Jeddah donde participaron 725 pacientes y cuyo objetivo era comparar el grado de satisfacción entre hospitales públicos, privados y universitarios, concluyeron que el porcentaje más alto de pacientes satisfechos (85%) era en los hospitales universitarios, seguido de los privados (75,7%) y en último lugar (77,4%) los hospitales públicos<sup>160</sup>

Además se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre los factores centro y la edad de los pacientes. No se ha encontrado relación entre los factores centro y el sexo de los pacientes.

Por tanto, la calidad y la eficiencia de cómo se organiza la atención parecen ser dimensiones que contribuyen a la satisfacción del paciente<sup>147,148,149,161</sup>. Los pacientes estaban más satisfechos con el buen acceso a los servicios, particularmente con los horarios de la clínica, localización y parking<sup>147,162</sup>, así como personal de apoyo disponible y accesible<sup>147</sup>. Los pacientes estaban menos satisfechos si la limpieza de los locales era pobre, si había falta de privacidad, el coste del tratamiento era alto<sup>147</sup> o si los tiempos de espera eran largos<sup>148,150</sup>

En el estudio llevado a cabo por Machado y Nogueira (2008)<sup>163</sup>, donde se entrevistaron a pacientes privados, municipales y estatales, el 86% de los usuarios reveló no tener ningún problema la hora de concertar una cita, pero el 14% mencionó que el mayor problema en las clínicas municipales y estatales era el tiempo de espera para concertar una cita. En cuanto al nivel de satisfacción con el servicio, se observó que en el sistema privado de salud el 53,6% de los usuarios estaban muy satisfechos comparado con el 73,2% en el municipal y el 82,3% en el sistema de salud estatal. En este estudio el 82,8% de los usuarios consideraba que los servicios eran de fácil acceso. Las dificultades señaladas por

los usuarios del sistema de salud pública en este estudio fueron la programación de citas y el tiempo de espera para el servicio.

### ***FACTORES INTERPERSONALES***

Con respecto a estos factores en nuestro estudio se ha encontrado que el porcentaje de personas satisfechas es mayor en los centros privados que en los públicos, lo mismo sucede con el tiempo de demora para ver al fisioterapeuta, el cual es más elevado en el centro público (29,43%) que en los centros privados (14,07%)

Al relacionar los factores interpersonales y variables socio demográficas el único factor interpersonal que tiene una asociación significativa con la edad es el horario del centro, satisfacción que incrementa según aumenta la edad, excepto en los pacientes comprendidos en el grupo de 40-49 años

Los factores interpersonales que están asociados al sexo de los pacientes son el horario del centro y que la recepcionista sea amable, siendo el grado de satisfacción más elevado en mujeres que en hombres

Cuando se han relacionado estos factores con la satisfacción global todos son estadísticamente significativos tanto en centros públicos como privados, siendo el peor valorado el esperar mucho tiempo para ver al fisioterapeuta. En el estudio llevado a cabo por Magro Perteghuer<sup>146</sup> las principales causas de insatisfacción se deben a problemas de accesibilidad, cita previa y tiempo de espera. Sin embargo en comparación con los componentes del fisioterapeuta y las variables de organización son predictores más débiles de la satisfacción general con la atención en fisioterapia. Claramente una alta calidad en la interacción fisioterapeuta –paciente es más importante para los pacientes que una clínica con estacionamiento accesible. Esta conclusión es apoyada por otros estudios que evalúan los factores determinantes relativos de satisfacción con la atención de fisioterapia. El grado de satisfacción de los pacientes también puede diferir significativamente entre el tipo de instalaciones, de tal manera que los pacientes están más satisfechos con las clínicas privadas que con el tratamiento en los hospitales estatales. La explicación más probable de este hallazgo es que los mejores recursos (en particular el tiempo del fisioterapeuta) están disponibles en las clínicas privadas

## ***FACTORES FISIOTERAPEUTA***

Las variables clave del proceso que se traducen en una alta satisfacción son la duración adecuada y la frecuencia del tratamiento<sup>164</sup>, seguimiento adecuado, continuidad de la atención, modo de tratamiento y la implicación del paciente en el proceso de toma de decisiones. En nuestro estudio el porcentaje de pacientes que piensan que el fisioterapeuta ha pasado suficiente tiempo con ellos es del 76,50 % en los centros privados y del 56,86% en los centros públicos, sin embargo hay un porcentaje muy alto que están en total desacuerdo con el tiempo que han empleado con ellos. Claramente, los pacientes necesitan sentir que han tenido tiempo suficiente con el fisioterapeuta y no sentir prisa a través de una cita y que han sido cuidadosamente evaluados y seguidos<sup>165</sup>.

Reducir el tiempo entre paciente-fisioterapeuta, presión actual hoy en día en la atención en salud, se puede interpretar como falta de interés y conducir a una menor satisfacción y calidad de la atención<sup>166</sup>. En estudios en los que utilizaron métodos cualitativos<sup>156,167, 168</sup> para explorar las percepciones de los pacientes sobre las dimensiones de satisfacción con los cuidados de fisioterapia, los resultados muestran que los pacientes identifican de manera consistente las características del fisioterapeuta y el proceso de atención y organización, como las principales dimensiones de la satisfacción. Componentes menos frecuentes de satisfacción fueron los resultados del tratamiento y las expectativas de la fisioterapia.

En los centros privados un 67,0% de los pacientes están satisfechos con las explicaciones sobre el tratamiento y en los centros públicos es de un 60%. Los pacientes que están satisfechos sobre los consejos para mantenerse saludables y evitar futuros problemas es del 68,34% en los centros privados y del 55% en los públicos<sup>154</sup>.

En estudios llevados a cabo por el Dr. Beattie et al<sup>131</sup> y en los que se utilizó la escala Medrisk, se encontró que los temas relacionados con la percepción de calidad del paciente, la comunicación fisioterapeuta- pacientes ( explicar el tratamiento y responder a las preguntas) fueron los ítems más estrechamente vinculados a las medidas globales de satisfacción. La capacidad de comunicarse de manera efectiva, fue otra de las características del fisioterapeuta mas altamente calificada, sobre todo en la explicación sobre la condición del paciente y educar al paciente acerca de estrategias de auto cuidado. Todos los estudios realizados sobre satisfacción del paciente con la fisioterapia coinciden

que el determinante más consistente en la satisfacción son los atributos del fisioterapeuta .Dentro de la profesionalidad está el atributo de la empatía

La empatía en el contexto del cuidado de los pacientes se define como un atributo predominantemente cognitivo que implica una comprensión de las experiencias de los pacientes, preocupaciones y perspectivas combinado con una capacidad de comunicar esta comprensión y la intención de ayudar<sup>169, 170</sup>.

Estos aspectos interpersonales en los tratamientos de fisioterapia, han sido identificados como los determinantes más importantes no solo en la satisfacción de los pacientes, sino también en la evaluación de los pacientes en la calidad de la atención médica<sup>171</sup> .En un estudio llevado a cabo por Halls and Kitchen<sup>160</sup> encontró que el grado de satisfacción era más alto en pacientes en condiciones musculo esqueléticas agudas que en los pacientes crónicos. Para el grupo de los pacientes agudos el fisioterapeuta era el principal determinante, sin embargo para el grupo de pacientes crónicos, la organización de la atención era el predictor más significativo.

En este estudio también se identificaron las diferencias entre hombre y mujeres. Para los hombres, el principal predictor de satisfacción era el fisioterapeuta y el resultado del tratamiento, mientras que para las mujeres fueron la organización y la comunicación. La expectativa de la dimensión de satisfacción fue significativamente más alta en hombres que en mujeres.

Los hallazgos encontrados por Dr.Beattie et al <sup>131</sup>es que las mujeres eran más propensas a expresar una satisfacción completa en las dos subescalas (escala interna y externa) del cuestionarios Medrisk, esto discrepa con los hallazgos de estudios recientes, que han descrito a las mujeres menos satisfechas que los hombres con la información de los profesionales sanitario<sup>172</sup> y con la atención enfermera

En nuestro estudio todos los factores fisioterapeuta tienen una asociación significativa con la satisfacción global, el mejor valorado tanto en centros públicos como en privados ha sido que el fisioterapeuta sea respetuoso .Los peor valorados tanto en centros públicos como privados han sido que el fisioterapeuta no les explica meticulosamente el tratamiento y que no les aconsejan sobre cómo mantenerse saludables para evitar futuros problemas. Adicionalmente en los centros públicos se ha detectado insatisfacción de los pacientes por el escaso tiempo de interacción fisioterapeuta-paciente

En un estudio llevado a cabo por Kay et al<sup>173</sup> se destacó que la comunicación es extremadamente importante en fisioterapia, que se constituye como un tema en sí mismo y que además afecta en mayor o menor medida a otros aspectos. Una concepción, ya clásica, de competencia profesional es la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes profesionales para resolver los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica de la asistencia cotidiana<sup>174</sup>. Actualmente, existe una tendencia a construir una definición de competencia profesional, basada en diferentes aportaciones relevantes<sup>175, 176</sup> conviniendo que se trata del uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para beneficio individual y de la sociedad.

Hay estudios que demuestran que una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación médico –paciente, en una mayor adhesión terapéutica por parte del paciente, en una disminución de las prescripciones terapéuticas, en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades y en una disminución de las demandas contra los profesionales<sup>177, 178</sup>.

### ***RESULTADOS DEL TRATAMIENTO***

En los centros privados los pacientes que perciben que su estado actual de la lesión es muchísimo mejor es del 22% mientras que en los centros públicos es del 8,70%, los que perciben que su estado actual de la lesión es igual que antes de empezar el tratamiento es del 3% en los centros privados y del 20,40% en los centros públicos. Los grupos que perciben que su estado actual es muchísimo mejor son los comprendidos entre 18-39 años con un 25,83%, y los que piensan que su estado actual es igual en un porcentaje más elevado son los pacientes de >70 años con un 21,79 años. Hay una asociación significativa entre la mejoría y la edad de los pacientes.

En nuestro estudio hemos encontrado que los pacientes cuya satisfacción global eran de satisfechos y muy satisfechos, la mejoría oscilaba entre mejor, mucho mejor y muchísimo mejor, pero también hemos encontrado un porcentaje que a pesar de ser su satisfacción global muy elevada su mejoría no había experimentado ningún cambio.

En solo tres estudios el resultado del tratamiento o la mejora de los síntomas fueron identificados como importantes. Una alta satisfacción se relaciona a veces, pero no siempre con una reducción del dolor, así como algunos pacientes se sentían satisfechos con las

estrategias de auto ayuda que habían aprendido, o con la fuerza y mejora de la movilidad de los ejercicios, aunque los cambios de los síntomas fueran mínimo También hay evidencia de que los pacientes estaban más satisfechos cuando eran tratados por el mismo fisioterapeuta durante el curso de su tratamiento y cuando la duración del tratamiento era adecuadas En un estudio cualitativo realizado por Hills and Kitchen<sup>168</sup> para valorar la satisfacción de los pacientes ambulatorios de fisioterapia, en condiciones musculoesqueléticas crónicas y agudas encontraron que aunque la mayoría de los pacientes expresaron una mejoría de sus síntomas después del tratamiento, el asesoramiento sobre las pautas a seguir fue visto como un resultado positivo aun cuando la mejoría de los síntomas fuese mínima, en contraposición a nuestro estudio los ítem peor valorados han sido aquellos que conciernen a como mantenerse saludables para evitar futuros problemas y el dar instrucciones detalladas acerca de los ejercicios a realizar en casa.

May<sup>129</sup> entrevistó a 34 pacientes que habían recibido fisioterapia ambulatoria con el objetivo de identificar las áreas que consideraban más importantes para la satisfacción con la fisioterapia y concluyó que la atención al paciente debe ser adaptada para satisfacer necesidades específicas del paciente y que la eficacia del tratamiento requiere la competencia no solo en ciertas técnicas, sino también que los fisioterapeutas tengan una gama de habilidades interpersonales para ayudar en el tratamiento del dolor.

Investigaciones recientes en población con dolor crónico sugieren que la relación paciente-proveedor es tan importante para la satisfacción del paciente como la reducción de los síntomas<sup>179, 180</sup>,

Las investigaciones en la literatura han proporcionado datos ambiguos entre la satisfacción del paciente y la efectividad del tratamiento. En concreto, los pacientes que experimentan una reducción mínima del dolor y aquellos con niveles entre moderados y severos de dolor, informan de alto nivel de satisfacción con su tratamiento de dolor<sup>181, 182, 183, 184</sup>. La presencia de tal discrepancia plantea preguntas sobre si la satisfacción de los pacientes es una medida de resultado válido de la eficacia del tratamiento, sobre todo si la efectividad del tratamiento se considera sinónimo de reducción de síntoma<sup>185</sup>

Un estudio informó que la satisfacción con los resultados de la salud no difería con la edad de los pacientes, sin embargo los pacientes de 65 años y más estaban más satisfechos con el acceso a los servicios y con la eficacia de comunicación<sup>186</sup>

Han demostrado la importancia de la continuidad longitudinal del cuidado: los pacientes tratados por el mismo fisioterapeuta durante el curso del tratamiento son aproximadamente 3 veces más propensos a manifestar satisfacción completa con la atención que aquellos que han recibido atención por muchos fisioterapeutas

### ***FACTORES ASOCIADOS A LA SATISFACCIÓN***

En nuestro estudio los factores que se asocian estadísticamente a la satisfacción de los pacientes son: la edad, que el centro sea público o privado y la mejoría.

En relación a la edad Hall y Dornan<sup>146</sup> encontraron en su meta análisis que la edad es un importante factor asociado a la satisfacción del usuario, afirmando que las poblaciones más longevas tienden a una mayor satisfacción. En el presente estudio encontramos que los pacientes menos satisfechos son los más jóvenes. Ello tendría relación con la propia concepción sobre el proceso salud-enfermedad de las poblaciones jóvenes: percepción de falta de vulnerabilidad para enfermar, cuestionamiento de algunas de las medidas diagnósticas y terapéuticas, exigencia de resolución inmediata y altas expectativas. Todo ello se reflejaría en una menor satisfacción. Esa concepción va cambiando en el transcurso biológico. Así, las poblaciones de mayor edad son conscientes de su vulnerabilidad para enfermar y ven que la atención es un proceso de interacción y responsabilidad compartida con el servicio, y donde su participación es crucial para resolver sus problemas <sup>148</sup>. En el estudio llevado a cabo por Knight et al. los pacientes mayores de 35 años daban mayor importancia a las explicaciones del fisioterapeuta sobre el tratamiento que los pacientes más jóvenes obteniendo resultados significativos. Hay autores que han sugerido que identificar las causas de insatisfacción puede ser más que medir la satisfacción, encontrando que factores que pueden contribuir a la satisfacción son diferentes de aquellos que contribuyen a la insatisfacción<sup>187, 188</sup>,

Con respecto al centro la satisfacción global de los pacientes atendidos en centros privados esta es más alta que aquellos atendidos en centros públicos. Según M. Miguel Montoya et al <sup>189</sup> cuando la expectativa del paciente es baja o está acostumbrado a tener un acceso limitado a los servicios, puede no percatarse del nivel real de calidad y estar recibiendo servicios deficientes sin ninguna objeción, lo que también puede influir en las tasas de insatisfacción del 3-5% en la sanidad pública, donde el paciente tiene una expectativa más baja que en los centros sanitarios privados<sup>189</sup> Sin embargo, aunque en el análisis realizado en el presente estudio sugiere que la satisfacción está asociada a que el centro sea

publico/privado, a la edad y a la mejoría que presentan los pacientes , es posible otras características como mecanismo de lesión, cronicidad y resultados clínicos pueda influir en los niveles de satisfacción de los pacientes<sup>190</sup>

En cuanto a la mejoría, la mayoría de los pacientes perciben que su estado actual de la lesión con respecto a cuando empezaron el tratamiento es mejor, mucho mejor o muchísimo mejor

A la vista de los resultados de esta investigación las propuestas para mejorar la calidad en los servicios de fisioterapia serían los siguientes:

- 1- Conocer la expectativas de los usuarios
- 2- Introducir la utilización sistemática de cuestionarios estandarizados, para conocer la opinión de la población y hacer efectivas las políticas actuales de calidad
- 3- Dar información suficiente y comprensible al paciente sobre el tratamiento que se va a llevar a cabo, así como las pautas para seguir en domicilio
- 4- Estudiar en profundidad a la población comprendida entre 40-49 años, ya que se el tramo más numeroso y también más insatisfecho
- 5- Disponer de estructuras atractivas y confortables
- 6- Modificar aspectos organizativos para que se reduzcan los tiempos de espera en ver al fisioterapeuta

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

## 18. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como se puede observar el estudio de la satisfacción es multifactorial, se mide en percepciones subjetivas y los instrumentos de medición son diversos y poco estandarizados por lo que se hace necesario para su mejor abordaje el uso de métodos cualitativos y cuantitativos. Aunque este estudio no ha sido diseñado para la toma de decisiones de los gestores, ni para evaluar la efectividad y calidad de los mismos, conocer las dimensiones que generan mayor y menor satisfacción a los pacientes en centros públicos y privados, ayuda a orientar sobre la organización de los servicios si estos se quieren encaminar a la excelencia y permite darnos una idea aproximada sobre los objetivos que se pueden plantear, utilizar la información y abrir nuevas líneas de investigación

Este estudio ha proporcionado una mayor comprensión y la base de conocimiento de los factores relacionados con la satisfacción en fisioterapia, así como el potencial para ayudar a los fisioterapeutas en la toma de decisiones para el continuo desarrollo profesional, sin embargo este cuestionario ha sido validado a español en Estados Unidos, por población hispano hablante, este es un dato a tener en cuenta, no solo por una cuestión geográfica, sino también por ser un sistema de salud diferente al nuestro y en el que no hay un sistema público de salud.

Otras medidas como el porcentaje de pacientes que completan el tratamiento de fisioterapia, factores demográficos, etc. pueden ser también útiles para evaluar la satisfacción de los pacientes

Puede haber limitaciones como son los costos, así como no explorar las expectativas del usuario, ya que existen datos que sustentan la relevancia de las expectativas en la satisfacción<sup>191</sup>, sin embargo estos resultados dan información sobre un tema muy poco explorado en nuestro país.

Para una completa apreciación de la satisfacción del usuario, algunos autores hacen énfasis en la necesidad de evaluar necesidades personales y situacionales al momento de la solicitud de atención, las experiencias previas al servicio, las recomendaciones de los expertos (familiares y profesionales), el impacto de las comunidades(fuente de información sobre la gestión de prestaciones de salud), la cultura y educación y la infraestructura de las

unidades médicas <sup>192</sup>datos que no se han analizado en este estudio. La mejora en la calidad de atención de los servicios de salud requiere el análisis de la satisfacción no solo del usuario, sino también de los prestadores de servicios, ya que Fernandez SMM et al<sup>193</sup>, indican que el 25,8% de estos no está satisfecho con su actividad laboral, entre ellos los médicos, frecuentemente debido a la carga de trabajo.

El muestreo ha sido de oportunidad y no aleatorizado.

Nos hubiera gustado ampliar el muestreo del presente estudio de manera que incluyera todas las áreas sanitarias con el fin de inferir los resultados aplicables al conjunto de la Comunidad de Madrid, por lo que sería deseable que en futuros estudios se tuviera en consideración para posibilitar la comparación de centros privados vs. Públicos en todas las áreas sanitarias.

**CONCLUSIONES:**

## 19. CONCLUSIONES

A tenor de los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que:

1-El grado de satisfacción manifestado por los pacientes que reciben fisioterapia en la comunidad de Madrid es más elevado en los centros privados que en los públicos

2-Los pacientes mayores de 70 años son los que expresan mayor satisfacción y los de edad media, 40 a 49 años los mas insatisfechos

3-No se detectan diferencias significativas en función del sexo ni del área corporal tratada

4-La insatisfacción está relacionada con la falta de información tanto en el sector público como el privado y con el poco tiempo dedicado en el sector publico

5-El trato respetuoso por parte de los profesionales contribuye en gran medida al grado de satisfacción de los pacientes

6-Es necesario continuar con la investigación para mejorar el sistema de atención a los usuarios de la fisioterapia

## **ANEXOS:**

## 20.0 ANEXOS

### ANEXO I.Comite Ética



#### Informe Solicitud Aclaraciones Otros Estudios

C.P. - C.I. 11/021-E

27 de enero de 2011

CEIC Area 7 - Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas  
Secretaria del CEIC Area 7 - Hospital Clínico San Carlos

#### HACE CONSTAR QUE:

1º. El CEIC Area 7 - Hospital Clínico San Carlos en su reunión del día 26/01/2011, acta 1.2/11 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

**Título: "Grado de satisfacción de los usuarios de fisioterapia en la Comunidad de Madrid"**

**Código Interno: 11/021-E**

**Promotor/Investigador: Dra. M<sup>a</sup> Concepción Lorca Moreno,**  
Unidad de Fisioterapia, Dpto de Medicina Física y Rehabilitación. E.U de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

2º. Este CEIC ha decidido emitir un dictamen de: **Aclaraciones Menores.**

3º. Se solicita al promotor que responda a las:

#### **ACLARACIONES GENERALES:**

- Debe añadirse una hoja de información al sujeto donde se expliquen las características del estudio (beneficios, riesgos/inconvenientes, alternativas, procedimientos que se van a realizar, etc).

Lo que firmo en Madrid, a 27 de enero de 2011

Fdo: Dra. Mar García Arenillas  
Secretaria del CEIC Area 7 - Hospital Clínico San Carlos

## **ANEXO II. INFORMACIÓN AL PACIENTE**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Sede donde se realizará el estudio: Unidad de Fisioterapia. Dpto. de Medicina Física y Rehabilitación, E.U: Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid

El objeto de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no en este estudio. Con este fin, debe leer y comprender toda la información que aparece a continuación. Cualquier duda sobre el contenido de la misma o cualquier otra pregunta que le surja le será respondida. Una vez que haya comprendido el estudio, se le pedirá que firme este consentimiento

### **JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

Evaluar la satisfacción del paciente permite por un lado identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra nos sirve para evaluar los resultados de los cuidados, ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el cual se articulan las prestaciones asistenciales. Todo esto redundará en una mejor calidad asistencial

Es muy escasa la investigación de la misma en el ámbito de la fisioterapia.

La fisioterapia tiene características únicas que pueden influir en el grado de satisfacción del paciente: interacción entre el fisioterapeuta y el paciente, lleva más tiempo que una visita médica, más contacto físico, por lo que un cuestionario utilizado en otras especialidades, puede que no sea óptimo para la fisioterapia

### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Evaluar la relación que existe entre la edad, el sexo, aspectos ambientales, atención recibida por el personal sanitario, con el grado de satisfacción del paciente atendido en un servicio de fisioterapia

### **BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Dado que evaluar la satisfacción de los pacientes permite identificar las áreas deficitarias, es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención,

este estudio permitirá que en un futuro otros usuarios de fisioterapia puedan beneficiarse de los resultados obtenidos.

### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar a participar en este estudio, se le administrará un cuestionario de 20 preguntas y se seguirán las normas elementales de aplicación de este tipo de cuestionarios: privacidad, lectura de preguntas sin aclaraciones, ni modificaciones.

### **RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

No existen riesgos asociados con el estudio

### **ACLARACIONES**

La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria

No habrá ninguna consecuencia desfavorable en caso de no aceptar la invitación

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio

Es un proyecto sin ánimo de lucro en el cual los participantes no recibirán remuneración alguna

La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores con arreglo a la Ley Orgánica de Protección de Datos

Si considera que no hay dudas, ni preguntas acerca de su participación puede, si así lo desea, firmar el Consentimiento Informado anexo a este documento

### **ANEXO III.DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D. /Dña....., de.... años de edad y con DNI nº ....., manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la participación en el proyecto de Investigación titulado "GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE FISIOTERAPIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID" con el fin de mejorar los servicios de la misma

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar y que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Madrid, a..... de..... De 2011.

**Fdo. D/Dña.**

## ANEXO IV.CUESTIONARIO MED RISK

1. Edad: \_\_\_\_\_ (años)

2.  Hombre  Mujer

3. Área general de tratamiento (marque **TODAS** las que se puedan aplicar): Cuello Espalda Brazo Pierna Pie/Tobillo  
Mano/Muñeca Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Por favor conteste las preguntas siguientes haciendo un círculo en la respuesta que describa mejor su opinión sobre su tratamiento.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. La recepcionista fue amable.	1	2	3	4	5	N/A
2. El proceso de registro fue apropiado.	1	2	3	4	5	*
3. El área de espera fue cómoda (iluminación, temperatura, muebles).						
4. La ubicación del centro no fue conveniente.	1	2	3	4	5	
5. El centro tiene un estacionamiento conveniente.	1	2	3	4	5	N/A
6. Esperé mucho tiempo para ver el/la fisioterapeuta.	1	2	3	4	5	
7. El horario del centro fue conveniente para mí	1	2	3	4	5	
8. Mi fisioterapeuta pasó suficiente tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	
9. Mi fisioterapeuta me explicó meticulosamente el tratamiento(s) que recibí.	1	2	3	4	5	
10. Mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.	1	2	3	4	5	*
11. El personal del Centro fue respetuoso.	1	2	3	4	5	*
12. El auxiliar de mi fisioterapeuta fue respetuoso/a.	1	2	3	4	5	N/A
13. Mi fisioterapeuta no escuchó mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	
14. Mi fisioterapeuta contestó todas mis preguntas.	1	2	3	4	5	
15. Mi fisioterapeuta me aconsejó como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.	1	2	3	4	5	
16. El centro y sus instalaciones estaban limpias.	1	2	3	4	5	
17. El centro usó un equipo moderno.	1	2	3	4	5	*
18. Mi fisioterapeuta me dio instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.	1	2	3	4	5	
19. Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibí de mi fisioterapeuta.	1	2	3	4	5	
20. Retornaría a esta oficina para futuros servicios o tratamiento.	1	2	3	4	5	

**Como compara su situación actual respecto a cómo se encontraba antes de iniciar el tratamiento de fisioterapia(Rodee con un círculo la expresión que mejor defina su estado)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Muchísimo mejor	Mucho mejor	Mejor	Algo mejor	Igual	Algo peor	Peor	Mucho peor	Muchísimo peor

## **BIBLIOGRAFIA:**

## 20. BIBLIOGRAFIA

- 
- <sup>1</sup> Muñoz Lasa S. Proyecto Docente Universidad Complutense de Madrid. 2001
- <sup>2</sup> Molina A. Rehabilitación. Fundamentos, técnicas y aplicación. Valladolid: Editorial Medica Europea .1990.
- <sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Grupo de Expertos. (s.f.).
- <sup>4</sup> Asociación Española de Fisioterapia. Reglamento Nacional .Artículo 4º
- <sup>5</sup> Atkinson K, Coutts F, Hassenkamp AM. Fisioterapia en ortopedia: un enfoque basado en la resolución de problemas. Madrid: Elsevier 2007.
- <sup>6</sup> Meliá Oliva JF. Historia de la Fisioterapia. Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. ISBN:978-84-612-2984-0, s.f.
- <sup>7</sup> Pégola F. Brujos y casi médicos en los inicios argentinos. Edimed; Buenos Aires .1944.
- <sup>8</sup> Martí Ibañez. A prelude to medical history. MD Publications. Nueva York .1961.
- <sup>9</sup> Bender GA, Thom RA. Grandes momentos de la medicina en ilustraciones. Norvillo .1982.
- <sup>10</sup> Lain Entralgo P. Historia de la Medicina. Salvat. Barcelona 1978.
- <sup>11</sup> Huard P, Ming Wong. La medicina china. Ediciones Guadarrama. Madrid 1968.
- <sup>12</sup> Gallego T. Bases Teóricas y Fundamentos de la Fisioterapia. Ed. Medica Panamericana (s.f.).
- <sup>13</sup> Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias
- <sup>14</sup> Asociación Española de Fisioterapeutas. Reglamento Nacional. Madrid AEF 1991
- <sup>15</sup> Marsillacha Perera J. Vademecum del Practicante. Barcelona: Jaime Jesús 1897.
- <sup>16</sup> Blasco Ordoñez J. La incorporación de practicante y matronas al sistema sanitario español (1901-1950). Index de Enfermería: Gaceta bibliográfica del Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria .1993; 4-5:7-10.
- <sup>17</sup> Asociación Española de Fisioterapeutas. Boletín Informativo nº12. Mayo 1974. (s.f.).
- <sup>18</sup> Asociación Española de Fisioterapeutas. Boletín Informativo nº 30. Febrero 1990. (s.f.).
- <sup>19</sup> Libro Blanco Título Grado de Fisioterapia. Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación. 2004
- <sup>20</sup> García Armesto S, Abadía B, Durán A, Bernal E. Análisis del sistema sanitario 2010. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud .Health System in Transition. Encontrado en <http://www.msc.es/organización>
- <sup>21</sup> Corbella A, Saturno P. «La garantía de la calidad en atención primaria de salud.» Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General 1990.
- <sup>22</sup> Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Mexico, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 1984 (1984).
- <sup>23</sup> Heather Palmer, R. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y Prácticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid (1989).

- 
- <sup>24</sup> Ibern Regás, P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitària. *Gac Sanit* .1992; 6:176-185.
- <sup>25</sup> Carr-Hill, A. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*; 1992: 14:236-249.
- <sup>26</sup> Labarere J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French impatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*.2001;13:99-108
- <sup>27</sup> Perez Blanco, V., y otros. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev. Calidad Asistencial* .2003; 18:628-35.
- <sup>28</sup> Conesa, A, Bayas JM, Asenjo MA, Manasanch O, Lledó et al. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. *Rev Clin Esp* .1993; 192:346-51.
- <sup>29</sup> Barrasa JJ, C. Aibar. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986.2001.*Rev Calidad Asistencial* .2003; 18:580-90.
- <sup>30</sup> Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Review* 1994;4:49-55
- <sup>31</sup> Robert A. Peterson, William R. Wilson. Measuring Customer satisfaction: Fact and Artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science* .1992; 20(1):61-71.
- <sup>32</sup> Koss E. *The health of regionville*. New York: Haffner; 1954
- <sup>33</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966;44(4):166-202
- <sup>34</sup> Cafferata G , Roghmann K. Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality.» USA: Eastern Sociological Meetings 1978.
- <sup>35</sup> Strasser, S., Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor ML: Health Administration Press 1991: 210.
- <sup>36</sup> Bretones C , Sanchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* .1989; 6:312-6.
- <sup>37</sup> Winfield HR, Murrell TG , Clifford J. Process and outcome in general practice consultations: problems and defining high quality care. *Soc Sci Med* .1995; 41:969-975.
- <sup>38</sup> Garcia FP, Pancorbo PL, Rodriguez MC, Rodriguez MA et al. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clinica* 2001; 4:146-154.
- <sup>39</sup> Zas B. La satisfacción como indicador de excelencia de calidad de los servicios de salud. *Psicología Científica* 2004.
- <sup>40</sup> Martínez-Tur, V et al. Contribuciones de la Psicología Social al estudio de la satisfacción de los usuarios y consumidores.» *Revista de Psicología Social* (2000): (15)2:5-24.
- <sup>41</sup> Howard JA, JN. Sheth. *The theory of buyer behavior*. Nueva York: Willey and Sons (1969).

- 
- <sup>43</sup> Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* .1983; 6:185-210.
- <sup>44</sup> OMS. Atención Primaria de Salud. Informa de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Serie Salud para Todos nº1. Alma-Ata(URSS): OMS, 1978.
- <sup>45</sup> Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: Informe de la Subcomisión de Atención Primaria. *Insalud*.1991.
- <sup>46</sup> Martín Martín J, De Manuel Keenoy E, Carmona López G, Martínez Olmos, J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II El cambio "interno". *Gac Sanit* 1990; 4(19):162-167.
- <sup>47</sup> Ibern Regás P. La mesura de la satisfacció en els serveis sanitària. *Gac Sanit* .1992; 6:176-185.
- <sup>48</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 1984
- <sup>49</sup> Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid, 1991
- <sup>50</sup> European Foundation for Quality Management. Total Quality management . Bruselas, 1992.
- <sup>51</sup> Servicio Andaluz de Salud Información. Contrato-Programa de los hospitales del SAS para el año 2000. 2000: 5.
- <sup>52</sup> Mira JJ Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* .2000; 114(Supl 3):26-33.
- <sup>53</sup> Hulka B et al. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* .1970; 8:429-435.
- <sup>54</sup> Wolf M, et al. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med* .1986; 9:389-399.
- <sup>55</sup> Ware JE , Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* .1988; 26:393-402.
- <sup>56</sup> Lamata F, et al. Marketing Sanitario. Madrid: Diaz Santos, 1994.
- <sup>57</sup> Serrano del Rosal R , L Biedma. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud: Libro de Resúmenes (2005): 262.
- <sup>58</sup> Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Mex* (1993): 35:238-247.
- <sup>59</sup> Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* (1985): 49:41-50.
- <sup>60</sup> Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública (1990): 10-12.
- <sup>61</sup> Gilmore C , H Novaes . Manual de Gerencia de la Calidad. Washington D.C. Pos, XIV, 254p- HSP/UNI/Manuales operativos PALTEX. Vol. III, nº9 (s.f.).
- <sup>62</sup> Zastowny TR, Roghman KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Med Care* .1989; 27:705-23.
- <sup>63</sup> Prieto Rodríguez MA, Marcha Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y aseguradoras privadas. *At Primaria* .1999; 24:259-66.

- 
- <sup>64</sup> Parasuraman A, Zeithaml V, Berry J. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* .1988; 64:12-40.
- <sup>65</sup> Grönroos C. A service-oriented approach to marketing for services. *European Journal of Marketing*.1978; 12:588-601.
- <sup>66</sup> Grönroos C. *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors:Swedish School of Economics and Business Administration .1982
- <sup>67</sup> Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing* .1984. 18:36-44.
- <sup>68</sup> Reeves CA , Bednar CA. Defining quality: alternatives and implications. *Academy of Management Review* .1994; 19:419-445.
- <sup>69</sup> Martínez-Tur V, Peiró JM, Ramos J. *Calidad de Servicio y Satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis. Cap 1 y 2, 2001.;24-71.
- <sup>70</sup> Izurueta JM. Estudio de opinión y satisfacción de los usuarios. Servicio de Urgencias del Hospital del Bierzo. *»Todo Hospital* .2003;194:102-10.
- <sup>71</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* .1966;44(4):166-202.
- <sup>72</sup> Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of quality of care. *QRB* .1987 arch;106-8.
- <sup>73</sup> Aguirre Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* .1990; 32(2):623-629.
- <sup>74</sup> Hall J, et al. A casual model of health status and satisfaction with medical care. *Med care* .1993; 1:84-94.
- <sup>75</sup> Saturno Hernandez, P. La definición de la calidad de atención. Marquet Palomar R, ed. *Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud*. Barcelona. Doyma .1993
- <sup>76</sup> Marquet R, Pujol G, Jimenez, J. Cuestionarios de satisfacción ¿Una respuesta demasiado sencilla a un tema demasiado complejo?. *Cuadernos de Gestión* .1995; 1(1):23-31.
- <sup>77</sup> Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* .1998; 13:92-97.
- <sup>78</sup> Aranaz JM. *La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios sanitarios*. 1998.
- <sup>79</sup> Aranaz JM. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* .2000; 114( 3):26-33.
- <sup>80</sup> Fornell C. Productivity, quality and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and National level. *Advances in Strategic Management* .1995; 11:27-29.
- <sup>81</sup> Neto Q. *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais*. Lisboa: edições Silabo .2000.
- <sup>82</sup> Saturno J, Gascón et al. *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid, Du Pont Pharma .1997.
- <sup>83</sup> Maxwell R. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in Health Care* .1992; (1):171-7.

- 
- <sup>84</sup> Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of Quality and Approaches to its assessment. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press .1980.
- <sup>85</sup> Mayer G , Massagli M. The forgotten component of the quality trial: can we still learn something from structure. Joint Commission Journal of Quality Improvement .2001; 27:484-493.
- <sup>86</sup> Uñol R, Klazinga N et al. Methods os assessing response to quality improvement strategies. Barcelona, Foundation Avedis Donabedian .2004; 63.
- <sup>87</sup> NHS. A first Class Service-Quality in the new NHS.1997.
- <sup>88</sup> IOM. Crossing the Quality Chasm:A new Health System for the 21st Century.2001.
- <sup>89</sup> JCAHO.<http://www.jchao.org> Joint Comision on Accreditation of Healthcare Organizations.2006
- <sup>90</sup> Chias J.La imagen de los servicios. *ICE* .1993; 722:119-25.
- <sup>91</sup> O'Connor SJ, Shewchuck RM, Carney LW. The great gap. *Journal of health care marketing* 1994; 14:32-39.
- <sup>92</sup> Carmel S. Satisfaction with hospitalization:Acomparative analysis of three types of services. *Social Sciences Medicine* .1985; 21(11):1243-1249.
- <sup>93</sup> Weiss G. Patient satisfaction with primary medical care. *Med care* .1988; 26(3):383-392.
- <sup>94</sup> Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship. *J Health Sociology Behavior* .1980;21(2):170-180.
- <sup>95</sup> Larsen D, Rootman I. Physician role performance and patient. *Social Sciences Medicine* 1976;10(1):29-32
- <sup>96</sup> Dimatteo M , Hays R. The significance of patient´s of physician conduct:a study of patient satisfaction in a family practice center. *J Community Health* .1980; 6(2):18-22.
- <sup>97</sup> Pujula-Massó, Suñer Soler R et al.La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfer. Clinic* .2006; 16(1)19-26.
- <sup>98</sup> Levinson W, Gorawara Bhat R, Dueck R, Egener B, Kao A, Kerr C et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship. *JAMA* .199; 282:1477-1483.
- <sup>99</sup> Negro JM,et al. Satisfacción de los pacientes asistidos en una consulta de alergología. *Alergol Inmunol Clin* .2004; 19:145-152.
- <sup>100</sup> Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente.Concepto y aspectos metodológicos.*Revista Psicología de la Salud* .1992; 4:89-116.
- <sup>101</sup> Williams B. Patient satisfaction:a valid concept?.*Soc Sci Med* .1994;38(4):509-16.
- <sup>102</sup> Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartin D, Sanz J, Campos C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria.Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* .1995; 15:421-5.
- <sup>103</sup> Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* .1995; 69:163-75.
- <sup>104</sup> Crow RGH, Hampson S, Hart J, Kimber A, et al. The measurement of satisfaction with healthcare:implications for practice from a systematic review of literature. *Health Technol Assessment* 2002; 6(32):I-244.
- <sup>105</sup> Mciver S. An introduction to obtaining the views of users of health service. London:King's Fund 1991.

- 
- <sup>106</sup> Bond S. Measuring patient's satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* .1992; 17:52-63.
- <sup>107</sup> Bretones C , Sanchez JE. Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de atención primaria. *Aten Primaria* .1989; 6:312-6.
- <sup>108</sup> Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review* .1997; 22:74-89.
- <sup>109</sup> Pujula-Massó, Suñer Soler R, et al .La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfer. Clinic* .2006; 16(1)19-26.
- <sup>110</sup> Cabrero Garcia J, Richardt Martinez M, Reig Ferrer A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta.*Rev Enfermería Clínica* .2001; 5:14-23.
- <sup>111</sup> Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters , Rasker JJ. Assessing patient's priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the 22 quote rheumatic patients instrument. *British Journal of Rheumatology* .1998; 37:362-368.
- <sup>112</sup> Owens DJ , Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Social Sciences and Medicine* .1996; 42:1483-1491.
- <sup>113</sup> Minayo MCS , Sanches O. Cuantitativo , cualitativo: Oposición o complementariedades? Cuadernos de salud pública .1993; 9:239-262.
- <sup>114</sup> Esperidião M , Bomfim Trad LA. Evaluación de la satisfacción de los usuarios. *Revista Ciencia y Salud Colectiva* .2005; Vol 10.
- <sup>115</sup> Mira J, Buil JA, Rodríguez Marí J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit* 1997;11(4):176-89.
- <sup>116</sup> Ware JE Jr , Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* .1988; 26:393-402.
- <sup>117</sup> Salamano MC. Satisfacción de los pacientes frente a la promoción de la utilización de medicamentos genéricos. Tesis de Maestría. Flacso. Sede Académica Buenos Aires. 2009
- <sup>118</sup> Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary care consultations. *J Behav Med* .1986; 9:389-399.
- <sup>119</sup> Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal Physical Therapy Care: A systematic review. *Physical Therapy* .2011; (91):25-35.
- <sup>120</sup> Beattie PF, Turner C, Dowda M, et al;. The Medrisk Instrument for Measuring Patient satisfaction with Physical Therapy Care: a psychometric analysis . *J Orthop Sports Phys Ther* .2005; 35:24-32.
- <sup>121</sup> Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. *Spine J* .2008; 8:510-521.
- <sup>122</sup> Casserley-Feeny SN, Phelan M, Duffy F et al. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disord* .2008; 9:50.
- <sup>123</sup> Law B, Driediger M, Hall C et al. Imagery use, perceived pain, limb functioning and satisfaction in athletic injury rehabilitation. *New Zealand Journal of Physiotherapy* . 2006;34:10-16
- <sup>124</sup> Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patient with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract* .2007; 23:21-36.
- <sup>125</sup> Mc Kinnon AL. Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference?. *Phys Occup Ther Geriatr* .2001; 19:23-37.
- <sup>126</sup> Layzell M. Back pain management: a patient satisfaction study of services. *Br J Nurs* .2001; 10:800-807.

- 
- <sup>127</sup> Seibert JH, Brien JS, Maaske BL et al. Assessing patient satisfaction across the continuum of ambulatory care:a revalidation and validation of care specific surveys. *J Ambul Care Manage* .1999;22:9-26.
- <sup>128</sup> Cooper KS, Blair H, Hancock E. Patient-centeredness in physiotherapy from the perspective of the low back pain patient.*Physiotherapy* .2008;94:244-252.
- <sup>129</sup> May J.Patient satisfaction with management of back pain. *Physiotherapy* .2001; 87:4-20.
- <sup>130</sup> Roush S, Sonstroem R. Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS).*Physical Therapy* .1999;79:159-170
- <sup>131</sup> Beattie PF, Pinto , Nelson MB, Nelson MK, R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy:instrument validation. *Phy Ther*. 2002; 82:557-565.
- <sup>132</sup> Goldstein MS, Steven D Elliott, Guccionis AA.The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*.2000;80:853-863
- <sup>133</sup> Monning D, Perneger V. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy.*Phys Ther* .2002;82:682-691.
- <sup>134</sup> Oermann CM, Swank PR, Sockrider MM.Validation of an instrument measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. *Chest* 2000;118(1):92-97
- <sup>135</sup> Carr-Hill, A. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*.1992; 14:236-249.
- <sup>136</sup> Williams B.Patient satisfaction:a valid concept?. *Soc Sci Med* .1994; 38:509-516.
- <sup>137</sup> Grogan S et al. Validation of questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* .2009; 9:210-5.
- <sup>138</sup> Caminal J, Sanchez E, Schiaffino A. El analisis por segmento de población insatisfecha:una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(1):4-10.
- <sup>139</sup> Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction:an empirical investigation in two outpatient clinics.*Soc Sci Med* .1997; 44(1):85.92.
- <sup>140</sup> Delgado A, Lopez LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* .1995; 16:314-21.
- <sup>141</sup> Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services culture. *J Health Hum Ser Adm* .2009; 31:412-450.
- <sup>142</sup> Crow RGH, Hampson S,Hart J, Kimber A,et al;. The measurement of satisfaction with healthcare:implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assessment* 2002; 6(32):I-244.
- <sup>143</sup> Rose G, Barker DJ. Epidemiology for the uninitiated:conduct of surveys. *BMJ* .1978; 2:1201-1202.
- <sup>144</sup> Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. *Spine J* .2008; 8:510-521.
- <sup>145</sup> Layzell M. Back pain management: a patient satisfaction study of services. *Br J Nurs* .2001; 10:800-807.
- <sup>146</sup> Hall JA , Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care:description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* .1988; 27:637-644.
- <sup>147</sup> Heish M, Kagle J. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with healthcare.*Health Soc Work* .1991; 16:281-290.

- 
- <sup>148</sup> Knight et al. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiotherapy Theory and Practice* .2010; 6(5):297-307.
- <sup>149</sup> Monning D, Perneger V. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2002; 82:682-691.
- <sup>150</sup> Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of patient satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* .1990; 30:811-818.
- <sup>151</sup> Calanan M, Almond S, Smith N. Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends. *Soc Sci Med* .2003; 57:757-762.
- <sup>152</sup> Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru, F, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* .2006; 16:6:102.
- <sup>153</sup> Rees Lewis J. Patient views on quality care in general practice: literature review *Soc Sci Med*.1994; 39:655-670.
- <sup>154</sup> Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semergen* (s.f.): 24(9):711-718.
- <sup>155</sup> Machado NP, Nogueira. Evaluation of Physical Therapy service user satisfaction. *Rev Bras Fisio* 2008; 12(5).
- <sup>156</sup> Seclen-Palaci, J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *An Fac Med Lima* .2005; 66(2).
- <sup>157</sup> Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Mexico, DF: Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 1984
- <sup>158</sup> Paul F Beattie, Pinto MB, Nelson MK, Nelson, R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: Instrument Validation. *Phy The* .2002; 6-82.
- <sup>159</sup> Seibert JH, Brien JS, Maaske BL; et al. Assessing patient satisfaction across the continuum of ambulatory care: a revalidation and validation of care specific surveys. *J Ambul Care Manage* .1999; 22:9-26.
- <sup>160</sup> Isabelle CN Devreux; Agnes Jacquere; France Kittel; Enas Elsayed; Bahjat Al-Awa. Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah. *Life Science Journal* .2012; 9(3):73-78.
- <sup>161</sup> Oliveira DF, Ariet C, Temporini ER, Kara-Jose N. Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arq Bras Ofatlmol* .2006; 69(5):731-6.
- <sup>162</sup> Fitzpatrick R. Survey of patient satisfaction: important general considerations. *Br Med J* .1991;302:887-9.
- <sup>163</sup> Machado NP, Nogueira. Evaluation of Physical Therapy service user satisfaction. *Rev Bras Fisio*. 2008; 12(5).
- <sup>164</sup> Mac Donald CA, Cox PD, Bartlett D. Productivity and client satisfaction: a comparison between physical therapists and Student-therapist pairs. *Physiother Can* .2002; 54:92-101.
- <sup>165</sup> Foss C. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sci* .2002; 16:19-26.
- <sup>166</sup> Harrison K, Williams S. Exploring the power balance in physiotherapy. *Brit J Ther Rehab* .2000; 7:355-361.

- 
- <sup>167</sup> Casserley-Feeny SN, Phelan M, Duffy F, et al. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disord* .2008; 9:50.
- <sup>168</sup> Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patient with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract* .2007; 23:21-36.
- <sup>169</sup> Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services culture. *J Health Hum Ser Adm* .2009;31:412-450.
- <sup>170</sup> Hojat M. Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer .2007
- <sup>171</sup> Curry A, Sinclair E. Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *Int J Health Care Qual Assur* .2002; 15:197-204.
- <sup>172</sup> Stewart DE, Abbey SE, Shnek ZM et al. Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosom Med* 2004; 66:42-48.
- <sup>173</sup> Kay C, Blair H, Smith, Hancock E. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic back pain patient. *Physiotherapy* 94 .2008; 244-252.
- <sup>174</sup> Kane MT. The assessment of professional competence. *Education and the Health Professions* .1992; 15:163-82.
- <sup>175</sup> Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* .2002; 287:226-35.
- <sup>176</sup> ACGME Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical Education Web site consulted 1/10/2001. Disponible en : <http://www.acgme.org>
- <sup>177</sup> Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient centered care on outcomes. *J Fam Pract* .2000; 49:796-804.
- <sup>178</sup> Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communications to health outcomes. *Patient Educ Couns* .2009; 74:295-301.
- <sup>179</sup> Hirsch AT, Atchinson JW, Berger JJ et al. Patient satisfaction with treatment of chronic pain. Predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain*. In press (s.f.).
- <sup>180</sup> Mc Cracken LM, Evon D, Karapas ET. Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service (preliminary prospective results). *Eur J Pain* .2002; 6:387-393.
- <sup>181</sup> Mc Craken LM, Klock PA, Mingay DJ, Asbury JK, Sinclair DM. Assessment of satisfaction with treatment for chronic pain. *J Pain Symptom Manage* .1997; 14:292-299.
- <sup>182</sup> Dawson R, Spross JA, Jablonsk ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* .2002; 23:211-220.
- <sup>183</sup> Pellino TA, Ward SE. Perceived control mediates the relationship between pain severity and patient satisfaction. *J Pain Symptom Manage* .1998; 15:110-116.
- <sup>184</sup> Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management (a longitudinal view of one setting's experience). *J Pain Symptom Manage* .1991; 11:242-251.
- <sup>185</sup> Carlson J, Youngblood R, Dalton JA, Blau W, Lindley C. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage*.2003; 25:264-275.
- <sup>186</sup> Mc Kinnon AL. Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference? *Phys Occup Ther Gerlat* .2001; 19:23-37.

---

<sup>187</sup> Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science Medicine* 1997; 45:1829-1843.

<sup>188</sup> Herzberg F. *Motivation to work*. New York, Wiley .1959

<sup>189</sup> Montoya M, Valdes Arias C, Rabano Colino M et al. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodialisis. *Rev Esp Enfer Nefrol* .2009; 12(1):19-25.

<sup>190</sup> Crow RGH, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assessment* .2002; 6(32):I-244.

<sup>191</sup> Gross R, Tabenkin H, Porta A, Heymann A, et al. The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *Fam Pract* .2003; 20(5):563-9.

<sup>192</sup> Mira JJ, Rodriguez-Marin J, Peser R et al. Causas de satisfacción e insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* .2002; 17:273-283.

<sup>193</sup> Fernandez SMM, Moineiro CA, Villanueva GA, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*.2000; 74:139-14.